

Genealogies del Mapa Sanitari de Catalunya (1917-1980)*

Josep M. Comelles¹, Josep Barceló-Prats²

¹Professor Emèrit del Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la Universitat Rovira i Virgili (URV). Tarragona; ²Professor Agregat Serra Húnter del Departament d'Infermeria de la URV. Tarragona.

*Article desenvolupat en el marc del projecte de recerca "Reptes de l'atenció primària de salut durant la pandèmia de COVID-19: salut comunitària i participació social", PID2021-122523OB-I00, finançat pel Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Introducció

El Mapa Sanitari de Catalunya de 1980, d'ara endavant el Mapa¹, fou un encàrrec de la Generalitat provisional (1977-1980). El resultat fou un ambiciós projecte de planificació sanitària, la confecció del qual no va partir de zero, però sense que, fins molt recentment, s'hagi començat a conèixer la seva genealogia. L'objectiu d'aquest article és precisament aquest: examinar els antecedents i les genealogies intel·lectuals del Mapa. De forma breu, ja que han estat objecte d'altres recerques, es detallaran els estudis més primerencs realitzats durant la Mancomunitat de Catalunya i les lleis promulgades durant el període de govern de la Generalitat republicana. En canvi, on sí posarà èmfasi aquest text és en les propostes dutes a terme durant el franquisme. Aquest darrer període és clau pel seu paper de baula indispensable per tal de comprendre tant el Mapa com l'evolució posterior del dispositiu sanitari català. Malgrat aquesta rellevància, fins al moment no ha rebut l'atenció que es mereix en la historiografia mèdica duta a terme a Catalunya. Per això, una part important d'aquest text es dedica a descriure i analitzar les diferents iniciatives que, des de 1955, van permetre difondre la nova doctrina hospitalària internacional al Principat i que van confluïr, l'any 1969, en la redacció i publicació del *Plan general de regionalización hospitalaria en Cataluña y Baleares, 5ª región hospitalaria española*, que va finançar la Diputació de Barcelona —d'ara endavant el Plan—². Finalment, cal destacar que aquest Plan és l'únic document administratiu de pes, pel que fa a la planificació sanitària a Catalunya, que existeix entre les lleis sanitàries de 1934 i el Mapa de 1980. A més, cal recordar que molts dels autors i redactors del Plan també van participar en l'elaboració del Mapa.

Els inicis de la planificació sanitària a Catalunya (1917-1934)

L'any 1980, Ignasi Aragó i Mitjans (1916-2012) —un dels pioners dels estudis sobre la planificació sanitària a la Catalunya del franquisme— afirmava, en una conferència a Madrid, que el Mapa català “no había partido de cero como ocurría en otras regiones españolas ya que desde el año 1917 se han venido realizando estudios sobre la realidad sanitaria catalana y sus factores de cambio, que han llegado a nuestros días”³. L'estudi pioner al qual feia referència era la proposta de “comarcalització” sanitària que la Mancomunitat de Catalunya va encarregar a Jacint Reventós i Bordoy (1883-1968)⁴, el qual —tot i no implementar-se mai— va posar els fonaments de la divisió sanitària comarcal de Catalunya⁵.

La dissolució de la Mancomunitat, per la dictadura de Primo de Rivera, va suposar un fre per a la confecció de nous estudis. Tanmateix, amb l'adveniment de la II República, la Generalitat de Catalunya els va tornar a potenciar amb l'objectiu polític de transformar les seves conclusions en lleis⁶. Per això, l'any 1931, la Generalitat va aconseguir que el Gobierno Provisional de la República l'autoritzés, via decret, a realitzar “los estudios necesarios conducentes al establecimiento de un plan de estructuración de los servicios sanitarios en sus diversos aspectos”⁷. Fou a partir de llavors quan el conseller de Sanitat i Beneficència, Manel Carrasco i Formiguera (1890-1938), va encarregar a l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya i al Sindicat de Metges de Catalunya, entre d'altres institucions, la redacció de diverses memòries i estudis⁸. Per la seva importància, en destaquem dues: la titulada *Hospitals de Catalunya: concepció d'un projecte d'organització i ordenació hospitalària*⁹, publicada l'any 1931 per Primitiu Sabaté i Barjau (1888-1939); i la que Enric Fernández i Pellicer (1896-2000) va realitzar, l'any 1932, amb el títol *Ordenació hospitalària a Catalunya, solucions pràctiques*¹⁰. Aquestes i d'altres propostes serviren de base per aprovar, l'any 1934, la Llei de Bases per a l'organització dels Serveis de Sanitat i Assistència Social a Catalunya¹¹ i la Llei de Coordinació i de Control Sanitari Públics¹². Per primera vegada a Espanya, un disseny legislatiu trencava amb la beneficència provincial del segle XIX¹³. Dissortadament,

Correspondència: Josep M. Comelles
Tarragona
Adreça electrònica: josepmaria.comelles@urv.cat

però, els fets del 6 d'octubre de 1934 van posposar-ne el seu desplegament i, amb l'esclat de la Guerra Civil i l'arribada del franquisme, aquesta legislació va quedar definitivament derogada.

La difusió de la nova doctrina hospitalària a Catalunya (1955-1969)

Segons Aragó, durant el franquisme autàrquic els hospitals catalans eren “esquifits, revellits i sense un ral; [...] [com si fossin] cèl·lules boterudes, esclerosades i escasses”¹⁴. Calia avançar, doncs, cap a un futur en el qual, mitjançant la planificació, la coordinació i la integració hospitalàries, “se exprese el convencimiento de que éstas constituyen la única forma científica, razonable y práctica de alcanzar una atención médica adecuada, eficaz y sostenida”¹⁵. Amb l'objectiu de tornar a promoure els estudis hospitalaris i difondre els objectius de l'hospital modern, l'any 1955, el president del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (CoMB), Ramon Arandes Adan (1912-1999), va encarregar a Aragó la creació d'una *Sección Colegial de Hospitales*¹⁶. En aquesta *Sección*, a més d'Aragó, hi havia Alberto de Grau (tinent d'alcalde d'Assistència Social i Sanitària de l'Ajuntament de Barcelona i membre, com Aragó, de la Comissió Provincial de Coordinació Hospitalària), Manuel Martínez González (director de l'Hospital Municipal de Nostra Senyora de l'Esperança), Manuel Zamora Tiffón (del Centre d'Auxologia i Medicina Preventiva de la Caja de Ahorros Provincial de la Diputación de Barcelona), Carles Soler i Durall (metge i *Master of Public Health* per la Universitat de Yale), Augusto de Comamala (diplomata de la Comissió Nacional de Productivitat), Esteban Padrós de Palacios (historiador de la medicina), Adolfo Lozano Borroy (director de la Sección de Estudios de la Comisión Asesora de los médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad [CASOE]¹⁷ de Barcelona), Manuel Beltrán Flórez (psiquiatra de la Clínica Mental de Santa Coloma), Juan Picañol (cirurgià de l'Hospital de Sant Pau), Joaquim Ramis Coris (del Servei d'Orientació Social), Carlos Soler Dopff (sotsdirector de l'Hospital Municipal d'Infecciosos), Ezequiel Batalla Boixet (cap del Servei de Reumatologia de l'Hospital de Sant Pere Claver), Agustín Pérez Soler (puericultor de l'Estat), Francisco Mahuin Gonsalves (tècnic sanitari de l'Hospital de Sant Josep de Lisboa), Pilar Corrales (bibliotecària de la Universitat de Barcelona) i Montserrat Carreras de Tramullas (com a secretària de la *Sección*), entre d'altres.

