

*Martín Alonso Zarza, Concha Martín Sánchez, Antoni Barbarà Molina*

**La privatización de la sanidad (IV).**

**Cataluña 1: De Pujol al Tripartit**

*Crónica Popular*, 24 de mayo de 2020.

Aunque, como se ha dicho, la pandemia es un fenómeno independiente de las voluntades humanas y por tanto de las opciones ideológicas, ha permitido iluminar dos aspectos muy vinculados a ellas. Uno es la desigual distribución de los afectados, con tres sectores particularmente tocados: los mayores, los estratos socioeconómicamente más débiles y las trabajadoras del sector sanitario, de cuidados sociales y servicios públicos incluyendo al personal de limpieza; es este un sector que reúne dos características destacables desde el punto de vista sociológico: la feminización y la externalización. Lo cual remite por partida doble a la dimensión social de la sanidad. El otro, la afectación de los mecanismos de respuesta en función de la solidez de la estructura nacional de salud, y aquí se manifiesta el impacto de las medidas de privatización a que se va visto expuesta la sanidad española, con un impulso muy fuerte con motivo de la crisis financiera.

En las entregas anteriores nos hemos detenido en la comunidad madrileña; en las siguientes lo haremos en Cataluña. Ambas están de actualidad porque en ellas es donde el Covid-19 se ha cobrado más vidas. Este parecido se explica por un segundo rasgo común: ambas contienen las mayores concentraciones de población en España. Si pasamos de los términos absolutos a los relativos, veríamos que, a fecha de 9 de mayo según los datos del Ministerio de Sanidad, Castilla-La Mancha con 133 muertos por 100.000 habitantes, está a la cabeza (128 en Madrid, 71 en Cataluña). Es necesario atender a estos detalles para no incurrir en inferencias apresuradas.

A efectos didácticos estructuramos la exploración en tres bloques marcados por la cronología. El primero comprende la etapa de Pujol y la de los tripartitos: el ecosistema sociovergente, el segundo el periodo Mas-Boi Ruiz y giro de la crisis (ajustes duros) al procés (maniobra de distracción: Santi Vila), el tercero la fase actual en la que el independentismo ha instrumentalizado el virus para hacer avanzar su causa.

A su vez esta primera entrega comprende tres apartados. En primer lugar una visión general de la sanidad catalana en perspectiva comparada; a continuación volvemos la mirada a los años de Pujol y por último nos centramos en las decisiones tomadas en los gobiernos del tripartito, decisiones que harían posibles las medidas más severas en la década siguiente.

## **1. La sanidad catalana en perspectiva comparada**

Para ofrecer una aproximación de trazo grueso a la sanidad catalana nos fijamos en dos aspectos, uno cronológico con la finalidad de señalar la línea de continuidad en las políticas sanitarias desde el punto de vista macro y otro que atiende a ciertos indicadores particulares que ofrecen concreción a los anteriores. (Entendemos que puede resultar cansado detenerse en las tablas; resaltamos en negrita lo referente a Cataluña y resumimos lo fundamental en forma alfabética para facilitar la lectura).

La arquitectura de la sanidad pública catalana viene recogida fundamentalmente en los artículos 7.2 y 43 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña; el Decreto 378/2000, de 21 de noviembre, por el que se configura el Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT); el artículo 4 del Real decreto 1030/2006, de 15 de setiembre, que establece la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud y el artículo 7.3 del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña, que a su vez comienza

con un recordatorio de la legislación básica sobre sanidad. La última pieza legislativa al respecto es el Decreto Ley 12/2020, de 10 de abril, por el que se adoptan medidas presupuestarias, en relación con el Sistema Sanitario Integral para paliar los efectos de la pandemia, que básicamente da cobertura a la facturación de los servicios atendidos por los centros privados. Para acercarnos al estado de la cuestión, observemos la tabla 1 de gasto en sanidad pública en las diferentes CCAA en el primer quinquenio del siglo:

**Tabla 1. Gasto anual consolidado en sanidad pública por habitante, 2000-2005**

<b>Comunidades Autónomas</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Andalucía	765,9	790,7	837,1	903,3	972,6	1.020,0
Aragón	823,7	898,8	954,6	1.068,9	1.168,0	1.209,3
Asturias	809,8	872,4	946,3	1.061,4	1.136,4	1.204,5
Baleares	635,0	679,1	785,8	876,6	950,4	1.120,8
Canarias	819,7	840,1	909,8	999,5	1.045,6	1.146,6
Cantabria	833,4	921,5	1.014,0	1.162,9	1.243,1	1.330,7
Castilla y León	787,2	839,8	897,7	1.029,	1.093,4	1.177,5
Castilla-La Mancha	721,3	774,4	879,2	936,4	922,8	1.156,7
<b>Cataluña</b>	<b>776,9</b>	<b>816,9</b>	<b>869,3</b>	<b>958,0</b>	<b>998,0</b>	<b>1.058,0</b>
Extremadura	786,1	826,0	969,3	1.059,6	1.121,9	1.199,0
Galicia	796,9	864,1	901,7	980,4	1.087,7	1.121,9
Madrid	751,7	788,3	829,7	869,9	980,1	1.026,2
Murcia	768,3	806,5	860,6	951,5	1.037,4	1.113,7
Navarra	932,9	960,6	1.014,0	1.088,9	1.167,0	1.204,5
País Vasco	835,8	894,4	957,3	1.027,5	1.095,1	1.195,3
La Rioja	791,4	833,6	910,2	994,1	1.111,6	1.227,6
C. Valenciana	750,5	790,0	845,6	933,6	989,2	1.029,4
Ceuta	800,0	839,0	908,8	1.019,5	1.123,9	1.181,6
Melilla	955,5	1.010,9	1.048,8	1.131,3	1.278,3	1.464,8
<b>Media nacional</b>	<b>791,2</b>	<b>838,5</b>	<b>907,7</b>	<b>996,5</b>	<b>1.071,9</b>	<b>1.159,1</b>

*Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.*

Observamos que en el sexenio señalado el gasto en sanidad pública por habitante en Cataluña se ha ido separando progresivamente de la media nacional, aumentando su diferencial negativo: 16, 22, 38, 38, 73, 101 euros. Completamos el cuadro macro con un indicador más intuitivo: el número de personas por médico de familia:

Tabla 2. **Recursos y población, 2004-2006**  
(Médicos de familia: ratio habitantes/médico)

Comunidades Autónomas	Médicos de familia / 2004			Médicos de familia / 2005			Médicos de familia / 2006		
	Médicos	Población	Ratio	Médicos	Población	Ratio	Médicos	Población	Ratio
Andalucía	4.524	7.372.802	1.630	4.495	7.495.623	1.668	4.554	7.764.484	1.705
Aragón	918	1.254.296	1.366	918	1.273.291	1.387	930	1.289.644	1.387
Asturias	628	1.067.130	1.699	628	1.069.526	1.703	632	1.069.371	1.692
Baleares	468	951.436	2.033	470	990.257	2.107	480	1.031.606	2.149
Canarias	928	1.858.983	2.003	949	1.872.191	1.973	1.009	1.903.358	1.886
Cantabria	322	543.200	1.687	354	549.593	1.553	356	557.431	1.566
Castilla y León	2.302	2.390.343	1.038	2.332	2.403.489	1.031	2.354	2.425.720	1.030
Castilla-La Mancha	1.247	2.213.258	1.775	1.268	1.869.696	1.475	1.292	1.926.919	1.491
<b>Cataluña</b>	<b>3.556</b>	<b>7.105.324</b>	<b>1.998</b>	<b>3.543</b>	<b>7.196.167</b>	<b>2.031</b>	<b>3.808</b>	<b>7.196.167</b>	<b>1.890</b>
Extremadura	770	1.052.499	1.367	778	1.061.577	1.364	792	1.077.558	1.361
Galicia	1.689	2.692.983	1.594	1.701	2.731.896	1.606	1.753	2.750.129	1.569
Madrid	3.029	5.937.157	1.960	3.066	6.034.452	1.968	3.246	6.211.561	1.914
Murcia	658	1.284.543	1.952	658	1.322.362	2.010	678	1.359.516	2.005
Navarra	337	571.638	1.696	338	584.35	1.730	347	583.853	1.683
País Vasco	1.032	2.175.713	2.108	1.128	2.214.697	1.963	1.128	2.225.466	1.973
La Rioja	196	299.290	1.527	197	302.697	1.537	203	311.918	1.537
C. Valenciana	2.414	4.638.319	1.921	2.473	5.236.703	2.118	2.524	5.437.163	2.154
<b>Total nacional</b>	<b>25.080</b>	<b>43.528.167</b>	<b>1.736</b>	<b>25.359</b>	<b>43.955.741</b>	<b>1.733</b>	<b>26.150</b>	<b>45.247.042</b>	<b>1.730</b>

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Ministerio de Sanidad y Consumo.

