

**Martín Alonso Zarza, Concha Martín Sánchez,  
Antoni Barbarà Molina, Clara Valverde Gefael**  
**La privatización de la sanidad (V).**  
**Cataluña (2): Boi Ruiz y el giro soberanista**  
*Crónica Popular*, 8 de junio de 2020.

En la anterior entrega, nos ocupamos de la configuración del sistema sanitario catalán desde sus orígenes hasta el final del tripartito. Vimos que el factor diferencial del modelo reside en incorporar a las entidades privadas de salud a la arquitectura general de la sanidad pública configurándolo como un sistema mixto. En cierta medida, este diseño introduce las puertas giratorias dentro del sistema mismo. Por eso ha sido tan habitual el tránsito entre altos directivos de empresas y cargos en el gobierno. Y de ahí a la tercera parte, la economía criminal, no hay más que un paso, que ha sido franqueado en numerosas ocasiones. La casuística de la corrupción en sanidad configura un lienzo tan denso que la anécdota se convierte en categoría.

Dicho de otro modo, se trata de un rasgo estructural del modelo. Por esta cara, el sistema sanitario catalán estaba por así decir predispuesto al tipo de medidas que se adoptaron cuando llegó la crisis: los recortes se aprovecharon para disciplinar al sector laboral. Este es la vertiente neoliberal o vertical del modelo. La segunda cara no es menos importante y trenzada con la primera da cuenta de los acontecimientos que ha vivido Cataluña desde 2010. Es la cara etnoterritorial que conecta con el nacionalpopulismo. La mezcla de ortodoxia financiera fría y dura y movilización étnica caliente y sentimental ha configurado un cuadro particular en el que el coste de los recortes ha sido en gran medida externalizado, diaforizado, en el neologismo de Bauman. Del “*Madrid nos roba*”, al “*Madrid nos mata*”.

De este modo, la elite gobernante ha jugado con dos barajas, mostrando públicamente las cartas territoriales mientras ejecutaba las (anti)sociales: así se entiende la neutralización del 15-M, facilitada también por la atracción del poder: una de las protagonistas recuerda que, en Barcelona, un año después de manifestación con 20.000 personas, los asistentes a las reuniones eran 20.

Una anécdota ilustra bien este punto. Entre los entrevistados por Arturo San Agustín (*Cuando se jodió lo nuestro*, 2014, p. 131) figura Marc Argemí, periodista, profesor universitario, director de una consultora especializada en comunicación e independentista. “En Cataluña, por ejemplo, hace ya muchos años que nos han privatizado la sanidad pública y muchos catalanes, demasiados, ni se han enterado. Ni han salido con tanta fuerza y tantas ganas a la calle como en Madrid”, observa San Agustín. “Desconozco la realidad del tema sanitario en Cataluña”, contesta rotundo el preguntado. La sanidad no es la única realidad particularizada en Cataluña. El Instituto Valenciano de Investigación Económica (Ivie) estableció un índice de bienestar a partir de una docena de variables: en ese índice, para 2014, Cataluña figura en noveno lugar mientras que ocupa el cuarto en PIB per cápita entre las comunidades autónomas ([https://www.ivie.es/es\\_ES/pais-vasco-la-rioja-y-navarra-son-las-cc-aa-con-mayor-nivel-de-bienestar-aunque-son-los-habitantes-de-baleares-los-mas-satisfechos-con-la-vida/](https://www.ivie.es/es_ES/pais-vasco-la-rioja-y-navarra-son-las-cc-aa-con-mayor-nivel-de-bienestar-aunque-son-los-habitantes-de-baleares-los-mas-satisfechos-con-la-vida/)).

Esta entrega se articula en los siguientes apartados. Comienza con la dureza en la aplicación de las medidas agresivas con motivo de la crisis, el segundo dirige su atención a

la privatización, el tercero ilumina las trayectorias anfibia de varios altos cargos y se amplía en la vertiente de la corrupción, el último se centra en el impacto sobre las condiciones laborales y sintetiza la herencia del modelo para concluir con un recuerdo del activismo social contra los embates a la sanidad pública.

