



Antecedentes del modelo sanitario catalán

Ferran Sabaté i Casellas

Unitat d'Història i Ètica Mèdica, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Palabras clave:

Modelo sanitario catalán
Sistema de salud público
Cooperación sanitaria público-privada
Historia de la medicina
Cataluña

Keywords:

Catalan health model
Publicly-funded health system
Public-private health sector cooperation
History of medicine
Catalonia

RESUMEN

El modelo sanitario catalán es una forma peculiar de atender a las contingencias sociosanitarias del conjunto de la población, sobre la base de una tradición organizativa que integra a diferentes actores como la sociedad civil, los municipios, la Iglesia, las mutualidades, las fundaciones públicas o privadas, que a lo largo de los siglos se han coordinado y complementado para ofrecer una asistencia sociosanitaria de calidad, más allá del pobre o del transeúnte. Este modelo se basa en un concepto solidario de la sociedad alcanzado a través del pactismo social, preservado en el Derecho Civil catalán. A lo largo del siglo xx, en los 3 períodos de autogobierno que ha tenido Cataluña, se ha adaptado, sin perder sus rasgos esenciales, a las nuevas condiciones económicas, sociales y científicas que conforman la contemporaneidad, consiguiendo un remarkable nivel de eficiencia y un apreciable consenso social.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Antecedents of the Catalan health model

ABSTRACT

The Catalan healthcare model is a particular way of addressing public health contingencies of the population as a whole, based on an organizational tradition that brings together stakeholders, such as the civil society, local government, the church, mutual care societies, public and private foundations, which for centuries have worked in coordination and complemented each other to provide quality public healthcare, far and beyond merely catering to the poor or those passing through. This model is based on a selfless, public spirited concept of society, achieved through a vocation to form social agreements, preserved in Catalan civil law. During the 3 periods of self-government Catalonia has enjoyed throughout the twentieth century, it has adapted to the economic, social, and scientific conditions, which define modern society, without sacrificing its fundamental features, thereby achieving a remarkable level of efficiency together with significant social consensus.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El modelo sanitario catalán, diferente del aplicado en España, ha sido reconocido internacionalmente como prototipo de colaboración público-privada ofreciendo niveles óptimos en la prestación de servicios y en la satisfacción de los pacientes. Pues bien, este modelo es el resultado de una larga tradición de corresponsabilidad de la sociedad civil organizada con los poderes públicos en la prestación de los servicios sanitarios a la población¹.

Desde el siglo xv encontramos numerosos ejemplos de la participación conjunta de los ciudadanos, los municipios, la iglesia y la monarquía en el establecimiento y el gobierno de hospitales². El hecho es que desde la Baja Edad Media el dispositivo de atención a la enfermedad o al desvalimiento se inscribió en Cataluña dentro de un mo-

delo de gobernanza de la cosa pública, que se tradujo en la creación y el mantenimiento de instituciones asistenciales³ y de obras pías, y en el establecimiento de las "conductas del común" en muchísimos municipios, desde el siglo xiv.

La densa red de hospitales locales catalanes, que ha permanecido casi inalterable desde la Baja Edad Media hasta nuestros días, se entiende en el contexto de la persistencia de la cultura pactista, muy arraigada en el Principado, en la capacidad política de los municipios⁴ y en la condición de fundaciones de derecho privado de estos hospitales locales, amparada por la vigencia del Derecho Civil de Cataluña. Ello les permitió sortear los intentos de expropiación por parte del Estado, en las desamortizaciones de finales del siglo xviii y primera mitad del siglo xix, argumentando su condición "privada" en términos legales.

El presente trabajo expone los diferentes niveles de toma de conciencia, tanto de los administradores como de los administrados, en

Correo electrónico: sabate@ub.edu

una cultura de la responsabilidad respecto a aquel que necesita ayuda, y que va más allá de las etiquetas de pobre o de transeúnte, para erigirse en una pieza fundamental de la idiosincrasia catalana⁵ de la cosa pública local, mucho antes de que el Estado, en el siglo xx, lo generalizara.