(Hay en la tabla original algunos datos que manifiestamente son erratas: la idéntica población en Cataluña en 2005 y 2006, o las cifras de población en Navarra y La Rioja en 2005; estas contenían errores que han sido revisados a partir de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/espana-comunidades-autonomas/la-rioja> y <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/espana-comunidades-autonomas/navarra>).

Nos trasladamos ahora a los años después de la crisis. La tabla 3 registra la evolución del presupuesto en las distintas CCAA.

Tabla 3. **Evolución del presupuesto sanitario de las comunidades autónomas (%)**

Comunidades Autónomas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 Presup. /	Presup. / habit.
--------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------------	---------------------

									hab. (euros)	(%)
Andalucía	9,56	2,73	0,01	-4,56	0,44	10,03	-	3,09	1.007,11	4,35
							3,19			
Aragón	6,78	7,58	1,51	-3,07	0,41	-	-	-0,30	1.214,43	12,61
						12,73	0,93			
Asturias	2,22	13,93	5,19	-5,38	0,00	-4,23	-	0,77	1.423,53	1,80
							0,07			
Baleares	10,18	5,03	-	0,00	3,92	-3,95	1,77	10,30	1.193,40	5,62
			6,46							
Canarias	11,15	4,51	-	-	2,56	-1,07	1,15	0,99	1.253,81	0,37
			2,49	11,06						
Cantabria	4,64	5,14	0,30	-8,36	3,33	2,58	1,75	0,27	1.348,00	2,15
Castilla y León	9,36	2,26	3,22	-1,62	-0,92	-5,34	-	2,36	1.325,10	1,00
							1,43			
Castilla-La Mancha	9,47	8,29	2,31	-3,58	-7,37	-6,27	-	1,38	1.176,77	0,00
							2,17			
<b>Cataluña</b>	<b>5,48</b>	<b>2,91</b>	<b>4,90</b>	<b>-6,95</b>	<b>-4,78</b>	<b>-5,35</b>	-	<b>2,13</b>	<b>1.127,71</b>	<b>0,00</b>
							<b>0,01</b>			
Extremadura	9,60	7,36	-	-7,21	-3,73	-	1,02	6,04	1.284,98	0,00
			1,36			13,38				
Galicia	7,40	3,52	-	-4,87	-0,46	-3,16	-	-	1.083,27	18,71
			1,02				3,43	10,37		
Madrid	6,97	2,43	-	0,75	0,53	-0,85	-	4,46	1.132,90	2,16
			0,58				1,84			
Murcia	12,37	4,99	7,08	1,95	-	-	3,59	1,5	1.123,45	5,94
					10,87	13,11				
Navarra	8,17	3,86	8,80	-1,50	-5,90	-6,34	4,26	4,52	1.457,41	5,89
País Vasco	11,70	8,52	2,36	-3,42	-0,47	0,26	-	0,94	1.584,73	0,80
							1,76			
La Rioja	-3,09	0,47	2,38	-6,09	-5,27	-5,11	1,05	0,68	1.114,74	3,52
C. Valenciana	7,18	3,74	1,07	-3,58	-0,41	-9,62	8,27	2,20	1.102,86	7,58
<b>Todas las CC</b>	<b>8,01</b>	<b>4,23</b>	<b>1,46</b>	<b>-4,03</b>	<b>-1,51</b>	<b>-5,89</b>	-	<b>1,82</b>	<b>1.232,60</b>	<b>3,80</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2016.

Observamos aquí que la secuencia poscrisis sitúa a Cataluña en el último lugar, junto con Castilla-La Mancha, la región que tiene una tasa relativa más alta de muertes por coronavirus, como se ha señalado. Con la excepción del año 2010, el presupuesto sanitario de Cataluña ha estado muy por debajo de la media nacional.

Tomemos ahora un indicador desagregado para atender especialmente a dos variables: la remuneración de personal y los conciertos:

Tabla 4. **Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas**  
Estructura según clasificación económica y funcional (%)

Comunidades Autónomas	Clasificación económica				Clasificación funcional			
	Remuneración personal	Consumos intermedios	Conciertos	Otros	Servicios atención especializada	Atención primaria	Farmacia	Otros
Andalucía	48,7	25,1	4,3	21,8	62,9	14,1	19,1	4,0
Aragón	52,2	24,8	4,2	18,8	63,0	12,8	16,3	7,9
Asturias	47,2	28,5	6,1	18,2	65,2	12,6	16,8	5,4
Baleares	49,0	24,5	11,1	15,4	66,8	12,0	13,3	7,8
Canarias	49,3	21,2	9,3	20,3	62,0	13,7	17,6	6,7
Cantabria	48,8	28,0	3,5	19,7	61,2	14,2	17,0	7,6
Castilla y León	49,7	26,2	3,8	20,4	58,7	15,5	17,5	8,3
Castilla-La Mancha	51,3	23,5	5,3	20,0	57,1	16,9	18,7	7,4
<b>Cataluña</b>	<b>35,2</b>	<b>21,9</b>	<b>24,9</b>	<b>18</b>	<b>64,1</b>	<b>13,3</b>		<b>8,3</b>
Extremadura	49,8	23,8	4,3	22,1	56,1	15,7	19,3	9,0
Galicia	45,2	26,8	5,4	22,7	63,3	12,1	18,9	5,7
Madrid	44,9	27,6	10,7	16,7	69,2	11,6	15,5	3,7
Murcia	48,4	24,5	6,6	20,5	61,3	14,0	16,6	8,1
Navarra	51,5	23,9	6,5	18,1	62,1	14,3	13,5	10,2
País Vasco	52,0	23,7	6,7	17,6	63,9	14,1	13,8	8,2
La Rioja	48,8	25,7	7,8	17,7	63,2	14,1	16,4	6,3
C. Valenciana	37,4	36,7	4,1	21,8	61,4	12,9	19,2	6,5
<b>España</b>	<b>45,1</b>	<b>26,0</b>	<b>26,0</b>	<b>26,0</b>	<b>63,2</b>	<b>13,5</b>	<b>16,9</b>	<b>6,5</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017.

Información recogida según la Estadística de Gasto Sanitario Público. Incluye gastos en investigación y formación; no incluye gasto de cuidados de larga estancia en residencias.

Observamos aquí una diferencia negativa de casi 10 puntos en la remuneración de personal. En cuanto a conciertos, Cataluña (24.9%) dobla con creces a la comunidad que le sigue, Islas Baleares (11,1%). Vale la pena resaltar esta variable, a la vista del empeño que se ha puesto en señalar el supuesto expolio desde España. Parecería más bien que la redistribución negativa se ha producido en el mismo interior de la comunidad. Un informe del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), de la patronal del sector, recordaba que en Cataluña el 69% de los hospitales son de titularidad privada (<https://prnoticias.com/salud/prsalud/20157254-sanidad-privada-cataluna>). Podemos completar este dato sobre la remuneración y la distribución de recursos con otro que expresa un aspecto crucial de la salud, las listas de espera. En 2017, *El País* publicada un reportaje que ponía de relieve la falta de datos y de transparencia en este registro ([https://elpais.com/politica/2017/03/30/actualidad/1490842694\\_426187.html](https://elpais.com/politica/2017/03/30/actualidad/1490842694_426187.html)).