## 1. Recortes públicos beneficios privados

Las tablas de la entrega anterior mostraban una continuidad en la pauta diferencial (negativa) del modelo sanitario catalán, tanto entre los gobiernos de Pujol y del Tripartito como antes y después de la crisis económica. Así se observaba en términos comparados en la Tabla 3 referida a la evolución del presupuesto por CCAA entre 2008 y 2015. Esto es la mitad de lo importante, la otra mitad tiene que ver con la distribución. Cataluña figura en primer lugar y con mucha diferencia en la cantidad dedicado a los conciertos (24% en Cataluña; siguen Baleares con el 11,1% y Madrid con el 10,7%). Un tercer rasgo de continuidad es la opacidad en los datos, que tornan sumamente difícil acceder con solvencia a las cifras reales. Según Ana Martínez, coautora de *Cómo comercian con tu salud*, en una entrevista con Salvador López Arnal (*El poder y la corrupción en Cataluña*, 2015, p. 204) en 2015 el presupuesto público que va hacia las concertaciones suponía un 54 % del total, frente al 43% en 2005. Y añade que es imposible establecer cifras afinadas porque la información es opaca. Esto no es baladí, habida cuenta de que la transparencia es uno de los asideros dialécticas del discurso de la eficiencia que predicán los adeptos de la privatización.

Concuerda con esta pauta el hecho de que Cataluña se sitúe en último lugar en cuanto a remuneración del personal sanitario (Tabla 4). Esto forma parte de la anatomía diferencial del modelo; en palabras del periodista independentista Xavier Gual, el catalán es “un model propi amb menys funcionaris i mes concerts” (*Ara*, 24/04/2016). Este modelo incluye, como se sabe, un apéndice igualmente diferencial de “chiringuitos” o entes conectados umbilicalmente con el gobierno, un coste muy asimétrico en las delegaciones en el exterior y unos sueldos igualmente superiores a la media española, incluido el gobierno central. La reivindicación de lo propio es transversal y cuenta más que el contenido. El sucesor de Boi, Toni Comin, quería una agencia propia del medicamento como línea estratégica de su Plan de Salud 2016-2020 (*El País*, 23/07/2016). Que sea propio aunque no sea bueno.

Que los nuevos titulares de la Generalitat estaban imbuidos de ortodoxia financiera no admite dudas, como acredita el puñado de evidencias que siguen. Unos meses antes de la campaña electoral le preguntaban a Artur Mas: “¿CiU quiere salvar a España?”, esta era la respuesta del futuro presidente: “No, quiere salvar la economía, que no es lo mismo”. Para la otra baraja, respecto a su posición sobre posibles fusiones de cajas de diferentes autonomías, respondía: “Depende de cómo. No es lo mismo una entidad catalana que absorbe a una de fuera que una de fuera que absorbe a una catalana” (*Expansión*, 03/03/2010). Pero volvamos a lo primero, el perfil *business friendly* de Artur Mas que impregna el modelo de la sanidad catalana (<https://www.lamarea.com/2015/07/16/la-sanidad-catalana-se-convierte-en-un-sector-business-friendly/>).

En el libro fervoroso que le dedica Pilar Rahola (*La máscara del rey Arturo*, 2010, pp. 243-244) se recoge su compromiso de “reducir el número de funcionarios que hay en la

administración. Son competidores de la empresa pequeña [...] Esto [el número de funcionarios que habrían aumentado un 50% en los seis años que CiU estuvo fuera del gobierno] es un desastre para Cataluña, porque Cataluña se ha construido por el esfuerzo de su gente. Debemos reducir por la vía de no reemplazar, si no es inevitable. [...] Es necesario un gobierno con mentalidad de empresa productiva. Durante los años de Pujol hubo cosas que no funcionaron, cierto. Pero había una mentalidad de ayuda a la empresa, porque Pujol era así”. Sabemos que una de sus primeras medidas fue eliminar el impuesto de sucesiones, como había prometido.