Entre moltes altres iniciatives, la *Sección* va impulsar la creació de la revista *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia*¹⁸ i, l'any 1956, es va afiliar a la International Hospital Federation; això va permetre que molts dels seus membres participessin en nombrosos congressos internacionals, seminaris i conferències¹⁹. L'any 1960 va organitzar les *Primeras Jornadas de Renovación Hospitalaria*, que va clau-

surar el Director General de Sanitat, Jesús García Orcoyen (1903-1988). L'any 1963, i després d'alguns intents frustrats per convertir la *Sección* en una Federación o Unión de Hospitales de Barcelona, es va crear —un cop més per iniciativa d'Aragó— el Centro Técnico de Estudios Hospitalarios (CTEH)²⁰, un organisme que fins l'any 1968 va dur a terme una vintena d'estudis locals d'organització sanitària a Catalunya^{21,22}. A diferència de la *Sección*, una part dels seus membres no eren metges, sinó que provenien d'altres professions que tenien relació amb la sanitat. Destaquen dos advocats: Andreu Corominas i Josep Artigas; un economista, Xavier Pardo; un arquitecte, Emili Donato; un administrador hospitalari, Enric Garcia, i una assistent social, Maria Urpina²³.

Aquest petit *cluster* de tècnics catalans provenia d'un ampli ventall ideològic, que anava des del falangisme fins a l'esquerra antifranquista, passant pel catolicisme social; però, de manera transversal, la majoria podia situar-se dins del catalanisme. Tots ells duïen a terme la seva tasca dins el CTEH de manera més o menys autodidacta, tal com passava amb moltes altres professions aplicades durant el franquisme, ja que tant la *Ley de Universidades* de 1944 com la *Ley de Enseñanzas Técnicas* de 1957 no ho posaven fàcil²⁴. Amb els anys, el nombre d'aquests nous tècnics va anar creixent.

Pel que fa als metges, cronològicament, es poden distribuir en dues generacions. Una primera, els nascuts abans de 1920 i que es van graduar abans o poc després de la Guerra Civil, com el ja citat Aragó, Felip Solé i Sabarís (1915-2005), Josep Espriu i Castelló (1914-2002) o Pere Calafell i Gibert (1907-1984), entre d'altres. No s'havien exiliat, però alguns havien estat depurats. Una segona generació la composaven els graduats durant el franquisme autàrquic, tals com Carles Soler i Durall (1928-2021), Joaquim Ramis i Coris (1928-2023), Jacint Reventós i Conti (1928-2013), Gonçal Lloveras i Vallès (1926-2003) o Jordi Gol i Gurina (1924-1985), entre d'altres. Tots ells combinaven una activitat clínica pública i privada —per exemple, Aragó i Calafell eren pediatres—, però també van desenvolupar camps de coneixement nous, com els estudis hospitalaris, entre d'altres, gràcies al seu compromís polític i social.

Alguns d'aquests tècnics catalans mantenien contactes amb tècnics de diferents ministeris a Madrid, sobretot amb els de la Dirección General de Sanidad (DGS). Fruit d'aquests contactes van començar a elaborar propostes per intentar resoldre el desgavell del dispositiu sanitari de l'Estat, en bona part fruit d'un complex encaix legal i administratiu dels hospitals²⁵. A més dels hospitals i clíniques privades, n'hi havia de la Creu Roja, de l'Església i els adscrits a la beneficència particular. Pel que fa a la xarxa pública —o millor dit xarxes públiques—, hi havia les residències sanitàries del Instituto Nacional de Previsión

(INP), hospitals de la DGS i altres organismes autònoms; els que depenien del Ministerio de Educación, com era el cas dels hospitals clínics, hospitals pertanyents a les diputacions provincials o als municipis; i, finalment, els dependents de l'Obra Sindical del 18 de Julio, adscrits a la Secretaría General del Movimiento²⁶. A aquesta dependència jurídica múltiple i sense coordinar, calia sumar el fet que el model piramidal i sectoritzat de dispositiu hospitalari proposat pels falangistes —posat en marxa el 1944 amb la creació del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)²⁷— tampoc va preveure la coordinació amb la resta d'hospitals d'altres xarxes públiques o privades²⁸. Un primer intent de coordinació fallit fou la modesta i, sense cap mena de dubte, insuficient *Ley sobre Hospitales* de 1962²⁹, instada per la DGS, els límits de la qual van ser posats en evidència ben aviat³⁰. Unes dificultats similars es poden observar amb la *Ley sobre Bases de la Seguridad Social* de 1963, la qual no es va aplicar fins el 1966³¹. Cap d'aquestes lleis quantificava els costos reals de la seva implantació i, a més, les contradiccions del règim en van endarrerir el seu complet desenvolupament i desplegament fins a la *Ley General de Sanidad* de 1986³².

Partint d'aquestes premisses, les propostes de planificació hospitalària a l'Espanya dels anys seixanta del segle passat van girar entorn de dos objectius de reforma. El primer element fou la *jerarquización intrahospitalaria* —que consistia en reorganitzar, de forma piramidal i en equips, els diversos serveis clínics especialitzats d'un hospital³³. La primera va tenir lloc a l'Hospital General de Asturias entre 1958 i 1966³⁴. Fou promoguda per José López Muñiz (1916-2005), mentre fou president de la Diputació de Asturias, i fou ideada i executada per Carles Soler i Durall³⁵.