En efecto, durante la década anterior no se habían publicado datos por comunidades, lo que impedía compararlas. En los resultados recogidos en el reportaje, gracias a la Ley de Transparencia, con tiempo medio de espera quirúrgico a 30 de junio de 2016, significativamente faltan los datos de Cataluña por no estar disponibles. Al año siguiente *La Vanguardia* informaba de que Cataluña, con 148 días, tras una reducción de un 10,4% en el último año, se sitúa en tercer lugar por la cola, solo detrás de Canarias (177) y Castilla-La Mancha (163) (<https://www.lavanguardia.com/vida/20180523/443780895170/cataluna-reducir-listas-espera-quirurgicas.html>).

Se pone aquí de manifiesto un asunto señalado a la largo de las contribuciones anteriores: la falta de una estructura de coordinación que haga verdaderamente realidad la idea del Sistema Nacional de Salud (SNS), un aspecto que puede claramente definirse como una disfunción de la descentralización autonómica. A la vez, la diferencia tan enorme (entre los 41 días del País Vasco y los 154 de Canarias) pone en cuestión el cumplimiento de la igualdad de esta prestación básica que prescribe el mandato constitucional. Volveremos al final sobre ambos aspectos pero no está de más recordar que las listas de espera no son una pausa neutra en el proceso patológico de base, una simple molestia como la de esperar en una cola, sino un agravamiento habitual que llega a incluir la muerte en casos bien referenciados. A día de hoy se encuentran disponibles en el Ministerio de Sanidad los datos sobre listas de espera desde 2016, registrados semestralmente en junio y diciembre (<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ListaEsperaInfAntCCAA.htm>).

Una particularidad de estas tablas, que se sitúa en la línea de disfunción del estado de las autonomías apuntada en el reportaje de *El País*, es que no se ofrecen las medias, previsiblemente con la intención de dificultar las comparaciones y los agravios. Incluimos a título de ejemplo los datos de diciembre de 2018 correspondientes a lista de espera quirúrgica por especialidades desglosadas en dos tablas, 5ª A y 5B. Se resaltan en las últimas aquellas en que Cataluña aparece en los dos últimos lugares:

**Tabla 5. Situación de la lista de espera quirúrgica del Sistema Nacional de Salud**  
(datos a 31 de diciembre de 2018).

5 A. N	Comunidad Autónoma	Cirugía general / Cirugía digestiva	Ginecología	Oftalmología	ORL	Traumatología	Urología	Cirugía cardíaca
--------	--------------------	-------------------------------------	-------------	--------------	-----	---------------	----------	------------------

Andalucía	29.507	8.934	26.418	7.901	26.789	13.093	1.110
Aragón	3.350	818	5.194	902	4.342	1.495	115
Asturias	2.858	672	4.834	803	4.521	1.730	75
Baleares	2.323	589	2.967	1.307	3.389	767	57
Canarias	3.899	1.026	4.664	1.484	6.683	2.072	115
Cantabria	1.440	388	1.545	506	2.954	646	12
Castilla y León	4.373	925	4.128	2.001	6.551	1.866	101
Castilla-La Mancha	7.177	1.140	9.039	2.185	10.496	1.500	98
<b>Cataluña</b>	<b>32.440</b>	<b>6.500</b>	<b>30.044</b>	<b>11.577</b>	<b>44.221</b>	<b>11.622</b>	<b>469</b>
Extremadura	3.366	1.355	5.651	1.669	4.316	1.956	50
Galicia	5.686	1.494	7.631	2.367	10.084	2.597	310
Madrid	8.664	2.428	10.749	3.711	11.125	4.373	283
Murcia	4.541	995	5.321	1.740	7.578	1.351	166
Navarra	1.568	283	1.989	829	2.154	161	18
País Vasco	3.356	790	4.052	1.275	5.094	1.066	56
La Rioja	849	142	1.067	214	892	542	13
C.Valenciana	9.214	2.188	11.769	3.750	16.764	3.497	311
Ceuta	301	46	207	153	163	147	--
Melilla	51	18	114	10	45	57	--

5. A (continuación). Número de pacientes en espera estructural según especialidad

Comunidad Autónoma	Angiología / Cirugía vascular	Cirugía maxilo-facial	Cirugía pediátrica	Cirugía plástica	Cirugía torácica	Neurocirugía	Dermatología
Andalucía	1.620	4.516	3.668	8.301	467	1.789	9.774
Aragón	784	340	629	408	39	624	351
Asturias	389	231	168	1.362	20	182	356
Baleares	357	315	334	196	22	160	215
Canarias	698	449	598	1.271	178	1.454	38
Cantabria	163	182	290	322	30	185	—
Castilla y León	448	174	360	959	39	401	198
Castilla-La Mancha	463	343	789	600	35	875	39
<b>Cataluña</b>	<b>5.401</b>	<b>7.219</b>	<b>5.592</b>	<b>4.207</b>	<b>320</b>	<b>2.108</b>	<b>2.022</b>
Extremadura	506	352	428	589	90	630	419
Galicia	1.319	617	680	1.210	115	529	733
Madrid	1.573	1.197	2.524	1.646	214	1.035	1.961
Murcia	335	672	485	817	39	312	398
Navarra	330	126	219	293	14	59	80
País Vasco	621	478	222	394	35	143	—
La Rioja	104	286	—	59	7	—	382
C.Valenciana	1.346	1.959	1.426	1.454	164	1.012	51
Ceuta	—	—	—	—	—	—	2
Melilla	—	—	—	—	—	8	3

Vemos aquí que del conjunto de las 14 especialidades registradas, Cataluña ocupa el último lugar en ocho y el anteúltimo en 6. En la tabla siguiente se ofrecen magnitudes relativas.



## 5B. Tasas de pacientes en espera por 1.000 habitantes según especialidad

Comunidad Autónoma	Cirugía general / Cirugía digestiva	Ginecología	Oftalmología	ORL	Traumatología	Urología	Cirugía cardíaca
Andalucía	3,66	1,11	3,28	0,98	3,33	1,63	0,14
Aragón	2,57	0,63	3,98	0,69	3,33	1,15	0,09
Asturias	2,81	0,66	4,75	0,79	4,44	1,70	0,07
Baleares	2,08	0,53	2,66	1,17	3,04	0,69	0,05
Canarias	1,93	0,51	2,31	0,74	3,32	1,03	0,06
Cantabria	2,55	0,69	2,74	0,90	5,23	1,14	0,02
Castilla y León	1,87	0,40	1,77	0,86	2,81	0,80	0,04
Castilla-La Mancha	3,70	0,59	4,66	1,13	5,42	0,77	0,05
<b>Cataluña</b>	<b>4,49</b>	0,90	4,16	<b>1,60</b>	<b>6,12</b>	1,61	0,06
Extremadura	3,23	1,30	5,43	1,60	4,15	1,88	0,05
Galicia	2,16	0,57	2,90	0,90	3,83	0,99	0,12
Madrid	1,32	0,37	1,64	0,57	1,70	0,67	0,04
Murcia	3,14	0,69	3,67	1,20	5,23	0,93	0,11
Navarra	2,46	0,44	3,12	1,30	3,38	0,25	0,03
País Vasco	1,52	0,36	1,84	0,58	2,31	0,48	0,03
La Rioja	2,74	0,46	3,45	0,69	2,88	1,75	0,04
C.Valenciana	1,97	0,47	2,52	0,80	3,59	0,75	0,07
Ceuta	3,92	0,60	2,70	1,99	2,12	1,92	—
Melilla	0,69	0,24	1,54	0,14	0,61	0,77	—