Desde estas prioridades se entiende que las protestas sociales por los recortes vinculadas con las diferentes manifestaciones del movimiento de los indignados resultaran inaceptables y dieran lugar a respuestas contundentes. Y es sintomático que hasta un líder de un partido de izquierdas, como ERC, invitara a los acampados en Pl. Cataluña a irse a mear a España; sintomático por el recurso a la segunda baraja.

No era original. El jefe de prensa de Mas, antes responsable de economía de *Avui*, Joan Mari Piqué, había acusado a los que participaban en las protestas contra la Caixa y los peajes (*#Novullpagar*) de “filldeputismo” por querer provocar que “los poderosos vean la independencia como un peligro”. Les tildaba de agentes dobles, provocadores, personajes sórdidos y turbios, de hijos de puta” (*Triangle*, 18/05/2012; *Directe.cat*, 20/05/2012). La referencia a los poderosos no es una licencia poética de quien se definió como “propagandista en cap”. Fue ese mismo año cuando Madrid y Barcelona se disputaban la acogida de Eurovegas, del multimillonario del juego y ultraderechista Sheldon Adelson. Finalmente, cuando se apagaron las expectativas, la Generalitat, representada por el Consejero de Economía Mas-Colell, se adelantó a Madrid anunciando, en septiembre de 2012, el Barcelona World, un macrocomplejo de hoteles y casinos junto a Port Aventura (ya vimos en la entrega anterior algunos de sus avatares) con una inversión de 4.732 millones de euros.

El devenir de este macroproyecto, que ha mutado varias veces de nombre, merecería un artículo en sí mismo (<https://www.elperiodico.com/es/economia/20191012/el-frustrado-macrocomplejo-bcn-world-sigue-sin-repartir-juego-7-anos-despues-7678353>) pero la mención sirve para ilustrar el tipo de filosofía que inspiraba a los nuevos titulares: capitalismo de casino. Y guarnición estelada. Cuando al año siguiente, la Plataforma de Afectados por los Recortes Sanitarios (PARS) señaló las incompatibilidades del director de CatSalut, Josep María Padrosa, el consejero Boi Ruiz afirmó que los denunciante estaban “atacando a nuestro país” (*eldiario.es*, 18/10/2013).

El argumento es un clásico desde Banca Catalana: cualquier crítica a malas práctica es trasmutada en un ataque a la nación. Boi Ruiz, una figura que merece una tesis, no ha cambiado su discurso. Si en 2012 aplaudía la decisión del gobierno de Rajoy de aumentar el copago del medicamento (<https://www.ccma.cat/tv3/alacarta/madrid/boi-ruiz-no-descarta-revisar-laplicaci-de-leuro-per-recepta/video-ab/4055350/>), lo que muestra la afinidad de la baraja política entre neoliberales, en 2020, en plena pandemia, manejaba arteramente la prestidigitación; y a la vez que defendía los recortes de la Generalitat –“Tomamos las decisiones que tomamos con la idea fundamental de hacer viable el sistema sanitario y que no entrase en quiebra. Eso nos permitió mantener el que, estructuralmente, tenemos en la actualidad” – deslizaba que la responsabilidad de las medidas impuestas a la Sanidad se debía a “nuestra financiación injusta” y la reducción de plantillas “a las instrucciones del

Ejecutivo central” (*Planta Baixa*, TV 3, 26/03/2020). Son significativas estas declaraciones e ilustran la calidad intelectual y moral del emisor, que desde 2018 trabaja para el grupo Ribera Salud.

Veamos ahora los recortes de los que fue responsable, advirtiendo de la afinidad electiva entre estas medidas y un marco mental entre anarcocapitalista y socialdarwinista del protagonista, reflejado paradigmáticamente en estas palabras: “la salud es un bien privado que depende de uno mismo [...], no hay un derecho a la salud porque esta depende del código genético que tenga la persona, de sus antecedentes familiares y de sus hábitos, que es lo que sería el ecosistema de la persona” (*La Vanguardia*, 25/10/2011). En línea con esa filosofía había recomendado enfáticamente a los ciudadanos en TV 3 hacerse un seguro privado. Sin embargo, el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a la salud y asistencia médica; pero esta literatura no forma parte de la dieta intelectual de ciertos ambientes.