El siglo xix

Es el tránsito de la época moderna a la contemporánea. Ello viene marcado en Cataluña por unos cambios demográficos, económicos, sociales y científicos muy importantes. La población experimenta un aumento remarcable, por un incremento de la natalidad durante la primera mitad del siglo. Después de la expansión comercial de finales del siglo precedente se produce la consolidación de la Revolución Industrial, con la aplicación de la máquina de vapor a la industria, pero también al transporte terrestre o marítimo. También la estructura social se ve alterada por la llegada del liberalismo, el fenómeno de la urbanización, la aparición del proletariado, etc. Culturalmente se produce el movimiento de la "Renaixença", que, partiendo de la lengua, va incorporando, a lo largo del siglo, a la mayoría de la población y de las manifestaciones colectivas de personalidad social diferenciada. La sociedad catalana se reconoce diferente de la española y reclama una administración acorde con sus peculiaridades y con sus necesidades. Por su situación geográfica y la constante relación con Francia, Cataluña es la puerta de entrada de las nuevas corrientes científicas europeas, también en el ámbito de la medicina, como el positivismo y el experimentalismo, representados por la influencia de Louis Pasteur y Claude Bernard.

Todos estos cambios se ven reflejados en las condiciones sanitarias de la Cataluña del siglo xix. Los cambios en las condiciones de trabajo, la movilidad de la población y las condiciones de vida (alojamiento y alimentación) provocarán el aumento o la aparición de nuevas patologías, que presionarán al sistema sanitario tradicional. A lo largo del siglo xix se produjeron en Cataluña sucesivas oleadas epidémicas, que afectaron gravemente a la población. Barcelona y otros núcleos industriales recibieron el embate repetitivo de enfermedades agudas, como el cólera o la fiebre tifoidea, y crónicas, como la sífilis o la tuberculosis. Y esto, sobre un sustrato de pobre alimentación y alcoholismo. Estos cambios epidemiológicos acelerados pusieron de manifiesto las carencias de la organización sanitaria existente.

Desde mediados de siglo se levantaron voces alertando sobre la falta de plazas hospitalarias⁶. Para paliar esta situación se movilizaron tanto la administración municipal como la sociedad civil, la Iglesia y los movimientos sociales de protección mutua. Este carácter mixto de afrontar las contingencias sanitarias será la característica distintiva del modelo sanitario catalán a lo largo de todos los períodos históricos. Este modelo de cooperación sanitaria público-privado es el que mejor encaja con la idiosincrasia y la organización autóctona y que ha pervivido a lo largo del tiempo, a pesar de los avatares históricos.

Los nuevos conocimientos científicos, los avances tecnológicos, la progresiva especialización de la medicina, etc. hicieron obsoletos la organización, los fines y la estructura de los hospitales de la época moderna. Los nuevos hospitales pasan de una función de asilar a una curativa y ya no son vistos como un almacén de enfermos y decrépitos, sino como un lugar para el estudio y la recuperación de la salud⁷. El personal sanitario, de carácter seglar, se profesionaliza. La corriente higienista en la arquitectura da lugar a los hospitales construidos en pabellones. Para afrontar los costes económicos de la enfermedad, la población optó por la creación de entidades de ayuda mutua⁸ como hermandades, montepíos, mutualidades, etc., que en Cataluña gozan de un profundo arraigo y consideración social.

Todo esto en el contexto español, donde las primeras disposiciones sanitarias que aparecen a mediados de siglo, con la Ley General de Beneficencia del 20 de junio de 1848, o la Ley Orgánica de Sanidad del 28 de noviembre de 1855, preveían la responsabilidad de las ad-

ministraciones públicas en estos ámbitos, pero cuyo cumplimiento era muy restringido⁹.

El siglo xx

Durante el siglo xx, Cataluña ha tenido 3 períodos de autogobierno que han definido y desarrollado un modelo sanitario propio y singular. Nos referimos a la Mancomunidad (1914-1924), la Generalitat republicana (1931-1939) y la Generalitat monárquica (1977-actualidad). A pesar de estar protagonizados por gobiernos de diferente orientación ideológica, observamos una clara continuidad en el desarrollo del modelo sanitario, la continuación de un hilo conductor, asumido sin grandes reticencias por los usuarios y los profesionales sanitarios. La idea de que la participación de diferentes actores en el ámbito de la sanidad la diversifica y enriquece. Y ello encuadrado en los principios ético-ideológicos de libertad, autonomía y solidaridad inherentes al desarrollo histórico de la comunidad catalana.