El segon element de planificació i reforma fou la *regionalización* —per dividir el país en zones homogènies i crear una xarxa d'hospitals coordinada i esglaonada³⁶. En la teorització d'aquest concepte, López Muñiz i Soler i Durall van comptar amb la col·laboració del catedràtic de Dret Administratiu José Ortiz Díaz (1927-2014)³⁷. Tanmateix, el concepte de *regiones hospitalarias* no va aparèixer per primer cop en documents oficials fins al *Catálogo de hospitales y regionalización hospitalaria* de 1966 i, sobretot, amb el *Real Decreto 575/1966* que les creava³⁸. Posteriorment, el II i el III *Plan de Desarrollo*^{39,40} també van incloure el concepte⁴¹, malgrat que encara res feia preveure la posterior organització de l'estat de les autonomies⁴². La implantació de la *regionalización* partia d'un axioma bàsic i dos imperatius tècnics. El primer era el de la igualtat dels usuaris davant d'un servei públic, el qual estava fonamentat sobre els principis d'accessibilitat jurídica, econòmica i física dels pacients als hospitals⁴³. Per això, feia referència a una manera d'intentar disminuir les desigualtats d'accés als serveis sanitaris. Els dos imperatius

tècnics eren l'assumpció de la incidència diversa de malalties i l'optimització dels serveis de diagnòstic i tractament: “Ambos ítems se complementan y postulan la necesidad de crear servicios numerosos para aquellos padecimientos más frecuentes, reservando los servicios especializados y costosos, cuyo volumen de atenciones es más reducido, para los centros hospitalarios más complejos”⁴⁴.

A Catalunya no es va tardar gens a elaborar la primera gran proposta de *regionalización* hospitalària. L'any 1968, el CTEH es va transformar en l'Asociación para el Desarrollo Hospitalario del Distrito Universitario de Barcelona. I fou aquesta associació la que, amb el finançament de la Diputació de Barcelona, va confeccionar i publicar el *Plan general de regionalización hospitalaria en Cataluña y Baleares, 5ª región hospitalaria española*, que, amb l'estudi comarcal coetani de Vic⁴⁵, són els dos precedents més importants que conduïrien, una dècada mes tard, al Mapa de 1980. A diferència del Mapa, el *Plan* i l'estudi de Vic, ambdós redactats en castellà, tenien la voluntat més o menys explícita de ser iniciatives pilot aplicables a d'altres casos dins l'Estat.

El Plan de regionalización hospitalaria de 1969

En la introducció del Mapa (pàgina 16), el *Plan* només és qualificat com una “petita fita i punt de partida en mig d'un desert”, mentre es destaca molt més la trajectòria iniciada per la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924) i la legislació ja esmentada de la Catalunya republicana. Actualment, no podem considerar el *Plan* simplement com una “petita fita”, sinó com un document indispensable per entendre la genealogia de la reforma sanitària a Catalunya i dels seus protagonistes⁴⁶, així com per comprendre la seva influència en la darrera fase del procés de medicalització que va dur a la gradual hegemonia de la cultura hospitalocèntrica a Catalunya⁴⁷.

El *Plan* també s'ha de considerar com el producte més ambiciós dels tècnics que van sorgir, directament o indirecta, de la *Sección* i del CTEH. Com autor hi consta Aragó i com a coautor l'advocat Josep Artigas Candela (?-2022)⁴⁸. El redactor del *Plan* fou Carles Soler i Durall amb la col·laboració de l'economista Josep M. Muntaner Pascual (1939-2017), un tècnic especialista en estudis comarcals. És un informe en castellà i, per tant, adaptat a la retòrica de les coordenades polítiques, ideològiques i culturals del moment. El va finançar la Diputació de Barcelona, durant la presidència de l'advocat tarragoní Josep M. de Muller i d'Abadal (1919-1981).

El *Plan* consta d'una breu introducció amb els objectius (pàgines 11-26) i de tres capítols. El primer, titulat *La regionalización: conceptos generales* (pàgines 27-72), és un estat de la qüestió doctrinal. El segon, el més extens i titulat *La regionalización aplicada al caso catalano-balear* (pàgines 73-214), deixa les Illes i Andorra^a (veure la

Nota al final) quasi al marge per centrar-se àmpliament en les quatre províncies catalanes. Finalment, el tercer, titulat *Estructura general de la regionalización: el plan piloto* (pàgines 215-260), busca l'objectiu de “vendre” el projecte per a ser aplicat a d'altres regions: “La 5ª Región hospitalaria española constituye un área idónea para organizar una Regionalización Piloto. El presente [...] señala unas etapas escalonadas, para la financiación y organización progresiva del Plan propuesto. A la luz de los aciertos y de las dificultades que surjan, esta Regionalización Piloto ofrecería un ejemplo, una guía y un método, para hacerla extensiva a otras regiones españolas” (pàgina 24).

Malgrat ser finançat per una diputació provincial, l'argumentari general del *Plan* defensa el mateix model descentralitzat de base comarcal i municipal, ja legislat per la Generalitat republicana, però llavors adaptat a l'evolució internacional del concepte modern d'hospital i dels seus nous significats assistencials i culturals: “El término municipal no puede considerarse nunca como un ente mínimamente autosuficiente. La especialización, cada vez más importante, y división de tareas de la moderna vida económica acentúa esta múltiple dependencia de las primarias unidades administrativas. Ni en el caso de los municipios mayores puede hallarse un principio de aislamiento. Sobre ellas basculan todos los pequeños municipios de su cercanía; les proporciona una serie de servicios a cambio de una prestación económica. Esta vida simbiótica es el fundamento de la unidad económico-territorial de base: la comarca. La unión de varios municipios, en base al funcionamiento económico y a la prestación de servicios, se efectúa en unas zonas territoriales que se definen básicamente en relación con los tres conceptos siguientes: la existencia de una capital o ciudad principal, los transportes y comunicaciones, los aspectos geográficos. El territorio catalán se estructura, pues, primariamente, en comarcas” (pàgina 29).

No ha d'estranyar que el *Plan* pivotés al voltant de la comarca i no de la província. Amb l'Estatut de 1932, la província es va abolir i es va situar la comarca i el municipi com els principals referents de l'organització de l'assistència sanitària. Per tant, recuperar la “comarcalització” l'any 1969 no era una novetat, precisament perquè encara era una unitat arrelada culturalment al Principat i no una mera delimitació burocraticoadministrativa. Historiadors com Pierre Vilar ja havien destacat la importància del mosaic comarcal català com un determinant econòmic, social i cultural de la Catalunya moderna⁴⁹. Un mosaic que va acabar formalitzant el geògraf Pau Vila a partir de criteris no exclusivament geogràfics. Per tot plegat, cal recordar que el dispositiu assistencial català continuava jugant un paper important en la construcció de la identitat local i comarcal de la cosa pública⁵⁰. Tanmateix, aquest model no tenia parió a la resta de l'Estat, essent la

“comarcalització” la principal diferència respecte d'altres aportacions coetànies crítiques amb la planificació del dispositiu sanitari i, més concretament, amb el desplegament de la Seguretat Social⁵¹.