En los dos primeros años de su mandato (2011-2012), el gasto per cápita en sanidad bajó en un 15,2 %, se cerraron un millar de camas, se clausuraron quirófanos. Entre 2011 y 2015 el Instituto Català de la Salut expulsó a 5.560 profesionales. En esos años los hospitales privados (146) doblaban sobradamente a los públicos (65) (Martín Alonso, *El catalanismo del éxito al éxtasis*, III, 2016, pp. 419 y ss). Estas medidas son paralelas al trasvase de pacientes al sector privado. Según la Asociación Catalana de Entidades de Salud (ACES), en 2016 el gasto en sanidad privada representó en Cataluña el 32,9% frente a la media nacional de 28,8%. Según uno de sus directivos, “la sanidad privada sigue siendo un aliado perfecto para el sector público, ya que no solo ayuda a liberar recursos a la sanidad pública y mejorar la accesibilidad de la población a la asistencia, sino que también pone a disposición de los pacientes y los profesionales sanitarios las innovaciones más vanguardistas y disruptivas en cada momento” (<http://sanidadprivada.publicacionmedica.com/noticia/la-sanidad-privada-crece-en-cataluna-y-alcanza-los-25-millones-de-asegurados>).

Un balance de los años de mandato de Boi Ruiz titulado “Cinco años de Boi Ruiz sacuden la sanidad pública catalana” mostraba este cuadro: “Los recortes presupuestarios en más de 1.300 millones de euros, los picos de tiempos de espera para ser intervenido, el cierre de camas, las derivaciones o las reducciones de personal sanitario han situado a Boi Ruiz como una de las caras que simbolizan las políticas de austeridad del gobierno de Artur Mas” ([https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/sacudida-sanidad-publica-Boi-Ruiz\\_6\\_431916810.html](https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/sacudida-sanidad-publica-Boi-Ruiz_6_431916810.html)).

Este reportaje da cuenta del proceso paralelo de reducción de presupuesto en el Institut Català de la Salut (ICS) y del aumento de las transferencias del Servei Català de Salut (CatSalut) a centros privados. Ya en 2012 Ramon Serna, Albano Dante Fachín, Miquel Miras y David Vidal en “¿Quién y cómo privatiza nuestra sanidad? Por un modelo sanitario (catalán) sin corrupción” situaban los recortes como parte de un ataque al estado de bienestar que reservaría los cuidados a quien los puede pagar. Señalaban que los recortes a hospitales públicos del ICS fueron los más duros a la vez que aumentaba la contratación del Hospital General de Cataluña, un proyecto que merecería un apartado por sí solo y que era entonces propiedad de Capio (<https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2012/09/04/quien-y-como-privatiza-nuestra-sanidad-por-un-modelo-sanitario-catalan-sin-corrupcion/>).

Paralelamente, el Hospital Parc Tauli de Sabadell, del que hablamos en el capítulo anterior, mantiene camas cerradas mientras deriva pacientes al grupo privado IDC (antigua Capiro). Francesc Sancho, alto cargo de Salut del gobierno también citado en la entrega precedente, justifica las derivaciones como una continuación de lo que ya hacía el Tripartito y añade que el sistema “ahorra dinero”. La Plataforma Dempeus cifra en un 25% la pérdida salarial de los profesionales (datos recogidos por Blanca Blay). Las protestas forzaron la celebración del primer pleno extraordinario sobre salud en el Parlament en treinta años, en el que la colaboración de ERC a CiU imposibilitó la reprobación de las políticas privatizadoras. Toni Comín, procedente del socialismo y entonces en ERC, elogió a su antecesor en la toma de posesión.

El impacto social de los recortes ya en 2013 está recogido en el documental *La Salud, el negocio de la vida*, producido y dirigido por la asociación Solidaridad y Comunicación (Sicom). En definitiva, la acción de Boi Ruiz resultó profundamente perjudicial para la sanidad pública catalana que funcionaba más bajo los imperativos del dominio .com que de los de interés público.