**5B (continuación). Tasas de pacientes en espera por 1.000 habitantes según especialidad**

Comunidad Autónoma	Angiología / Cirugía vascular	Cirugía maxilo-facial	Cirugía pediátrica	Cirugía plástica	Cirugía torácica	Neurocirugía	Dermatología
Andalucía	0,20	0,56	0,46	1,03	0,06	0,22	1,21
Aragón	0,60	0,26	0,48	0,31	0,03	0,48	0,27
Asturias	0,38	0,23	0,16	1,34	0,02	0,18	0,35
Baleares	0,32	0,28	0,30	0,18	0,02	0,14	0,19
Canarias	0,35	0,22	0,30	0,63	0,09	0,72	0,02
Cantabria	0,29	0,32	0,51	0,57	0,05	0,33	—
Castilla y León	0,19	0,07	0,15	0,41	0,02	0,17	0,08
Castilla-La Mancha	0,24	0,18	0,41	0,31	0,02	0,45	0,02
<b>Cataluña</b>	<b>0,75</b>	<b>1,00</b>	<b>0,77</b>	0,58	0,04	0,29	0,28
Extremadura	0,49	0,34	0,41	0,57	0,09	0,61	0,40
Galicia	0,50	0,23	0,26	0,46	0,04	0,20	0,28
Madrid	0,24	0,18	0,39	0,25	0,03	0,16	0,30
Murcia	0,23	0,46	0,33	0,56	0,03	0,22	0,27
Navarra	0,52	0,20	0,34	0,46	0,02	0,09	0,13
País Vasco	0,28	0,22	0,10	0,18	0,02	0,06	—
La Rioja	0,34	0,92	—	0,19	0,02	—	1,23
C.Valenciana	0,29	0,42	0,31	0,31	0,04	0,22	0,01
Ceuta	—	—	—	—	—	—	0,03
Melilla	—	—	—	—	—	0,11	0,04

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017.

*Información recogida según la Estadística de Gasto Sanitario Público. Incluye gastos en investigación y formación; no incluye gasto de cuidados de larga estancia en residencias.*

Los resultados son relativamente mejores en términos relativos; a pesar de todo Cataluña figura en los dos últimos lugares en 6 de las 14 especialidades.

Las listas de espera cumplen una función crucial e insuficientemente publicitada al servicio de la comercialización de la sanidad. Es un hecho comprobado la existencia de una relación directa y proporcional, hasta donde los recursos lo permiten, entre listas de espera en el sistema público y sobre-aseguramiento mediante entidades de seguros y mutuas sanitarias privadas. A mayor espera, mayor negocio del sector privado y empresarial. Si bien la norma es la exclusión (o penalización) en las pólizas privadas de pacientes de alto riesgo, edad avanzada, o con patologías crónicas al ser considerados mal segmento de negocio.

La relación directa apuntada traduce un siniestro mecanismo de suma cero que expone con claridad Antonio Madrid: “La extensión del sistema de seguros privados se ha entrelazado con la crisis del Estado social. Mientras se han adelgazado progresivamente los sistemas públicos de protección social, han crecido en número y relevancia social los instrumentos privados que instauran una lógica de agregación individualista. Esto ha significado el incremento de los mecanismos individuales de previsión y el debilitamiento de los mecanismos públicos. También ha supuesto que los sectores más vulnerables de la población hayan empeorado su posición como receptores de los sistemas de previsión social” (*La política y la justicia del sufrimiento*. 2010, pp. 188-189).

Este sobrevuelo de cifras permite una fotografía provisional de la sanidad pública catalana. Lo que destaca es el contraste entre las posiciones de la comunidad en los indicadores de riqueza (a la cabeza de las españolas) y en atención sanitaria (a la cola). En muchos aspectos este contraste es semejante al que hemos observado en Madrid; lo que permite, de paso, atisbar a variables ideológicas que no tienen que ver con las banderas; seguramente se impone aquí aquella boutade de Baudelaire según la cual la artimaña más fina del diablo es afirmar que no existe. Como si los negocios no tuvieran ideología.

Podríamos seguir con las analogías: el tamayazo madrileño (2003) tiene algunas similitudes con el caso Banca Catalana (1984); las políticas en esas dos comunidades son el resultado de una mala práctica fundacional que en el caso de Cataluña el propio Pujol confesó en 2014. Hemos traído a colación datos anteriores a la crisis y al procés para resaltar la línea de continuidad en lo que al tema de la sanidad pública catalana se refiere. Con miras a establecer el cómo y el por qué de ese estado de cosas iniciamos nuestra exploración genealógica con la figura más destacada de la política catalana. Hablamos de genealogía porque de aquellos polvos estos lodos. Anticipando la tercera entrega cabe señalar que el actual desastre del sistema sanitario en Cataluña en la crisis de la Covid-19 (nos referimos al “público” porque el privado se ha puesto de perfil esperando el momento de pasar la factura de sus “colaboraciones” puntuales, que la Generalitat ha previsto diligentemente en el Decreto Ley 12/2020 de 10 de abril) debe entenderse como la situación devenida por la extenuación precedente de la sanidad en circunstancias “normales”, agravadas, a partir de 2009, por un decenio negro de un recortes, repagos y privatizaciones.

## **2. Pujol y la compacta trama de los negocios**

Juan Rosell sucedió a Gerardo Díaz Ferrán, en prisión por varios delitos financieros, de quien era vicepresidente al frente de la CEOE. Ha tenido responsabilidades en instancias tan destacadas en

Cataluña como Aguas de Barcelona, Port Aventura, el Fútbol Club Barcelona o Critería Caixa Corp. Nos interesan sus funciones al frente de dos patronales. Capitaneó la CEOE entre 2011 y 2018, es decir, en los momentos en que se adoptaron las medidas más duras tras la crisis, en particular la reforma laboral (2012).

Hay que recordar que se rompió la negociación y Mariano Rajoy impuso su criterio coincidente con la patronal, recortando derechos como la indemnización por despido y alentando las medidas de flexibilización del mercado laboral que está en la base de la situación de los recortes sanitarios que hemos descrito. La postura de Rosell queda clara cuando defiende la “regulación del derecho de huelga” apelando al mantenimiento de los “servicios esenciales” ([https://www.abc.es/economia/abc-empresa-rosell-201203190000\\_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fes.wikipedia.org%2F](https://www.abc.es/economia/abc-empresa-rosell-201203190000_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fes.wikipedia.org%2F)).

Allí se quejaba del gasto en personal en los ayuntamientos, de su mala gestión y de la falta de transparencia de los entes públicos. Rosell llegó a la patronal española desde Fomento del Trabajo Nacional. Mientras ocupaba ese cargo, y aquí queríamos llegar, muestra su complicidad con nuestro protagonista: “Jordi Pujol viene del mundo empresarial y la gente de Fomento se fía de él” (Félix Martínez y Jordi Oliveres, *¿Quién es Jordi Pujol?*, 2014, p. 197). No solo del mundo empresarial, barruntando las tendencias de los negocios había pasado por el mundo financiero: fue titular de un Banco, anticipando también el primero de los grandes rescates –entonces no se llamaban así– de la banca. No es aquí el lugar de mencionar el espeso dossier de Banca Catalana y de la obra maestra de las fakes –tampoco se llamaban así– con el tropo de la jugada indigna (de España contra Cataluña); Pere Ríos ha hecho el mejor balance (*Banca Catalana, caso abierto*, 2015).

Como estos capítulos tratan de la sanidad no está de más recordar que Pujol, como Xavier Trías, es por sus estudios profesionalmente médico. Martínez y Oliveres recogen (p. 155-156) una observación de Antoni Gutiérrez, ex secretario general del PSUC, compañero de facultad de Pujol y médico como él, según la cual el interés por la medicina del futuro presidente era que “su familia había adquirido recientemente unos laboratorios farmacéuticos y necesitaban que Pujol se licenciase para poderlos gestionar”.