El *Plan* també inclou un ampli panorama demogràfic i econòmic, incloses les taxes de mortalitat general i infantil, però com que no disposaven de fonts primàries de morbiditat s'havien de limitar a la hospitalària —fet que en condicionava la planificació. També conté una anàlisi força detallada de la xarxa de carreteres i dels projectes en curs de vies d'alta capacitat, destinades també a resoldre el problema de l'atenció a les urgències. Cal recordar que, en redactar-se el *Plan*, només l'Hospital de Sant Pau tenia un servei d'urgències modern. La descripció que fa el *Plan* del dispositiu hospitalari existent a Catalunya, emprant un gran desplegament cartogràfic, és el d'un mosaic d'hospitals que, per les limitacions del moment, no pot entrar a valorar-ne el nivell d'equipament i l'oferta professional. Sí que indica, en canvi, la proporció de llits per habitant, que ja era més alta que l'espanyola, però molt baixa en relació a la mitjana europea. Segons el *Plan*, basant-se en el *Catálogo de Hospitales* de 1966, només el 37,52% dels llits hospitalaris de Catalunya eren públics, la resta quedaven en mans de la beneficència particular (44,7%), l'Església i ordes religioses (17,47%) i la Creu Roja (0,31%).

També és important destacar que la referència internacional en la qual es basà el *Plan* fos el model suec de regionalització: “La Oficina de Sanidad Sueca considera, después de estudios muy completos, que la región es el nivel adecuado sobre el que se pueden planear los servicios hospitalarios [...] Al frente de la región hay un grupo de políticos y administradores procedentes de las diversas provincias o distritos y que constituyen el órgano de gobierno de la región. Estas personas deben conocer muy bien la situación sobre el desarrollo socioeconómico de cada parte de la región. Sabiendo las demandas y necesidades de la población, pueden dar una visión real del personal y serán consultadas al determinar las líneas básicas del futuro. Aprueban y examinan las proposiciones de los expertos, con el objeto de que sean reales desde el punto de vista financiero” (pàgina 131).

Assumir aquest model s'ha d'entendre com una esmena a la totalitat de les polítiques sanitàries del franquisme. Era evident que només una societat democràtica podia sostenir aquest model —ja ho havien proposat la Mancomunitat i la Generalitat republicana— i als autors del *Plan* no els podem considerar ingenus. A més, no es pot obviar que, en aquell moment històric, la socialdemocràcia a Catalunya tenia relació amb la sueca i, per tant, segurament algun dels autors coneixia el model suec de primera mà⁵². Tanmateix, cal esmentar un matís important. Suècia està organitzada en *lans* —províncies que, per la seva mida, equivalen a una regió espanyola, atès que és el tercer país

en extensió d'Europa— i en *kommun* —municipis que tenen l'extensió d'una o varies comarques. Les competències d'atenció primària, educació i serveis socials estan en mans dels *kommun*. Seguint aquestes directrius, el criteri de distribució administrativa del *Plan* era que: “La región debe servir una población media de 1.000.000 de habitantes [El 1965 Suècia tenia uns 7 milions i mig d'habitants contra quatre i mig de Catalunya] [...] En el primer nivel se establece el Hospital Central. Por regla general tiene de 800 a 1.000 camas, grandes departamentos de Consultas Externas, un Centro de Rehabilitación, servicios de Medicina, Maternidad, planificación familiar, Escuelas de Enfermeras, etc. Entre los diferentes servicios, hay Departamentos para Psiquiatría y Psiquiatría Infantil. A continuación, están los hospitales locales: estos hospitales deben tener Departamentos especializados para Cirugía, Medicina, Anestesiología, Rayos X, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría, Enfermedades de larga duración (principalmente geriátricas), con un total de unas 300 camas. La población que asiste comprende unos 90.000 habitantes. Por último, el nivel más bajo está integrado por el centro sanitario que asiste una población de 10.000 a 20.000 habitantes, y realiza unas prestaciones de asistencia ambulatoria, preventiva y curativa. Su actividad se integra íntimamente con los hospitales locales. El sistema de regionalización permite un uso óptimo de las inversiones y del personal disponible. Al mismo tiempo proporciona asistencia especializada de alta calidad en favor de todos en cualquier lugar del país” (pàgina 151).

Finalment, el *Plan* conclou amb una darrera part en la qual es fa una estimació detallada de les inversions que caldria per desplegar-lo. Ara bé, malgrat el rigor tècnic del *Plan* —que anava molt més enllà de les propostes realitzades per la Generalitat republicana—, el cert és que mai es va desplegar. En aquest sentit, el context polític del tardofranquisme no afavoria que hi hagués voluntat política d'implantar-lo i, per aquest motiu, mai s'hi van destinar recursos econòmics.

Que el *Plan* quedés com un assaig teòric no és sinònim d'immobilitat del dispositiu sanitari català. Cal recordar que, en aquells moments, ja s'havia produït la “jerarquització” de l'Hospital de Sant Pau, a càrrec de Soler i Durall, i no tardarien en fer el mateix camí l'Hospital Clínic i la Residencia Francisco Franco (actual Vall d'Hebron)⁵³. Paral·lelament, ja s'estava explorant i consolidant la figura dels metges interns residents (MIR)⁵⁴, abans de la seva generalització, com a programa estatal a partir de 1975⁵⁵. En síntesi, podem concloure que els tres objectius prioritaris del *Plan*, els quals influenciaren la redacció del Mapa, foren els de: “1) Procurar adecuar los recursos a las necesidades [...] 2) Señalar la dotación asistencial, mínima y óptima, dentro de una red Asistencial y Hospitalaria. 3) Proponer métodos para utilizar en la Sanidad regional,

una parte cuantiosa de dinero que, por diversas circunstancias, emigra a otras áreas y sirve a otros fines” (pàgines 20-21).

Entre el *Plan* i el Mapa

A partir de 1975, les anàlisis i propostes per a reformar la sanitat van ser freqüents a Catalunya⁵⁶. Totes elles coincidiren en la necessitat de posar en marxa un servei nacional de salut⁵⁷, amb cobertura universal i finançat amb els pressupostos generals de l'Estat⁵⁸. Durant la primera meitat de la dècada de 1970 van anar esclatant diversos conflictes laborals, tant als hospitals com als centres psiquiàtrics, i va sorgir una tercera generació de tècnics, tals com Nolasac Acarín (1941), Hèlios Pardell (1946-2008) o Ramon Espasa (1940), entre d'altres. Els seus perfils polítics provenien d'un ample espectre ideològic que anava des de la democràcia cristiana, encarnada per la Unió del Centre i Unió Democràtica de Catalunya (UDC), fins al comunisme del Partit Socialista Unificat de Catalunya (PSUC)⁵⁹. Per això, moltes de les seves propostes s'expressarien en forma de les “terceres vies”⁶⁰ i van estar indissolublement lligades a l'anhel del reconeixement de l'autodeterminació: “Hi ha una política catalana en el camp sanitari —per exemple— que haurà de tenir unes coordenades diferents a les que pugui tenir en altres pobles, nacionalitats i regions de l'Estat espanyol [...] A partir d'aquest coneixement, la descentralització administrativa apropiada una política catalana al poble de Catalunya”⁶¹.