Un informe de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (<https://www.directoressociales.com/prensa/402-debate-sobre-el-estado-social-de-la-naci%C3%B3n-2017.html>) mostraba que en 2017 Cataluña dedicaba a sanidad un 27,5% menos que en 2009, para una media española del 20%. Ello es consonante con las premisas ideológicas del gobierno y se completa, multiplicando el impacto, con las medidas orientadas a la privatización desde la instancia suprema de lo público y lo común: la Generalitat. La privatización parecía aliviar el impacto de los recortes (facilitando obviar las largas listas de espera de la pública, por ejemplo) cuando en realidad los agravaba por el transvase finalista de recursos públicos. Hay que añadir, para completar el paisaje, que la predecesora de Boi Ruiz, Marina Gelli, había implantado recortes ya en 2010 a la vez que había asegurado que ello no afectaría a los usuarios. Un argumento que replicó reiteradamente su sucesor (<https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2012/09/04/quien-y-como-privatiza-nuestra-sanidad-por-un-modelo-sanitario-catalan-sin-corrupcion/>).

## **2. Los tortuosos caminos de la privatización**

Como se ha señalado en varias ocasiones, la opacidad supone un obstáculo enorme para establecer un estado cabal de la situación. A ello hay que añadir el hecho de que la privatización tiene manifestaciones diversas, su geometría es a la vez variable, difusa y oscura. La llamada colaboración público-privada puede abarcar aspectos: separación de financiación y provisión, privatización de la financiación y la gestión de los hospitales públicos, concesión administrativa, privatización de servicios centrales, privatización de la alta tecnología e información, centrales de llamada y transporte, Unidades de Gestión Clínica (a veces se habla en estos casos de externalización o concertación) y la creación de figuras como consorcios o fundaciones. Si a ello añadimos la peculiaridad del guanxi, del mercado relacional, y la internalización como parte intrínseca del sistema de las puertas giratorias, tenemos un paisaje de fácil presunción pero de difícil traducción empírica. Además, hay opciones no directamente imputables a la privatización pero relacionadas con ella, como es el caso de las mutuas. Por empezar por lo último, entre 2014 y 2018 los

seguros privados se incrementaron en un 3,45% anual y las primas en un 5,7%, alcanzando un total de 2.525.545, el 23% del mercado nacional (valor muy superior al 16,3% de la población).

Si Cataluña tiene un gasto privado superior a la media, el público está por debajo (<http://sanidadprivada.publicacionmedica.com/noticia/la-sanidad-privada-crece-en-cataluna-y-alcanza-los-25-millones-de-asegurados>). Este documento, que expresa el punto de vista de las patronales Instituto para el desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS) y la Asociación Catalana de Entidades de Salud (ACES), repite el estribillo de las bondades de la colaboración en la que el “entorno privado ayuda a aliviar las listas de espera del sistema público y contribuye a la solvencia imprescindible dadas las crecientes necesidades financieras [...]. No solo ayuda a liberar recursos a la sanidad pública y mejorar la accesibilidad de la población a la asistencia, sino que también pone a disposición de los pacientes y los profesionales sanitarios las innovaciones más vanguardistas y disruptivas en cada momento”.

Antes se ha expuesto que el sector privado cuenta con el 74% de los mamógrafos y el 61% de los equipos de resonancia magnética. El asunto de la mamografía no es baladí. Clara Valverde, entonces presidenta de la Liga del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) y luego parte de la Plataforma de Afectados por los Recortes Sanitarios (PARS) en la querrela contra Boi Ruiz, ilustra una parte del paisaje: “Pero desde hace cuatro años, también cada dos años, me llega una carta en un papel muy elegante con un tríptico a todo color del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama del Parc Salut Mar de Barcelona, en mi caso, en el Hospital de l’Esperança. La carta me da hora para una mamografía sin yo pedirla. Con curiosidad me presenté a mi cita en l’Esperança y comprobé que la Unidad era lujosa comparada con la del CAP, sin colas y con lo que me pareció un exceso de personal atendiéndome como si quisieran venderme algo. Pregunté a las recepcionistas y a las enfermeras si yo tenía que pagar por tanta atención y servicio, y que por qué se me había citado si yo ya me hacía las mamografías en mi CAP. A la primera pregunta me contestaron que era ‘gratis’. A la segunda pregunta no recibí una respuesta coherente de ninguna de ellas. [...] Y yo no me creí ninguna de las respuestas. [...] La administración pública contrata un número específico de mamografías de Parc Salut Mar, y la unidad corre detrás de las mujeres con cartas y llamadas para cubrir su cupo y asegurarse que no nos hacemos las mamografías en nuestro CAP. Los contribuyentes estamos pagando innecesariamente la duplicación del servicio para que el dueño de la unidad haga negocio con nuestro dinero que le da la Generalitat” [https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/saberlo\\_6\\_107499250.html](https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/saberlo_6_107499250.html)).