Es un aspecto que no aparece en las hagiobiografías del President. Antes del momento épico, en una crónica biográfica de Pedro Oriol Costa (*Jordi Pujol*, 1977, p. 20) Pujol reconoce que la motivación para estudiar medicina fue que “su padre se había convertido en socio de unos laboratorios farmacéuticos –Fides Cuatrecasas– en 1953, y él se puso al frente de ellos a finales de los años cincuenta, para sacarlos adelante”. En Fides participaban personas que jugaron un papel importante en Banca Catalana. Conviene resaltar esta motivación originaria del futuro President. No está traída por los pelos. María Nagore, la monja que se ocupaba de los servicios en la prisión zaragozana donde Pujol estaba detenido por Els Fets del Palau, asegura “me ponía alguna nota con cosas del Laboratorio” (Martín Cuatrecasas) para hacérselas llegar a los interesados (Siscu Baiges y Jaume Rexach, *Jordi Pujol, historia de una obsesión*, 1991, p 155). Los datos coinciden; en una carta a la cárcel el 31 de enero de 1961 Marta Ferrusola se interesa por el cambio de nombre a “Pujol Cuatrecasas, o bien cualquier otro pero que entre el Pujol. [...] Jorge [sic], yo no sé si serán para ti razones convincentes, lo debes decidir, si deseas más información o hay algún punto flojo, dímelo, te lo aclararé” (Josep Guixà y Manuel Trallero, *Pujol, todo era mentira (1930-1962)*, 2019, pp. 235-240). Estos autores recogen testimonios de que Pujol se atribuyó indebidamente el invento del Neo-Bacitrin, una fórmula farmacéutica de pomada tópica que dio notables ganancias a los laboratorios. El principal exponente de la industria farmacéutica catalana, Joan Uriach, amigo de Pujol desde la infancia, le tributó este homenaje: “Mucha gente se sorprenderá de saber que el presidente fue en

aquellos años el inventor del Neo-Bacitrin. Jordi Pujol fue quien lanzó la fórmula de este medicamento”.

En sus *Memorias* (I, p. 105), Pujol ya adelanta un argumento de la preocupación paterna por el futuro del hijo entregado a la causa que recuperará para explicar el fraude de Banca Catalana: “empecé a trabajar en el laboratorio farmacéutico Fides, del que mi padre había comprado unas acciones pensando en mi futuro”; se justifica luego de una manera que no cuadra con el código hipocrático: “el trato directo con los enfermos no se me daba bien”. Añade, en una muestra apenas encubierta de narcisismo, que eso le permitió relacionarse con “propietarios de laboratorios importantes [...] Mantuve amistad con Carles Ferrer Salat,... [...] De estos contactos con gente de la profesión nació la *Revista de la Industria Farmacéutica*”

Desarrollaremos a continuación tres conexiones pertinentes en la biografía de Pujol, con la patronal, con los negocios oscuros a través de Javier de la Rosa y sus ambiciones hospitalarias, y con los sectores liberales del PP.

Para lo primero, fue decisiva la implicación de Fomento del Trabajo en el acceso de Pujol a la plaza de Sant Jaume. Así lo resume Enric Juliana (“Sant Josep, 1980”, *La Vanguardia*, 19/03/2015): “La patronal Foment del Treball –entonces Fomento del Trabajo Nacional– realizó una intensa campaña de movilización, advirtiendo del riesgo de un ‘gobierno marxista’ en Cataluña. Fue una campaña intensa y con recursos”. Su apoyo fue posible gracias al apoyo de ERC (Heribert Barrera, que “no soportaba a los comunistas y era alérgico al PSOE”, según E. Juliana), que había recibido ayuda de la patronal para alejarse del frente marxista.

La segunda conexión es más intrincada: enlaza con tres miembros de la familia de la Rosa que a su vez conecta con Piqué Vidal, Pasqual Estevill y atraviesa algunos de los asuntos tenebrosos de las décadas de los 80 y los 90 en Cataluña (Cros, Banco Garriga Nogués, KIO, CNL, Tibidabo, Quail, Nueva Madrugada, Mexans, Torras, Port Aventura, clínica New Teknon...). Antonio de la Rosa Vázquez, el padre de Javier y Antonio de la Rosa, fue un abogado franquista. Javier pidió a Narcís Serra, alcalde de Barcelona en 1979 y luego abducido por los negocios, que olvidara el desaguisado que había causado su padre en la Zona Franca a cambio de 1.200 millones de euros (Martínez y Oliveres, p.373).

Javier volvería al Ayuntamiento, cuando lo presidía Pascual Maragall, para un asunto relacionado con la sanidad, con la intención de torcer una decisión urbanística negativa para el empresario. Mercedes Misol, esposa de Javier, presidía la sociedad New Teknon. El financiero compró en los 90 una finca en la parte noble de Barcelona con la intención de edificar una clínica de lujo. La financiación la prestaría la Caixa y los accionistas de Grand Tibidabo. La sociedad encargada de la construcción de la clínica, Mexans, diseñó un Plan Especial Urbanístico para evitar los escollos que el Ayuntamiento ponía al proyecto. A pesar de haber duplicado la altura permitida y de construir en una zona catalogada como patrimonio municipal, la Comisión de Urbanismo de la Generalitat se subrogó la calificación y autorizó la construcción saltándose el informe negativo del Ayuntamiento y desatendiendo los intereses del resto del vecindario. En enero de 1994, cuando se admitía la querrela contra Javier de la Rosa y los gestores del Grupo Torras y de KIO, se inauguró la clínica de la jet. Con la intervención de Jordi Pujol, que había calificado a de la Rosa de “empresario modelo”, flanqueado por media Convergència. A de la Rosa le había ayudado el Clan de los Mentirosos, también vinculado al President, con Juan Piqué Vidal y Lluís Pascual Estevill (Martínez y Oliveres, p. 374). De la Rosa acabaría en la cárcel Modelo de Barcelona y Piqué Vidal y Estevill también

imputados por delitos financieros. A pesar de las irregularidades la clínica sigue en pie y recibiendo a celebridades. Otra impostura fundacional.

Para volver a nuestras entregas pasadas, cuando supo que iba a ser detenido de la Rosa, permaneció escondido pero hizo una aparición sorpresa en La *Linterna* de la COPE en octubre de 1994. En el programa relacionó su caso con el de Mario Conde, otro benefactor de la humanidad perseguido por una justicia corrupta, según los acusados (Ernesto Ekaizer, *Vendetta*, 1996, p. 97). Hay que recordar que Convergència Democràtica de Catalunya (CDC), una formación a la medida de Jordi Pujol, cuenta con un notable hecho diferencial: es el único con una división de negocios como parte integrante, en lo que Antonio Santamaría la corrupción estructural (*Convergència Democràtica de Catalunya*, 2014, p. 451).

Rafael Pradas, en un libro presidido por una cita de Pujol, asegura (*Qui mana a Catalunya*, 1998, p. 157-158) que J. de la Rosa es el exponente catalán de la “cultura del pelotazo”, el análogo de Mario Conde en Madrid. Pujol salió en varias ocasiones en defensa del financiero y Pradas justifica esta posición en “un cert paral·lelisme amb el cas Banca Catalana; tal vegada se sentia solidari amb De la Rosa per ‘linxament’ a qué se’l vol sotmetre”. Añade sin embargo que tenía contacto con CDC y que Macià Alavedra apadrinó un aval de diez mil millones de pesetas al financiero.

De la Rosa conecta con otra línea de influencia que conecta igualmente con Pujol y de la Rosa, Xavier Trias, cuya familia es propietaria de los laboratorios farmacéuticos Astra. Este médico, militante de CDC abandonó en 1983 su puesto de pediatra para desempeñar la tarea director general de Organización y Planificación Sanitaria (DGOPS). En 1984 era director del Institut Català de la Salut (ICS) y en 1988, conseller de Sanitat, cargo desde donde accedió al Departament de Presidència en 1996. No se puede ignorar el protagonismo de Trias en la sanidad catalana, combinado con otras influencias. Fue Trias quien trasladó a finales de 2008 a Ramón Massaguer de la dirección del Servei Català de la Salut (SCS) a la secretaría general del Departamento, colocando en su lugar a Josep Prat, gerente de la empresa Sagesa (Joan Grau Sociats. *El negocio sanitario*, 2009, 259-260). Trias le encomendó el área de Urbanismo del Ayuntamiento de Barcelona durante su mandato, pese a estar imputado por el caso Palau.