Molts dels tècnics citats durant aquest apartat van participar activament al X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana⁶², celebrat a Perpinyà, on es va anar consolidant la reivindicació de l'autonomia i d'un projecte sanitari pensat pel país i des del país⁶³. Alguns d'aquests tècnics es vincularien al Gabinet d'Assistència i Promoció de la Salut (GAPS) del CoMB, un cop les candidatures democràtiques van fer-se amb el control dels col·legis professionals⁶⁴. Esdevindrien els autors i promotors de bona part de les propostes de reforma de la dècada, les quals anaven mes enllà de la reforma hospitalària⁶⁵ i, gairebé tots ells, varen formar part de les comissions redactores del Mapa i dels *Estudis i dictàmens sobre sanitat*⁶⁶ entre els anys 1977 i 1980.

El Mapa sanitari català de 1980

A la portada del Mapa, la província no existeix. Només s'hi observen les regions sanitàries de base comarcal. En la presentació s'homenatja Pau Vila per la divisió territorial i Enric Fernández-Pellicer pel treball d'ordenació sanitària. Del *Plan* només s'esmenta que fou “una petita fita”, però, com s'ha demostrat, de “petita” no en tenia res. La llicència s'ha d'entendre, diguem-ne, com una (des)qualificació en el context de la retòrica de la Transició.

El director del projecte de Mapa fou Josep Artigas, el

qual —com ja s'ha esmentat— ja havia estat coautor del *Plan*. Artigas, aleshores, ocupava el càrrec de Director General d'Assistència Sanitària de la Generalitat provisional, i depenia de la Conselleria de Sanitat dirigida per Ramon Espasa. Els resultats del PSC a les eleccions constituents de 1977 van donar certa preeminència a persones com Artigas, en l'òrbita del partit. Cal recordar que, durant la primera meitat dels anys 1980, Artigas —com d'altres tècnics— farien cap al Ministerio de Sanidad d'Ernest Lluch Martín (1937-2000).

Al Comitè de Direcció del Mapa hi havia Miguel A. Asenjo Sebastián (director de l'Hospital Clínic), Lluís Serfat i Pagès i Josep Martí i Valls (Marea Blanca) i Josep M. Riera Figueras (representant la Corporació metropolitana). També hi varen participar els ja mencionats Acarín, Aragó i Soler i Durall, així com Josep Ojeda, Mercè Casas, Miguel Á. Palumbo, Inés Uceró, Antoni Arteman, Josep M. Carreras, Jordi Goixens, Vicente Ortún i Andreu Segura, entre d'altres. Aquest ventall de participants, tant en el Mapa com en els *Estudios i dictàmens*, ens permet observar que pertanyien a quatre generacions diferents. Eren principalment metges. Els més antics amb una carrera professional documentable des de finals de la II República. Els més joves, com Joan Clos, de la primera promoció de medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, graduat el 1974, o Andreu Segura, de la segona promoció de medicina (1975) de la Universitat Autònoma de Barcelona, destacaven pel seu activisme durant la Transició democràtica. Aquest ventall d'edats no va excloure el paper d'*auctoritas* dels membres de la primera i de la segona generació. Al Mapa també hi participaren economistes, tot i que la professionalització de l'economia de la salut va limitar aquest paper a poques persones, tals com Elvira Guilerà, Carme Sans, Esperança Martí o Lluís Bohigas, entre d'altres⁶⁷.

El Mapa consta de quatre capítols i tres annexos. El primer capítol és una descripció del marc general del país i de l'organització administrativa i sanitària. El segon incorpora la noció d'estat de salut, el paper del medi ambient i una descripció detallada dels recursos en equips i humans, juntament amb la seva situació juridicoadministrativa i econòmica. El tercer planteja la nova ordenació sanitària i el seu finançament, posant sobre la taula els conceptes d'àrea de salut i de "sectorització", a més d'efectuar propostes generals sobre l'assistència hospitalària. El quart proposa la "comarcalització" basada en àrees de salut que no difereix en excés del *Plan de regionalización* de 1969, ja que el dispositiu hospitalari català encara era molt semblant. Als annexos, el Mapa descriu les necessitats de les diferents àrees assistencials d'acord amb criteris tècnics de planificació normativa i

polítics, lligats al reequilibri territorial i a la potenciació de l'estructura comarcal. La definició del Mapa —més exactament mapes— sanitari va facilitar determinar quin era el nombre de proveïdors desitjats, limitant-ne la possible competència. Com a contrapartida es va dibuixar un escenari que, a llarg termini, permetria la consecució de pactes i consensos.

Per tots aquests motius, el Mapa enllaça amb el *Plan*, malgrat que el desenvolupa fins a parlar d'un sistema sanitari nacional, quelcom impensable el 1969. Tanmateix, el Mapa —igual que el *Plan*— continua essent medicocèntric i hospitalocèntric, malgrat que amb la publicació dels *Estudios i dictàmens* es volia resoldre l'encaix de l'atenció primària i de la salut mental, relegades al *Plan* de 1969 a observacions marginals. D'una banda, el medicocentrisme es fa palès per les escasses referències a d'altres professions sanitàries, en particular a la infermeria, que tot just s'havia transformat en una diplomatura universitària. No cal dir que al Mapa tampoc es mencionen altres professions sanitàries, com la fisioteràpia o la teràpia ocupacional, les quals encara romanien als llimbs acadèmics. D'altra banda, l'hospitalocentrisme es pot observar amb la reordenació que el Mapa va fer de l'estructura del dispositiu hospitalari, esglaonant-lo en tres nivells (I, II i III). En aquest punt, el Mapa modifica la terminologia internacional present al *Plan*, com per exemple la distinció entre hospitals de districte i locals. En el Mapa, en el nivell I s'ubicaren les xarxes de centres d'atenció primària d'àmbit local i comarcal, que incloïen els antics *ambulatorios*, amb un hospital comarcal al vèrtex superior, el qual disposava d'unes poques especialitats bàsiques. En el nivell II es van incloure les *residencias provinciales* encarregades de prestar l'assistència sanitària de la Seguretat Social, les quals ja incorporaven més especialitats. I, a la cúpula de tota aquesta estructura, el nivell III estava configurat pels grans nosocomis de l'àrea metropolitana de Barcelona. Per això, es pot afirmar que el Mapa fou fortament hospitalocèntric, a diferència del de 1934 que no ho era tant. En aquest sentit, es va haver de matisar, amb concessions a l'atenció primària en el Pla de 1987⁶⁸.