Clara Valverde añade otro ejemplo, en este caso para el SFC que ni siquiera necesita dos espacios; se trata del Clinic del que hablamos en la entrega anterior y sobre el que volveremos: “En el Hospital Clinic de Barcelona, también desde hace unos años, los pacientes del SFC saben que la lista de espera para la Unidad del SFC es de 2,5 años (para todas las visitas, no solo las primeras), unidad que funciona solo por las mañanas. Pero también saben que pueden acudir por la tarde al mismo especialista del SFC, en el mismo hospital, en el mismo despacho, con la misma silla, mesa, ordenador y el mismo historial clínico (por la tarde se llama “BarnaClinic” y la recepcionista no es la misma que por la mañana) que ya han pagado los contribuyentes. Pagando 150 Euros, el paciente puede acceder al especialista en BarnaClinic, para que le dé un informe. En el caso de los

pacientes del SFC del Clinic, no están pagando dos veces por el servicio como con mis mamografías, sino tres veces: una vez al hospital (aún público) a través de los impuestos, la segunda también a través de los impuestos que pagan toda la infraestructura de BarnaClinic, y una tercera directamente del bolsillo. No es repago. Es tripago”.

Que la estrategia privatizadora forma parte de la estructura profunda del sentir convergente queda patente en el encargo de un plan de privatización por parte de la Generalitat a la consultora Price Waterhouse Coopers (PwC). El documento del que dio cuenta *El País* (11 y 12/02/2013) es un borrador incompleto (39 páginas discontinuas de las 90 que anuncia el índice) y en su cío que está firmado por Francisco Pastor Tortosa con fecha 16/06/2011 y se titula *Aproximación a un nuevo planteamiento estratégico para las empresas públicas y consorcios de salud de la Generalitat de Cataluña*. El informe propone poner en manos privadas la gestión de 18 hospitales, 48 centros de atención primaria y hasta un centenar de otros organismos asistenciales. Es interesante retomar las características que según este documento (p.6) definen el modelo sanitario catalán (MSC), diferente del de otras CCAA:

- La separación de funciones entre el gobierno (encargado de la planificación normativa y estratégica y la dotación presupuestaria), el aseguramiento (compra y evaluación) y la provisión (gobierno y gestión de la prestación).
- La existencia de un comprador público jurídicamente independiente de la autoridad sanitaria y de los proveedores, garante de las prestaciones de la cartera del sistema nacional de salud y de los derechos de los ciudadanos.
- Un mapa de proveedores de titularidad diversa y con autonomía de gestión.
- El nacimiento de una serie de empresas de gestión sanitaria sin ánimo de lucro, fenómeno típico de Cataluña.
- Una relación entre los diferentes actores basada en la negociación, la confianza, el consenso político y el control de resultados.
- El contrato como instrumento esencial, regulador de la relación entre el financiador y los proveedores.

El Modelo Sanitario Catalán según PwC, p. 6

Las orientaciones son claras (p. 62):

“El primer paso consiste en transformar las entidades de derecho público en sociedades mercantiles [...] Las nuevas sociedades deberán asumir el objeto y las funciones que desarrollen estas entidades, y subrogarse en todos los derechos y obligaciones de carácter económico, contractual y laboral que hayan contraído estas últimas.

Una vez transformadas las entidades de derecho público actuales en sociedades participadas por el CatSalut, éste podría tanto ampliar o reducir su capital, como enajenar los títulos de la sociedad e incluso perder su posición mayoritaria para dar entrada a terceros siguiendo las normas generales de enajenación de bienes muebles, y debe intervenir en la venta un fedatario público.