La Mancomunidad de Cataluña (1914-1924)

Constituyó el primer paso en la recuperación del autogobierno perdido en 1714, justo hacía 200 años. Los objetivos de culturalizar, modernizar y europeizar Cataluña incluían la necesidad de mejorar y atender las contingencias sanitarias de los sectores de población más vulnerables. Se esperaba que estas acciones y medidas contribuyeran al desarrollo económico y a la estabilidad social.

Con limitadas atribuciones legales y escasos recursos económicos, pero con entusiasmo y determinación, la Mancomunidad¹⁰ afrontó algunos de los problemas sociosanitarios más acuciantes de una sociedad industrial, con una perspectiva interdisciplinar. Lo novedoso fue el cambio de enfoque o de mentalidad, tanto por parte de los profesionales involucrados como de la administración y de los administrados. En este proyecto confluyeron grupos, personas e instituciones de muy variados origen, evolución, ideología, titularidad, financiación, etc.

El modelo sociosanitario de la Mancomunidad parte del respeto a lo ya existente, con la intención de perfeccionarlo, completando las carencias y coordinando a todos los agentes implicados. No invade competencias ya asumidas, interviene en las áreas no cubiertas y asume las funciones de coordinación general.

En la década de gobierno de la Mancomunidad podemos distinguir claramente 2 períodos. El primero, entre 1914 y 1919, se caracteriza por la exploración y el ensayo, junto al diseño teórico y la definición del modelo sanitario a seguir. La exploración de los datos demográficos y epidemiológicos que permitan una planificación objetiva, sobre la base de las necesidades reales de la población y de los territorios. En 1917 se creó una oficina con el nombre de Servicio de Demografía y Estadística, para recoger información sobre la prevalencia y características clínicas de las enfermedades de transmisión hídrica, que constituirían un verdadero flagelo. Al año siguiente se intentó la implantación de un registro de morbilidad en Cataluña, imprescindible para planificar de una forma rigurosa cualquier problema sanitario¹¹. En 1919 se hizo un seguimiento epidemiológico detallado de la terrible epidemia gripal.

Los ensayos de intervención en este primer período se centraron en el problema del paludismo, con medidas físicas, como el uso de mosquiteras, y químicas, como la quinización, ensayadas con ciertos grupos de mayor exposición al vector¹². También se iniciaron los trabajos encaminados a la contención de la endemia tuberculosa mediante la cartografía de las zonas de mayor incidencia¹³.

En esta etapa, a falta de modelo sanitario explícito, se optó por las subvenciones económicas a las instituciones que realizaban una función de suplencia de las tareas sanitarias encomendadas por la ley a las administraciones públicas. El primer intento moderno de planificación sanitaria en España, que no de legislación sanitaria, fue el encargo en 1917 del presidente de la Mancomunidad de Cataluña, Enric

Prat de la Riba, al doctor Jacinto Reventós de realizar un estudio y una propuesta de "Regionalización sanitaria", que abarcase todos los elementos humanos y materiales disponibles para organizar de una forma racional y coherente la atención sanitaria en todo el territorio¹⁴. Sobre la base de este trabajo, el consejero de Sanidad procedió a la División sanitaria de Cataluña en 1922¹⁵.

El segundo período de la Mancomunidad se extiende de 1920 a 1924, con el traspaso de competencias de las diputaciones provinciales a la Mancomunidad. Se caracteriza por la estructuración de una administración sanitaria moderna y el despliegue de los instrumentos de trabajo adecuados. La creación del Departamento de Beneficencia y Sanidad, directamente dependiente del Consejo Permanente (el órgano de gobierno de la Mancomunidad), el nombramiento de un Consejero específico para esta área y de una comisión asesora, dan carta de naturaleza a lo que podríamos entender como política sanitaria moderna.

En este período se ponen en funcionamiento los servicios de "lucha" específica frente a las enfermedades de transmisión hídrica, la mortalidad infantil, el bocio endémico y el cretinismo, y todo ello años antes de la visita del rey Alfonso XIII y del doctor Marañón a Las Hurdes con el mismo propósito. También se inició la vacunación antitífica y antituberculosa derivada del bacilo de Calmette y Guérin. Se crearon patronatos de asistencia social a los tuberculosos y para los enfermos mentales curados, con el fin de tutelar su reinserción social y laboral.