Finalment, cal esmentar que el Mapa va ser coherent amb la genealogia de les reformes sanitàries provinents de 1917. Tanmateix, a diferència dels casos anteriors, ja no tenia una voluntat explícita de servir com a prova pilot per a la resta de comunitats autònomes de l'Estat. L'any 1980, la singularitat del cas català el feia poc o gens exportable, tot i que no es pot negar el paper que els tècnics catalans van jugar al Ministeri d'Ernest Lluch, a partir del qual es va desenvolupar i redactar la *Ley General de Sanidad* de 1986⁶⁹.

Després del Mapa...

L'any 1980, CiU va guanyar les eleccions al Parlament de Catalunya i Jordi Pujol va ser proclamat president de la Generalitat. El PSC es va negar a entrar en un govern de concentració nacional. Amb el govern de CiU, el grup de tècnics a què hem fet referència es va dividir. El sector més proper al socialisme es va adscriure a la Diputació o a l'Ajuntament de Barcelona i, des de 1982, es van anar incorporant al Ministerio de Sanidad d'Ernest Lluch. Autors com Jesús de Miguel⁷⁰ van criticar el Mapa pel seu medicocentrisme i, posteriorment, es van publicar més valoracions crítiques⁷¹.

Pujol, en canvi, va seguir l'estela de la Mancomunitat i de la Generalitat republicana cooptant sectors políticament i generacional transversals. En el període que ens ocupa, va nomenar conseller de Sanitat i Seguretat Social Josep Laporte i Salas (1922-2005)⁷², substituint-lo, l'any 1988, per Xavier Trias i Vidal de Llobatera (1946)⁷³. Aquest últim, durant els vuit anys de Laporte com a conseller⁷⁴, va ser cap de la Direcció General d'Assistència Sanitària (DGAS), fins l'any 1983, i Director General d'Ordenació i Planificació fins el 1988. El tàndem Laporte i Trias explica més d'una dècada d'acció política que es pot considerar clau per a la delimitació del model sanitari català entre les transferències del 1981 i la Llei d'Ordenació del Sistema Sanitari Català (LOSC) de 1990, la primera promulgada després de la de 1934.

El 1981 es van transferir les competències de l'Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) i de l'Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) a la Generalitat. Un cop rebudes les transferències, Laporte va nomenar Xavier Trias com a titular de la DGAS i, al cap de pocs mesos, va passar a ser director de l'ICS. Ell fou el responsable de dirigir la planificació, el finançament i la gestió directa dels dispositius assistencials heretats de l'INSALUD —els hospitals i també l'atenció ambulatoria. La necessitat de gestionar específicament aquests hospitals —els transferits de l'INSALUD— va fer que, a la fi de 1983, es creés l'Institut Català de la Salut (ICS). L'ICS va assumir la gestió directa dels hospitals i dels ambulatoris de zona, així com del personal “estatutari” sotmès al règim administratiu corresponent. Tot i això, cal recordar que més de 70% dels llits hospitalaris corresponien a altres establiments de titularitat variada i amb concerts signats amb la Seguretat Social. Per aquesta raó, es van haver de regular, immediatament, com a proveïdors de serveis del sistema de salut públic. Aquesta darrera decisió fou influïda per l'augment exponencial de la demanda d'atenció hospitalària i l'absència de definició, encara, d'un nou model d'atenció primària.

El que va succeir després —l'obligació d'acreditació dels hospitals, la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, la Reforma de l'Atenció Primària o el Pla de Reordenació Hospitalària— fins arribar a

l'aprovació de la LOSC, l'any 1990, i la creació del Servei Català de la Salut (CatSalut), l'any 1991, requereix una atenció detallada que ja no podem abordar aquí. Com tampoc podem desenvolupar, per manca d'espai, els processos que van conduir a la formació del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya, l'any 2000.

Conclusions i futures línies de recerca

La “regionalització” i la “jerarquització” hospitalàries foren dos dels elements bàsics de la reforma sanitària a Catalunya, les quals foren discutides amb anterioritat a les propostes elaborades durant la Transició democràtica. La “regionalització”, tal com es desprèn de l'anàlisi del *Plan* de 1969, va ubicar l'hospital a la cúspide del sistema, cosa que, des d'una perspectiva històrica, ajuda a entendre la subalternitat de l'atenció primària i de les activitats preventives i comunitàries —inclosa l'educació sanitària. Aquestes circumstàncies no van ajudar, durant els anys setanta i vuitanta, a reduir significativament les desigualtats en salut. Amb l'elaboració del Mapa de 1980, el sistema sanitari català va mantenir, amb matisos, un model hospitalocèntric, malgrat la retòrica sobre serveis centrats a la salut i no a la malaltia. Tot i que és cert que, des de fa quatre dècades, el desplegament de l'atenció primària va millorar la proximitat i la qualitat del primer punt de contacte amb el sistema sanitari, no és menys cert afirmar que el significat de l'hospital en les cultures de la salut, que comparteixen tant els professionals sanitaris com la població, continua essent central. El Mapa de 1980, per tant, va mantenir, per la seva genealogia, l'hegemonia de l'hospital.

La revisió del *Plan* de 1969 que s'ha efectuat en aquest text s'ha d'entendre com un petit tast d'una problemàtica molt més complexa, en la mesura que encara manca la recerca sobre les fonts primàries de la Diputació de Barcelona o, entre d'altres, del CTEH. Tanmateix, aquesta primera aproximació ratifica la importància del document, des del punt de vista de la reforma sanitària catalana, i posa en relleu el seu hospitalocentrisme. Tot plegat, una dècada abans de la declaració d'Alma-Ata, circumstància que caldrà analitzar en futures investigacions⁷⁵.

Finalment, un segon aspecte a revisar haurà de ser la dialèctica que es va produir entre la proposta catalana del *Plan* 1969 i la seva més que probable influència en el *III Plan de Desarrollo Económico y Social*⁴⁰, així com en l'*Informe al Gobierno* elaborat el 1974 per la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria⁷⁶. Són documents gairebé coetanis als primers *pronunciamientos sanitarios* —tal com va denominar-los en el seu moment el sociòleg Jesús de Miguel— relatius a la sanitat catalana que van precedir cronològicament al Congrés de Perpinyà i dels quals hem donat constància.

No volem cloure aquest text sense apuntar una línia de

recerca addicional, consistent en realitzar una prosopografia de les persones que participaren en aquests projectes i de les seves xarxes personals i professionals, en les quals estaven involucrats tant el sistema públic de salut com el mercat privat de la sanitat catalana d'aquells anys. Sens dubte, el conjunt d'aquestes línies de recerca aportarà nous elements d'anàlisi que, juntament amb d'altres, s'hauran de tenir en compte en les discussions actuals sobre el sector salut, en un context en què la sostenibilitat del sistema sanitari públic està en dubte per raons demogràfiques —com l'envelliment de la població— i ideològiques —com ara les propostes de replegament dels serveis públics bàsics.