Puede dar una idea de la concepción social de Trial su propuesta siendo Consejero en 1993 de que “los socios de las mutuas, a las que en Cataluña está afiliado más del 20% de la población, dejen de cotizar a la Seguridad Social para que ésta, con menos fondos, se convierta en beneficiencia de los pobres” (Ramón Serna, “El proceso de privatización en Cataluña”, en *¿Por nuestra salud?*, 2010, p. 117).

Pero volvamos de la sanidad a las finanzas; aunque este entrecruzamiento de influencias es una de las características del régimen pujolista. Desde la Generalitat trató de calmar las amenazas de de la Rosa, amigo suyo desde el servicio militar. Tan amigo que era uno de los habituales del Blue Legend, el velero del financiero valorado en 1.500 millones de pesetas (Antonio Santamaría. *Convergència Democràtica de Catalunya*, 2014, p. 470).

Con el cambio de inquilinos en la Generalitat (2003), el nuevo Consejero de Gobernación, Joan Carretero, supo que Antonio de la Rosa, hermano de Javier, figuraba por designación directa como “Responsable de la Unitat Tècnica de Seguiment del Règiment Econòmic dels Ents Locals” con un sueldo de más de 50.000 euros para un trabajo ficticio: fue una decisión de Xavier Trias, que supuso entre 1998 y 2004 un cargo al erario de 330.132 euros (Martínez y Oliveres, p. 274). Trias se convertiría en el quinto alcalde de Barcelona en 2011.

Nos queda la tercera conexión, la que vincula a Pujol con Aznar y viene simbolizada por el Pacto del Majestic, un exponente a su vez de la filosofía pujolista (no la de Mounier, Maritain o Bergson que el patriarca blandía en su atuendo público) del “peix al cove” –el pescado al cesto– una fórmula pragmática de geometría variable que podía encontrar acomodo en coordenadas para-mafiosas (Margarita Rivière novela magistralmente este ecosistema en *Clave K*, literalmente secuestrada durante años por el pujolismo).

Hay que adelantar que hace falta vista de lince para apreciar las diferencias en cuanto a salud entre los Populares y los Convergents. No solo en temas de salud; ambos partidos se han prestado apoyo en momentos críticos; por ejemplo en el primer gobierno Aznar. En las elecciones de 1996 el acuerdo entre CiU y PP, conocido como el Pacto del Majestic (28 de abril), dio a Aznar la mayoría absoluta. A su vez los apoyos de Pujol en el Parlament desde 1995 le dejaban en manos del PP. Como escriben Martínez y Oliveres (p. 411), Pujol compartía la política económica de Aznar “con la cual siempre estuvo de acuerdo y nunca hubo el más mínimo roce”. El apoyo de Pujol tenía un precio: reforzamiento de la financiación autonómica, traspaso de nuevas competencias y vía libre en política lingüística.

Pero la cena del Majestic tuvo varios preámbulos sanitarios en un momento en que la Corporación del Hospital Clínico se presentaba como referente. El consejero de Sanidad gallego, José Manuel Romay Baccaría visitó ese hospital a principios de 1996. (Galicia se situaba con Madrid, Cataluña y Baleares a la cabeza de la privatización según un Informe de la FADSP de 2015. En Junio de 2001, la Xunta de Galicia y el Forum Salud organizaron unas jornadas sobre Gestión de Calidad en las que Grau recibió muestras de reconocimiento porque en 25 años “el peor de todos los clínicos de España... ahora es el mejor hospital de España” (184)). . Aznar lo hizo en abril una semana antes del Pacto del Majestic. Tras la formación de gobierno, Romay fue nombrado ministro de Sanidad (Grau Sociats, p. 226-227). Hay que añadir que el gobierno de España formaba parte del patronato del hospital con otras instituciones y que su resistencia a transferirlo a la red de la Generalitat obedecería al empeño de aprovechar su buen nombre.

En las autonómicas de 1999, Maragall obtuvo más votos, pero menos escaños que CiU, quien con el apoyo del PP se hacía con la mayoría absoluta para la última legislatura de Pujol. En la aproximación PP-CiU juega un papel fundamental una figura de los negocios que ocupó puestos importantes en ambas administraciones, el exPSUC Josep Piqué, cuya esposa por cierto era ginecóloga del Hospital Casa Maternitat y del CAP Les Corts. Había sido director general de la Generalitat entre 1986 y 1988, luego presidente del Círculo de Empresarios y con una amplia ejecutoria de servicios de intermediación entre CiU y PP; había sido también presidente de Ercros, el grupo químico que había fundado, asociando Cros y Explosivos Rio Tinto, Javier de la Rosa; quien nombró a Piqué, gracias a los buenos oficios de Macià Alavedra. Piqué recibió la cartera de Industria en el primer gabinete de Aznar.

No son puertas giratorias pero desde luego algún giro hay en una biografía así. Según Jesús Mota (*La gran expropiación*, 1998, p. 32-35) “Piqué era un atajo ideal entre Barcelona y Madrid por sus contactos personales y empresariales”. Los dos políticos comparten, asegura Mota, tanto “una visión corporativista de la política como un instrumento intervencionista y reglamentista de la sociedad” (algo muy disonante con la filosofía neoliberal), “como la sumisión absoluta de sus pautas de acción económica a los intereses sectoriales. Los gobiernos de Aznar y Pujol son tan intervencionistas como les exija el sector textil o tan liberales como les reclame el de telecomunicaciones”. Naturalmente esto último es aplicable al sector sanitario porque Piqué, partidario de la privatización, total se encontraba en buena posición para “pilotar el proceso de privatizaciones”.

Las anteriores consideraciones no son ajenas al tema que nos ocupa. Por dos razones. La primera es que la privatización no es una cuestión técnica, como alegan sus promotores, sino radicalmente política y la ocultación de esta connotación es precisamente un factor fundamental en la propaganda, como revela la sentencia citada de Baudelaire. El análisis político es imprescindible para abordar este asunto. La segunda, es un rasgo particular del tejido social catalán: el papel de los contactos, de las relaciones para establecer negocios, redes de influencia y clientelares, lo que se denomina en chino *guanxi* y en catalán, en acepción cercana, *conxorxa*. Algo por cierto bien distinto del modelo catalán que dibuja Josep-María Puigjaner en un libro colectivo del mismo título, donde por cierto ya se anticipa el motivo del expolio fiscal (1997, p. 244).

### 3. Consenso sociovergente y modelo sanitario catalán

El espíritu de la LGS de 1986, de la que hablamos en la entrega anterior, era ofrecer un servicio sanitario público e integrado, es decir, comprendiendo en su seno un conjunto de centros y servicios. Las preferencias de Pujol y su círculo cercano no iban por ahí, de modo que procedió a establecer consorcios a los que transferir la gestión de los hospitales que se construían con los fondos de la Generalitat (Ramón Serna, p. 111). De todos modos Pujol no esperó la LGS; cuando empezaron las transferencias, cuatro años antes, contrató a diez gerentes profesionales, uno de ellos se ocuparía del buque insignia de la sanidad catalana, el Hospital Clínic, una institución pública regida por el derecho privado y dirigida por un patronato (el fiasco del Hospital General de Cataluña, nunca le haría sombra). En 1983 la consejería de Sanidad constaba de dos direcciones la citada DGOPS (a cargo de Xavier Trias) y la del ICS. Conviene recordar que el ICS, totalmente público, controlaba apenas el 30% de las camas, las traspasadas del Insalud, mientras que el 70% restante correspondían a titularidades diversas. Juntos, una vez acreditados y rehabilitados los concertados, conformaban la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública (XHUP).