Se remozaron completamente las instituciones asistenciales propias (hospitales, manicomios y maternidades), tanto en personal e instalaciones como en su organización, con un propósito ejemplarizante. Sin olvidar la cooperación con otros establecimientos de titularidad diversa, que son financiados¹⁶ y supervisados por la Mancomunidad, en función de su vinculación al sistema sanitario autóctono¹⁷. En el período 1921-1922 fueron subvencionados 28 hospitales no propios, de un total de 50 operativos¹⁸.

En este primer modelo sanitario catalán de la Mancomunidad encontramos otros elementos de la modernidad, en la preocupación por la educación sanitaria de la población a través de charlas, carteles, libros divulgativos, etc.¹⁹, o la formación continuada de los profesionales de la salud, a través de cursos prácticos²⁰. Sin olvidar el apoyo a la investigación biomédica creando y financiando laboratorios, revistas, bolsas de viaje, etc.

Paralelamente al desarrollo institucional del modelo sanitario se produce un sostenido interés de los profesionales por el tema, que se expresan a través de abundantes comunicaciones en los congresos²¹ y de artículos en las revistas profesionales de este período.

La Generalitat republicana (1931-1939)

Con la proclamación de la Segunda República española se inició un nuevo período de autonomía política para Cataluña, lo que permitió nuevamente regirse por un modelo sanitario propio. Si bien el nuevo gobierno de la Generalitat era de carácter progresista, en el terreno sanitario fue continuista del modelo impulsado por el gobierno de la Mancomunidad. En el desarrollo del modelo sanitario en esta etapa²² también encontramos 2 períodos bien delimitados: uno de cierta normalidad, entre 1931 y 1936, y otro de guerra, hasta 1939.

Simultáneamente a la creación de la Generalitat, su consejero de Sanidad y Beneficencia, Manuel Carrasco i Formiguera, encargó al Sindicat de Metges de Catalunya el estudio y las propuestas sectoriales de toda la sanidad catalana, incluyendo los proyectos referentes a la asistencia social. Tal vez, la propuesta más elaborada fue la del doctor Fernández Pellicer, que después de una encuesta realizada a todos los hospitales subvencionados o contratados por la Generalitat, y según las recomendaciones de la Conferencia de Higiene Rural de la Sociedad de Naciones del año 1931, propuso el establecimiento de los 3 niveles asistenciales: el primario, formado por el médico o el practicante; el secundario, por el hospital comarcal de 50 a 100 ca-

mas, con los servicios de medicina, cirugía, infecciosos y partos, y el terciario o intercomarcal, con todas las especialidades. Al mismo tiempo, el doctor Higini Sicart realizó un estudio sobre los seguros sociales.

El 30 de marzo de 1934, el Parlamento de Cataluña aprobó la Ley de Bases para la organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social. En ella se habla de los servicios sanitarios mínimos y se dan normas para la ordenación territorial de la sanidad y la estructuración de los hospitales comarcales.

En el ámbito asistencial se retoma el concepto de "lucha" contra la prostitución y las enfermedades venéreas, la lepra, las enfermedades mentales, el cáncer, el alcoholismo, etc.

El advenimiento de la Guerra Civil en julio de 1936 comportó una cierta alteración y una gran sobrecarga del sistema sanitario catalán, pero no un cambio sustancial del modelo. Si bien algunas estructuras tuvieron que adaptarse a las condiciones de guerra, la colaboración de los diferentes actores (instituciones públicas, sindicales, de partidos políticos, Cruz Roja, ayuda internacional, sanidad militar, etc.) fue el modelo sanitario adoptado²³.

Durante la dictadura franquista, tanto en el interior como entre los profesionales exiliados, persistió el debate sobre los modelos sanitarios²⁴, tomando como referencia los informes Debré (Francia) y Beveridge (Gran Bretaña). En la década de los cincuenta, el Colegio de Médicos de Barcelona creó una sección muy activa de Estudios sobre Hospitales. Y a finales de los sesenta se publicó un "Plan General de Regionalización Hospitalaria de Cataluña y Baleares"²⁵, que contribuyó al desarrollo del modelo sanitario catalán.