Agraïments. El nostre agraïment pels seus comentaris i aportacions a Lluís Bohigas, Sara Fajula, Lluís Guerrero, Enrique Perdiguero, Miquel Terreu i Alfons Zarzoso.

NOTA

- a. Andorra apareix dins el *Plan*, ja que el territori andorrà es considerava dins l'àmbit d'influència dels hospitals catalans.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Artigas J, Espasa R. La sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social. Barcelona: Servei General de Publicacions de la Generalitat de Catalunya; 1980.
2. Aragó Mitjans I, Artigas Candela J, Muntaner Pascual JM, Soler Durall C. Plan general de regionalización hospitalaria en Cataluña y Baleares, 5a región hospitalaria española. Barcelona: Caja de Ahorros Provincial de la Diputación de Barcelona; 1969.
3. Aragó I. Descentralización, base de la sanidad catalana. La Vanguardia; 30 d'octubre de 1980. p. 29.
4. Sabaté i Casellas F. Política i sanitat a Catalunya (segles XIX i XX). Barcelona: Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut; 2015. p. 77.
5. Mancomunitat de Catalunya. Divisió sanitària de Catalunya. A: Compilació dels serveis mancomunals d'interès directe pels municipis de Catalunya. Barcelona: Arts Gràfiques; 1923. p. 95.
6. Sabaté F. Antecedentes del modelo sanitario catalán. Medicina Clínica (Barcelona). 2015;145(Supl.1):4-7.
7. Gaceta de Madrid. 22 de maig de 1931;(142):866-7.
8. Pardell H. Estudio de la dotación hospitalaria española. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 1973. p. 106.
9. Sabaté P. Hospitals de Catalunya: concepció d'un projecte d'organització i ordenació hospitalària. Tortosa: Imp. Nova; 1931.
10. Fernández-Pellicer E. Ordenació hospitalària a Catalunya, solucions pràctiques. Annals de Medicina. 1932;7:387-408.
11. Llei de Bases per a l'organització dels Serveis de Sanitat i Assistència Social a Catalunya. Butlletí Oficial de la Generalitat de Catalunya. 6 d'abril de 1934;2(96):105-11.
12. Llei de Coordinació i de Control Sanitari Públics. Butlletí Oficial de la Generalitat de Catalunya. 4 de juliol de 1934;3(185):65-71.
13. Peláez Albendea MJ. La Conselleria de Sanitat i Assistència social de la Generalitat republicana a través de la Ley de Bases de 5 de abril de 1934 y de la Ley de Coordinación y Control Sanitarios Públicos de 26 de junio de ese año. Revista de Política Social. 1982;134:73-86.
14. Aragó I. Els hospitals a Catalunya. Barcelona: Imprenta Altés; 1967. p. 11.
15. Aragó I. La integración hospitalaria y sanitaria. ¿Cómo traducir la ciencia en asistencia? Barcelona: Imp. Altés Ediciones Ariel; 1969. p. 165.
16. Aragó I, Ramis J, Picañol J. Coordinación en asistencia pública. Estudios sobre Hospitales y Beneficencia. 1957;2:24-8.
17. Editorial. Que es la CASOE. Revista Horizonte. 1949;1:1.
18. León P, Sarraqueta P. Caracterización de los tipos de hospitales a través del análisis de la revista Estudios sobre Hospitales y Beneficencia (1955-1968). A: Zarzoso A, Arrizabalaga J (eds.). Al servicio de la salud humana: la historia de la medicina ante los retos del siglo XXI. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina; 2017. p. 137-42.
19. Barceló-Prats J, Comelles JM. Evolución del dispositivo hospitalari a Catalunya (1849-1980). Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut; 2020. p. 93.
20. Aragó I. La planificación hospitalaria. Madrid: Ruan; 1974.
21. Centro Técnico de Estudios Hospitalarios. Informe sobre planificación asistencial y sanitaria de la ciudad de Sabadell. Vol. I i II. Barcelona: Centro Técnico de Estudios Hospitalarios; 1965.
22. Centro Técnico de Estudios Hospitalarios. Estudio de planeamiento sanitario del municipio de Hospitalet de Llobregat. Barcelona: Centro Técnico de Estudios Hospitalarios; 1967.
23. Casassas O, Ramis J. Metges de nens: cent anys de pediatria a Catalunya. Barcelona: Edicions de La Magrana; 1993. p. 313.
24. Barceló-Prats J, Comelles JM. ¿Qué carrera para qué medicina? El fracaso de la introducción de las ciencias sociosanitarias en la formación médica del primer franquismo (1938-1959). Historia y Memoria de la Educación. 2022;15:29-61.
25. Vilar-Rodríguez M, Pons-Pons J. Competition and collaboration between public and private sectors: the historical construction of Spanish hospital system, 1942-86. The Economic History Review. 2019;72(4):1384-408.
26. Barceló-Prats J. Genealogía de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad. Dynamis. 2021;41(1):27-51.
27. Quintana P, Espinosa J. Seguro de Enfermedad. Estudio para un Plan de instalaciones de asistencia médica. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión; 1944.
28. Vilar M, Pons J. El triunfo del modelo hospitalario público sobre lo privado (1964-1986). A: Vilar M, Pons J (eds.). Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986). Madrid: Marcial Pons; 2018. p. 263-324.
29. Ortiz Díaz J. Hacia una reordenación de la sanidad pública española: el problema hospitalario. Revista de Administración Pública. 1966;50:151-80.
30. Serigó Segarra A, Porras Orué P. La planificación de la asistencia hospitalaria en España. Madrid: Publicaciones del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica; 1966.
31. Barceló-Prats J, Comelles JM. De la descoordinación a la descentralización. La evolución del dispositivo hospitalario catalán durante el franquismo y la Transición (1939-1980). A: González-Madrid DA, Ortiz-Heras M (eds.). El estado del bienestar entre el franquismo y la transición. Madrid: Sílex; 2020. p. 231-58.
32. Vilar-Rodríguez M, Pons-Pons J. El debate en torno al seguro de salud público y privado en España: desde la Transición política a la Ley General de Sanidad (1975-1986). Historia y Política. 2018;39:261-90.
33. Asenjo MA. Una reforma hospitalaria radical y consensuada. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona; 2017.
34. Asenjo MA. Difícil camino, espléndida realidad: el sistema MIR. FEM. 2018;21(2):75-8.
35. Soler-Durall C. Divagaciones en torno a la medicina, el médico y el hospital, en el dintel de una nueva etapa. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. 1968; mayo-junio:190-2.
36. Soler-Durall C, Franco-Estadella E. Regionalización hospitalaria. Barcelona: Iberhospitalia; 1976.
37. Ortiz-Díaz J. La regionalización hospitalaria en España. Anales de la Fundación Juan March (1963-1965). 2 vol. Madrid: Fundación Juan March; 1965. p. 478-9.
38. Real decreto 575/1966, de 3 de marzo, sobre Catálogo de hospitales y regionalización hospitalaria. Boletín Oficial del Estado. 14 de marzo de 1966;62:3016-7.
39. Presidencia del Gobierno. II Plan de Desarrollo Económico y Social (1968-1971). Comisión de Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social. Madrid: Comisaría del Plan de Desarrollo Económico y Social, 1968.