Este es el núcleo del denominado modelo sanitario catalán, diferente del general español en que la entidad autonómica garantiza la prestación sanitaria tanto por medios propios (ICS) como concertados. El desdoblamiento del ICS en el SCS, que multiplicó su plantilla hasta límites insostenibles en virtud de la función de proveedor de canonjías para los altos cargos, explica otras disfunciones. La sustancia del modelo sanitario catalán queda bien expresada en el capítulo más breve (pp. 147-148) del libro de Grau Sociats, ya citado, que se titula “Auge del modelo catalán” y que recoge un único epígrafe titulado “El negocio sanitario” que merece ser transcrito en su totalidad y recuerda algunos de los compases de entregas anteriores:

“Un artículo de la revista *The Economist* de 1991 iluminaba nuestras dudas. Decía así:

*El servicio sanitario es un negocio peculiar. Es colosal, tiene una demanda muy importante. La mayoría de los países ricos del mundo gasta casi el 10% de su producto interior bruto en ello. El hospital local es, a menudo, el mayor negocio de la ciudad. No está catalogado como tal por una peculiaridad del servicio sanitario: la mayoría de los que trabajan en él niegan que se trate de un negocio. Los médicos consideran que su larga y exigente preparación los pone en la cima de las profesiones, no por debajo de los proveedores de servicios.*

Y desde luego, no por debajo de los gestores profesionales que no entienden de medicina y usan palabras como coste, gasto, provecho...”.

La apostilla del autor, gerente del Clínic e inspirador de del modelo Barnaclínic, es suficientemente elocuente: lógica de economía de mercado, gestión de criterio gerencial, “clientes” en lugar de usuarios... (Por cierto, la cita, que pega párrafos separados en el original sin anunciarlo, no obtiene



ningún resultado en Google, prueba de la vigencia de la recomendación de Baudelaire). Durante su ejercicio, el Hospital entró a formar parte de las dos patronales catalanas del sector: la Unión Catalana de Hospitales (UCH) y el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC) (p. 225). Este Consorcio, asegura Serna, (p 120) “se fue convirtiendo en un holding empresarial que, además de exportar modelos de privatización a América Latina, está gobernando la sanidad de Cataluña desde la sombra”.

El libro de Grau Sociats aporta elementos valiosos, pero el sesgo queda bien reflejado en la cita anterior. No es la única muestra. Invoca referentes de hospitales norteamericanos como fuente de inspiración para la iniciativa de atender pacientes privados en hospitales públicos (p. 211). Sin embargo, hay suficientes evidencias de que el modelo hospitalario americano dista de ser un ejemplo. En realidad es uno de los más ineficientes por no hablar de las cuestiones de equidad. Grau parece seguir la filosofía de un exitoso (en las escuelas de negocios) libro de los 90 *Market-driven health care: Who wins, who loses in the transformation of America's largest service industry*” de Regina Herzlinger (1997). En realidad Herzlinger no hacía sino poner letra a la música del artículo de *The Economist* citado sin precisión por Grau Sociats: es un escrito de 19 páginas sorprendentemente anónimo titulado “A survey of health care: surgery needed” (nº 7714, 06/07/1991), que puede ser considerado como el evangelio de Wall Street para el negocio de la sanidad. Los argumentos de este panfleto fueron debidamente desmenuzados por Maggie Mahar en *Money-driven medicine*, (2006). Volveremos sobre ello en la entrega final.

En el nuevo diseño la Corporació Sanitaria Clínic se constituía como un aglomerado de seis empresas. Una de ellas, Barnaclínic, se dedicaba a prestar asistencia privada por parte de un grupo público (pp. 267-269). Esta entidad es la expresión misma del parasitismo, el drenaje o la transfusión, para el repertorio tropológico: un negocio privado incrustado en el edificio mismo de un Hospital de la red pública, usando sus profesionales, instrumental, servicios, logística, imagen de marca y con un perfecto diseño de doble contabilidad, doble vocabulario, doble puerta de entrada. Ya hemos visto que lo público tiene aquí una gama amplia de modulaciones. Nuestro autor se queja de la falta de entusiasmo de los políticos y de la desconsideración de algunos médicos y señala que “todas estas dificultades habrían desaparecido si el Patronato hubiese querido escuchar alguna de las ofertas de privatización que nos hicieron llegar grupos internacionales de hospitales e incluso intermediarios”.

Se titula este apartado modelo catalán y menciona el consenso sociovergente. Si nos atenemos al apoyo a la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC, 1990) la palabra se queda corta porque fue aprobada por unanimidad. ¿Tan evidentes eran sus ventajas? Según Serna (p. 112), “consolidaba el sistema de provisión mixta reservando para el Servei Català de Salut (SCS, o CatSalut) la compra y el supuesto control de los servicios y dejando en manos de los proveedores la gestión sin ningún riesgo”; de este modo “Cataluña escogió, pues, con un consenso político difícilmente igualable, un modelo con una orientación sensiblemente enfocada al reforzamiento del ámbito privado”.

Ese modelo mixto-híbrido catalán, del que se ha llegado a presumir con absoluta insolencia, entronca en las experiencias pioneras de lo que se ha convertido luego en un auténtico mantra sobre las bondades incuestionables de la llamada “colaboración público-privada”, como se señaló en una entrega anterior y sobre la que volveremos. En realidad ese eufemismo se reviste de una ristra de sofismas sobre la eficiencia y complementariedad, cuando en realidad es un mecanismo de sifón que permite parasitar sistemáticamente las escasas finanzas del sistema público. Se derivan o “externalizan” recursos presupuestarios públicos, mediante mecanismos de “ingeniería” financiera y asociativa, (como los consorcios) en una opacidad que acaba trasladando esos emolumentos a beneficios empresariales privados. Lo más parecido a un fraudulento juego de trile. Así el sistema

público se ve cada día más exhausto y empobrecido, mientras las derivaciones privadas aparecen cada día más suculentas, hasta superar el 50% de la inversión presupuestada.

El apoyo masivo tuvo otra expresión quince años más tarde, cuando se aprobó el proyecto de reforma del Institut Català de Salut. La sesión tuvo lugar el 18 de julio de 2007 y concluyó con los votos positivos de todos los partidos, incluida IC-V, y solo dos abstenciones, las de Ciudadanos. Esta es la posición de Lluís Postigo de IC-V (p. 34-35): “Tot fa pensar que aquesta llei ha estat la millor manera de donar resposta a les noves circumstàncies i al nou escenari en què ens trobem”; que deja traslucir la seducción del lenguaje gerencialista: “Què aporta respecte a la situació actual la nova llei, el fet que es creï una empresa pública, que l’ICS sigui empresa pública? Doncs, la modernització, la millora organitzativa i de gestió; s’aconseguirà simplificar i racionalitzar aquesta organització, que la seva gestió sigui més àgil, que sigui més eficaç i que tingui un millor funcionament”. ¿Tan evidente era su bondad? La ley transformó al ICS en empresa pública sujeta a derecho privado. Fue uno de los diputados de Ciudadanos, Pepe Domingo, quien propuso la introducción de un artículo que contemplara el carácter de proveedor preferente del ICS respecto del SCS, adelantando que de no hacerlo así podría suceder que el SCS concertara la atención primaria (la que direcciona flujos de demanda) con la Sanidad Privada y reservara, si puede decirse así, los servicios caros, como urgencias y especialidades onerosas al ICS (Diari de Sessions del Parlament de Catalunya, 18 /07/2007, pp. 23-36, Ley del 30 del mismo mes).

Los sindicatos presionaron sin éxito para que se introdujera la enmienda. El Consejo de Administración de la Empresa Pública reserva asiento a UGT, CCOO y el Sindicato de Médicos (para retomar un hilo ya enhebrado) (Serna, p.115). Querría rescatar dos elementos de ese debate. Uno es el elogio enfático del representante de CiU, Francesc Sancho, haciendo eco al aura del “modelo sanitario catalán”: “podemos decir que tenemos un sistema de salud que es ejemplo no solamente en Cataluña, no solamente en todo el Estado español, sino también referencia en toda Europa. Hoy, después de tantos años seguimos siendo un referente” (p. 26b). Más allá de la épica, Sancho recitaba la música gerencialista: “hacen falta instrumentos de gestión ágiles para competir en igualdad de condiciones con el sector privado y el concertado”.