La Generalitat monárquica (1977-actualidad)

La llegada de la democracia a España permitió recuperar el autogobierno y supuso la reinstauración de la Generalitat en 1977. El intervalo de casi 40 años transcurridos desde su abolición comportó numerosos cambios demográficos, económicos y sociales en los ámbitos local y europeo, así como avances muy notables en los ámbitos del conocimiento, de la tecnología y de la medicina y su organización en particular. Ello planteaba nuevos retos y la tentación de hacer tabla rasa de toda la experiencia propia anterior o adoptar una postura continuista del Seguro Obligatorio de Enfermedad español. La decisión adoptada fue retomar la experiencia histórica del modelo sanitario autóctono adaptándolo a las nuevas circunstancias.

Las nuevas perspectivas que se abrían en el ámbito sanitario movilizaron a grupos de profesionales a realizar estudios y ofrecer propuestas de organización para la nueva etapa. En 1976, un nuevo trabajo sobre regionalización sanitaria de Cataluña, ampliado con una propuesta de creación de un Servicio Nacional de Salud, se lleva a cabo por Nolasac Acarín, Ramón Espasa, Carme Sans y Joaquim Vergés.

Un hito importante fue la celebración en 1976, en la localidad francesa de Perpignan, del X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, con una de las ponencias dedicada a analizar la "Función social de la Medicina". Tras la consideración del "paso de la medicina individual a la colectiva" se analizó el "concepto de salud", la "situación actual de la medicina" y sus "perspectivas de futuro"²⁶. Y el mismo año, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona puso en marcha un grupo de estudio denominado "Gabinete de Asesoría en Planificación Sanitaria".

Al año siguiente se publicaron las conclusiones del Ámbito Sanitario del Congreso de Cultura Catalana, fruto de la reflexión conjunta y participativa de profesionales y ciudadanos movidos por las cuestiones de la salud colectiva.

En agosto de 1978 se firmó el Decreto del traspaso de competencias desde el Ministerio de Sanidad de la Administración Central a la Generalitat de Cataluña, la cual, al año siguiente dictó una disposición para la realización del Mapa Sanitario de Cataluña²⁷. El objetivo de este documento era conocer los recursos y las necesidades en ma-

teria sanitaria para planificar y organizar su mejor utilización. Este documento se divide en 2 partes: "Situación sanitaria actual" y "Proyecto de territorialización". El primero con 5 capítulos: "El estado de salud", "La situación del medio ambiente", "Recursos sanitarios", "Situación jurídico-administrativa" y "Estructura económica y recursos de la sanidad catalana". El segundo apartado comprende 3 capítulos: "El área de salud y la sectorialización", "Ordenación sanitaria del territorio" y "Propuesta de dotación sanitaria de las áreas"²⁸. Las pautas recogidas en este documento no muestran discontinuidad en el desarrollo del modelo sanitario catalán y son las que dieron lugar a la creación en 1981 del Institut Català de la Salut y la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública. Ambos forman la red asistencial mixta que cubre sanitariamente todo el territorio catalán.

El siguiente paso se dio en 1991, con la aprobación parlamentaria de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), que universaliza la atención sanitaria a la totalidad de la población, separando la planificación de la financiación y de la provisión de los servicios a los ciudadanos. Se crea el Servei Català de la Salut (CatSalut), que es el organismo que contrata y paga los servicios sanitarios ofrecidos a la población a través de instituciones públicas o privadas.