40. Presidencia del Gobierno. III Plan de Desarrollo Económico y Social (1972-1975). Madrid: Comisión de Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social. Madrid: Comisaría del Plan de Desarrollo Económico y Social; 1972.
41. Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona. Los hospitales españoles ante el III Plan de Desarrollo Económico y Social. Barcelona: CoMB; 1972.
42. Barceló-Prats J, Comelles JM, Perdiguero-Gil E. Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955-1978). A: Porras MI, Mariño L, Caballero MV (coord.). Salud, enfermedad y medicina en el franquismo. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2019.
43. Aragón I. Aspectos territoriales de la planificación hospitalaria. A: Serratos A (dir.). III Curso de Planificación Territorial. Bilbao: Centro de Perfeccionamiento Profesional y Empresarial del Colegio de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos; 1978. p. 1-19.
44. Pardell H. El problema hospitalario. Trabajo presentado para optar al título de Diplomado en Sanidad. Barcelona; 1971. p. 47.
45. Reixach M, Cullerell T, Luna B. Zona de influencia sanitaria de Vic. Programa de necesidades. Estudios de Hospitales y Beneficencia. 1969;41:7-93.
46. Aragón I. La reforma sanitaria y sus protagonistas. Estudios sobre Hospitales y Beneficencia. 1975;73:7.
47. Comelles Esteban JM, Alegre Agís E, Barceló-Prats J. Del hospital de pobres a la cultura hospitalocéntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. Kamchatka, Revista de Análisis Cultural. 2017;10:57-85.
48. Artigas J. Formation des responsables des Hôpitaux. Tesis doctoral. Lovaina: Institut de Ciències Hospitalàries de la Universitat Catòlica de Lovaina; 1966.
49. Vilar P. Catalunya dins l'Espanya moderna. Vol 1. Barcelona: Edicions 62; 1964.
50. Comelles JM. Hospitals, political economy and Catalan cultural identity. A: Bonfield C, Reinartz J, Huguet-Termes T. (eds.). Hospitals and communities 1100-1960. Berna: Peter Lang; 2013. p. 183-208.
51. Solé-Sabaris F. Apunte crítico del funcionamiento de la Seguridad Social en España. A: Hatzfeld H (ed.). La crisis de la medicina liberal. Barcelona: Ed. Ariel; 1965. p. 197-221.
52. Sirvent E, Comelles JM. La fisioteràpia a Catalunya. Etnografia d'una professió 1957-2025. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat-COFC; 2025. p. 16-7.
53. Reventós J, Garcia A, Piqué C. Història de la medicina catalana sota el franquisme i les seves conseqüències. Barcelona: Hacer; 1990.
54. Tutosaús Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. Educación Médica. 2018;19(4):229-34.
55. Soler-Durall C. Reflexiones sobre el hospital: su función en la formación de médicos. Educación Médica. 2010;13(2):71-5.
56. Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé-Sabaris F. La sanidad hoy. Apuntes críticos y una alternativa. Barcelona: Editorial Avance; 1975.
57. Acarín N, Espasa R, Sans C, Vergés J. Servicio Nacional de Salud. Una alternativa democrática a la sanidad. Barcelona: Laia; 1977.
58. Perdiguero Gil E, Comelles JM. The defence of health. The debates on health reform in 1970s Spain. Dynamis. 2019;39(1):45-72.
59. Comissió de Sanitat del PSUC. L'alternativa sanitària i la formació democràtica del Servei Nacional de Salut. A: Primeres Jornades de Sanitat del PSUC. Ponències i comunicacions, 11-12 de febrer. Barcelona: Comitè Central del PSUC; 1978.
60. Acarín N, Campo M, Espasa R, Vergés J. La salud, exigencia popular. Barcelona: Laia; 1976.
61. Roca i Junyent M. Autonomia nacional i descentralització sanitària a Catalunya. A: Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. II Ponència. Funció social de la medicina. Perpinyà: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 1976. p. 305-8.
62. Artigas J, Pardell H. Estructura actual de la Sanitat. Defectes de l'estructura i política sanitària. A: Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Perpinyà: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 1976. p. 204-43.
63. Pardell H. El X Congrés de metges i biòlegs. Informació Professional. 1976;121:72-5.
64. Cañellas C, Torán R, Solé i Sabaté J. El col·legi de metges de Barcelona i la societat catalana del seu temps (1894-1994). Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 1994.
65. Pardell H. La reforma sanitaria y el hospital. Informació Professional. 1975;109:26-32.
66. Portella E (dir). Estudis i dictàmens sobre sanitat. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1980.
67. Bohigas L, Solé-Sabaris F, Clos J, Martí J. La Sanitat a Catalunya: reforma o canvi de model. A: Actes de les Primeres Jornades Catalanes de Sociologia (1981). Barcelona: Institut d'Estudis Catalans; 1985. p. 293-6.
68. Generalitat de Catalunya. Planificació sanitària pública a Catalunya. Pla de reordenació hospitalària. 4 vol. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1987.
69. Nadal J de. La construcción de un éxito. Así se hizo nuestra sanidad pública. Barcelona: Ediciones La Lluvia; 2016.
70. Campos J, de Miguel J. Sociólogos de bata blanca y médicos con barba: relaciones entre las ciencias sociales y la medicina en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 1981;15:133-41.
71. Zaragoza A. Algunes reflexions crítiques sobre el mapa sanitari. A: Actes de les Primeres Jornades Catalanes de Sociologia (1981). Barcelona: Institut d'Estudis Catalans; 1985. p. 299-304.
72. Bohigas L. El llegat sanitari del Conseller Josep Laporte. Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. 2022;3-4:165-70.
73. Bohigas L. Conseller Xavier Trias. Un model sanitari per a Catalunya 1988-1996. Barcelona: Cercle de Salut; 2024.
74. Bohigas L. Conseller Josep Laporte: una política sanitària per a Catalunya (1980-1988). Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2023.
75. Bohigas L. Ramon Espasa, conseller de Sanitat i Assistència Social 1977-1980: el Mapa Sanitari de Catalunya. Barcelona. Generalitat de Catalunya; 2025.
76. Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria. Informe al Gobierno. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1975.