Señalamos al principio nuestro interés por las variables sociopolíticas del asunto. En el caso que nos ocupa, la corriente principal impulsada por el fundamentalismo del mercado se encuentra reforzada por las particularidades del “modelo catalán”, la privatización se trenza con un favoritismo disfrazado de patriotismo. Una característica invisibilizada en los 25 años de oasis pujolista fue su nepotismo recalcitrante. En el ámbito de la Sanidad y con todos los resortes de la Administración y de la sociedad corporativa en sus manos (capítulo importante merece el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, brazo ejecutivo de CDC), se practicó una política clientelar extrema. “A los de casa (CDC) como en casa y a los demás se les aplica el reglamento”. En cualquier caso quienes hacían pública la oposición a la política oficial del régimen tenían serios obstáculos para el desarrollo médico profesional. Para ejemplificar esto mostraremos dos casos concretos de alta definición, uno en cada extremo del paisaje.

Acabamos de recoger los encomios del Convergente Francesc Sancho i Serena al modelo sanitario catalán. He aquí su currículum:

- 1991 ingressà a Convergència Democràtica de Catalunya (CDC).
- El 2001-2003, delegat del govern de la Generalitat de Catalunya a les Terres de l’Ebre.

- President del Consorci d'Aigües de Tarragona.
- President del Consorci per a la Protecció Integral del Delta de l'Ebre (CPIDE).
- 1990. Alcalde de l'Ampolla.
- Diputat per la província de Tarragona a les eleccions al Parlament de Catalunya de 2003 i 2006.
- Secretaria de Participació Social i Local en Salut. Responsable. Secretari.
- Promocions Ampolla, Sa Conseller 18/10/2011.
- Sistema D'emergències Mèdiques, Sa Conseller 14/10/2011
- Sistema D'emergències Mèdiques, Sa Membre Comissió Executiva 14/10/2011
- Promocions Ampolla, Sa President 13/04/2011
- Sistema D'emergències Mèdiques, Sa Conseller 30/09/2013
- Sistema D'emergències Mèdiques, Sa Membre Comissió Executiva 30/09/2013
- DECRET 42/2011, de 4 de gener: Secretari d'Estratègia i Coordinació del Departament de Salut
- CREAL. Centre de Recerca en Epidemiologia ambiental. President.
- Membre de la Junta de Govern del Consorci Sanitari de Barcelona, Agència de Salut Pública.
- Consorci Sanitari de Terrassa. Vocal.

(<http://cgtcatalunya.cat/spip.php?article10718#.XrwWZbjcoxs>)

Veamos la correspondencia en el terreno sanitario. Uno de los firmantes de este artículo recuerda de sus años de clínica que “era usual constatar como llegaban jovencísimos licenciados con la doble acreditación (el título y el carnet de Convergència i Unió, CiU) y sorprendentemente medraban con rapidez en destinos de ascenso o en la misma prioridad a la hora de elegir las guardias. Es pura anécdota pero las fechas de vacaciones, festivos, o festividades salían pre-destinadas. Algunos estuvimos abonados a tener guardias en Navidades, Fines de año, Reyes, u otras efemérides notables”.

Sirve también para dar concreción a nuestra propuesta el estudio de un caso particular. La Corporació Sanitària Parc Taulí, encargado de la prestación de servicios sanitarios en Sabadell y comarca. Antonio Santamaría traza una crónica ajustada y representativa a la que remitimos (<https://www.isabadell.cat/sabadell/historia/historia-de-lhospital-parc-tauli-de-sabadell/>). Su inclusión en la regla queda reflejada así en el artículo: “Nos encontramos ante una estrategia privatizadora de la Generalitat que arranca en julio de 1990 con la promulgación de la ley de reforma de la atención primaria. Entonces se creó la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública (XHUP), centros privados que ofrecen servicios públicos pagados con fondos de la seguridad social y a la cual pertenece el hospital Taulí”. El periodista da cuenta de que ha habido que esperar años para saber que el director general de esta Corporación, Joan Antoni Gallego, percibía un sueldo de 144.187 euros anuales, el tercer mayor sueldo entre los 22 directivos mejor pagados de empresas públicas, siete de ellos en organismos sanitarios ([https://elpais.com/ccaa/2013/11/19/catalunya/1384894813\\_901776.html](https://elpais.com/ccaa/2013/11/19/catalunya/1384894813_901776.html)). Una muestra de la doble hélice viciosa de privatización y nepotismo (patrimonialización patriótica).

Decíamos, retomando el hilo, que la consejera del ramo era la socialista (PSC) Marina Geli. Tres años después, Geli presidía un acto protagonizado por el Dr. Boi Ruiz, presidente de la Unió Catalana de Hospitals, ya mencionada en el Hospital Clínic. Se trataba de la presentación de *El negocio sanitario. Veinte años de gestión que cambiaron el hospital Clínic (1983-2003)*, de Joan Grau Sociats, mencionada varias veces más arriba. Estaban también el Consejero Delegado del Hospital Clínic y la Vicepresidenta de SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud) colaboradora de la edición. El libro está prologado por Joaquín Estévez, Presidente de SEDISA. Una prueba más

del consenso. En la base de esta percepción está la creencia, doctrina oficial en las entidades privadas de sanidad, de que la relación público-privado es de provecho mutuo.

Se indicó en las entregas anteriores que la tendencia abrumadoramente mayoritaria no es la simbiosis sino el parasitismo. En el libro de Grau hay una anécdota que ya contamos en otro lugar: cuando Celia Villalobos sustituyó en el Ministerio de Sanidad a Romay Becarria, nombró como asesor personal a Ramiro Rivera, el artífice de la Operación Primavera contra la Ley General de Sanidad. Grau recuerda un detalle ácido (p. 264): el médico había sido sancionado por la Diputación de Madrid por derivar pacientes del Hospital Gregorio Marañón a su consulta privada. La práctica ilustra el tipo de reparto de funciones entre las dos instancias. Llama la atención que el autor no percibiera ningún elemento anómalo en la dedicación de una parte de los recursos del Clínic para atender a los pacientes privados que se lo pudieran permitir.

En estos casos, como en la donación de sangre, la transfusión muestra una tendencia contumaz a desafiar a la vez la ley de gravitación y la economía de la oferta. Acaso lo más llamativo del consenso es, como escribe Serna (p. 126): “el negacionismo de la privatización practicado tanto por la derecha como por la izquierda”. Hasta la palabra es tabú: el eufemismo al uso es externalización, como en Madrid.

Marina Geli que presidía el acto abandonó la Consejería con el cambio de gobierno. Pero no solo eso; dejó el partido socialista, se transfundió al independentismo y se convirtió en propagandista de Puigdemont en las elecciones de diciembre de 2017.

En el próximo capítulo nos ocuparemos de quien protagonizó el acto de presentación de *El negocio sanitario*, de Boi Ruiz. El conseller que procedente de la patronal hospitalaria UHC llegó al Departament de Salut, con un algunas perlas que merecen vergonzante recuerdo: “La salud es una cuestión individual y es cada cual quien tiene la obligación de velar por ella”. O lo de que “Es el código genético el que determina la salud y no la sociedad ni la atención sanitaria”, para acabar con un consejo paternal: “Recomiendo a quienes puedan que se hagan de una mutua privada”.

Estas perlas son un inmejorable resumen de nuestra exposición. Para la próxima entrega: avisada quedaba la ciudadanía.

---

Martín Alonso Zarza es doctor en Sociología y Ciencias Políticas; Concha Martín Sánchez, enfermera; Antoni Barbarà Molina, médico y activista social.