La consolidación de este modelo sanitario de colaboración público-privada²⁸, a lo largo de todo el siglo xx, no exento de detractores, plantea el reto de detectar y corregir constantemente las desviaciones y errores que se puedan producir, para continuar siendo útil a la sociedad que le ha dado vida y continuidad hasta el momento actual.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Comelles J. Hospitals, political economy and Catalan cultural identity. En: Bonfield C, Reinartz J, Huget T, editors. *Hospitals and Communities, 1100-1960*. Oxford: Peter Lang; 2013.
2. Barceló Prats J. El proceso de fusión hospitalaria en la ciudad de Tarragona (1464). *Medicina e Historia*. 2015;1:4-19.
3. Conejo da Pena A. La financiación de los hospitales de la Corona de Aragón durante la baja edad media: condiciones sociales, económicas y espirituales. En: Cavaciocchi S, editor. *Le interazioni fra economia e ambiente biologico nell'Europa preindustriale: Secc. XIII-XVIII (Atti della XLI Settimana di Studi, Prato, 26-30 aprile 2009)*. Firenze: Istituto Internazionale di Storia Economica "F. Datini" & Firenze University Press; 2010. p. 437-44.
4. Huget T, Verdes P, Arrizabalaga J, Sanchiz M, editores. *Ciudad y hospital en el Occidente europeo 1300-1700*. Lleida: Editorial Milenio; 2014.
5. Reventós J. Els hospitals i la societat catalana. En: *Història dels hospitals a Catalunya*. Vol. 1. Barcelona: Hacer Editorial; 1996. p. 26.
6. Ausin Hervella JL. *Hospitals provisionals a la Barcelona del segle XIX. Les crisis sanitàries*. Barcelona: Seminari Pere Mata-Universitat de Barcelona (UB); 2002.
7. Ausin Hervella JL. El repte revolucionari davant el problema hospitalari de Barcelona. *Quaderns d'Història*. 2009;15:285-301.
8. Ausin Hervella JL. Les cases de socors dels amics dels pobres. *Gimbernat*. 2000;33:127-37.
9. Castells Ballespí C. Historia de la legislación sanitaria española desde los tiempos primitivos hasta la promulgación de la Ley de Sanidad de 28 de Enero de 1855. Lérida: Imprenta y Librería Sol y Benet; 1897.
10. Sabaté Casellas F. Política sanitaria i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924). Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona; 1993.
11. Mancomunitat de Catalunya. *Resum dels acords del Consell Permanent*. Barcelona; 1918.
12. Treballs del servei tècnic del paludisme 1915-1916. Barcelona: Institut de Ciències; 1918.
13. Manresa G. El pensament científic del Dr. Lluís Sayé. *Anales de Medicina*. 1977;63:1686-9.
14. Reventós J. Pla de regionalització sanitària. En: Cornudella J. *La pneumologia a Catalunya i els seus homes*. Barcelona: Ariel; 1975.
15. Divisió sanitària de Catalunya. En: Mancomunitat de Catalunya. *Compilació dels serveis mancomunals d'interès directe pels municipis de Catalunya*. Barcelona; 1923. p. 95.
16. Distribució pressupost de sanitat. *Crònica Oficial de la Mancomunitat*; 1923;4:104.
17. Normes per a la concessió de subvencions als establiments particulars de beneficència. Barcelona: Arxiu Diputació de Barcelona; 1921. Lligall n.º 2801.
18. Mancomunitat de Catalunya. *L'obra realitzada 1914-1923*. Vol. 2. *Beneficència i sanitat*. Política social. Barcelona; 1923. p. 90-2.
19. Mancomunitat de Catalunya. *L'obra realitzada 1914-1923*. Vol. 1: *Organització i administració general de la Mancomunitat*. Cultura i instrucció. Agricultura. Barcelona; 1923. p. 70.
20. Mancomunitat de Catalunya. *L'obra realitzada, 1914-1923*. Barcelona; 1923.
21. Uns congressos científics que també entenen d'història i de temes socials. En: Oriol Casassas. *Una faula i setze històries*. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat; 1999. p. 171-5.
22. Hervàs Puyal C. *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2005.
23. L'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya: la Conselleria de Sanitat i Assistència Social. En: Hervàs Puyal C. *La xarxa hospitalària de Catalunya durant la Guerra Civil (1936-1939)*. Manresa: Publicacions Arxiu Històric Ciències de la Salut; 2014.
24. Crexell J. *L'Agrupació de Metges Catalans pro renovació de la Medicina (exili 1944-1946)*. Barcelona; 1994. p. 169-265.
25. Soler Durall C, Aragó Mitjans I, Artiga Candela J, Muntaner Pascual JM. *Plan General de regionalització hospitalaria en Catalunya y Balears. 5.ª regió hospitalaria española*. Barcelona: Caja de Ahorros Provincial de la Diputació de Barcelona; 1969.
26. X.ª Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. *II Ponència Funció Social de la Medicina*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Societat Catalana de Biologia. Perpinyà, França, 1976.
27. Coca Ros J. El mapa sanitari de Catalunya. *Estudios sobre Hospitales*. 1980;101-102: 9-11.
28. *Mapa sanitari de Catalunya*. Barcelona: Publicacions de la Generalitat de Catalunya; 1980.