De acuerdo con estas previsiones, la enajenación puede llevarse a cabo mediante dos tipos de procedimientos: a) la subasta pública y b) la enajenación directa.

El documento: 1) incorpora a las potenciales empresas beneficiarias (Adeslas, Aliança, Asisa, Capio Sanidad; grupos Quirón, Hospiten, Nisa, Pascual, Recoletos, Ribera Salud, Ruber, Unmequi, Viamed; HM, IMQ, Juaneda, Sanitas y USP), 2. Es consciente de las implicaciones y recomienda que la entrada de capital privado se haga en “dos fases para diluir el impacto político y social”, y 3) anticipa la socialización de los riesgos al advertir que “un concesionario deficitario puede poner en riesgo la salud de las personas, [por lo que] es lógico pensar que en ese supuesto la Generalitat intervendría rápidamente el servicio”. Nos hallamos pues en un claro ejemplo del guion de Alzira o las autopistas madrileñas, la doctrina de la privatización de los beneficios y la socialización de las pérdidas.

El departamento de Salud no aclaró los detalles ni el coste del informe, alegó que era solo un planteamiento teórico. No tan teórico. Isabel Vallet y Xavier Lleonart aseguraban poco después que: “La Conselleria de Salud está cumpliendo punto por punto el informe “Aproximación a un nuevo planteamiento estratégico para las empresas públicas y consorcios de salud de la Generalitat”. ([https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/desmantelamiento-sanidad-publica-catalana\\_6\\_257634255.html](https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/desmantelamiento-sanidad-publica-catalana_6_257634255.html)).

Y para confirmarlo bastan unos apuntes en titulares. Uno, la creación del consorcio del Clinic con una clausula tomada literalmente del documento de PwC según la cual el nuevo consorcio se subroga todos los bienes derechos y deberes del Clinic que fue traspasado por el gobierno de la Generalitat en 2007. Así se configura el modelo “un hospital dos sistemas”, con una parte pública plebeya y una privada patricia ([https://cronicaglobal.elespanol.com/politica/mas-crea-el-consorcio-del-hospital-clinic-bajo-acusaciones-de-privatizacion-encubierta\\_22233\\_102.html](https://cronicaglobal.elespanol.com/politica/mas-crea-el-consorcio-del-hospital-clinic-bajo-acusaciones-de-privatizacion-encubierta_22233_102.html)). Con la geometría variable que hemos señalado la música se repitió en otros lugares. Segundo titular: en el hospital Taulí de Sabadell, escribe Antonio Santamaría, “los recortes fueron aprovechados para profundizar en la estrategia privatizadora de la Generalitat”.

Así, el comité de empresa denunció en 2015 que mientras había plantas cerradas en el hospital se derivaban pacientes al grupo privado IDC y al Hospital General de Cataluña de San Cugat. De modo que los recursos destinados al Taulí cayeron en un 12% entre 2012 y 2013 mientras la inversión pública al IDC ascendía al 15% en el mismo periodo” (<https://www.isabadell.cat/sabadell/historia/lhospital-tauli-i-el-deficit-cronic-dels-serveis-sanitaris-les-retallades-2-2011-2019/>). Una verdadera transfusión de liquidez. Por cierto, la esposa del Conseller Boi Ruiz fue contratada para labores de gestión en ese hospital (<https://rebellion.org/una-querella-criminal-contra-los-recortes-sanitarios-en-cataluna/>).

Tenemos que hacer un paréntesis a propósito de PwC para recordar desde la entrega anterior que la alianza del Majestic tuvo particular reflejo en Galicia, por la afinidad entre los responsables de sanidad de Cataluña y esa región. Siendo consejero de Sanidad José Manuel Romay Beccaría, que devendría luego ministro de Sanidad con Aznar, en Junio de 2001 la Xunta de Galia y el Forum Salud organizaron unas jornadas sobre Gestión de Calidad de la Generalitat. Años más tarde, la Xunta comandada por el PP encargó a PwC la definición de las características del nuevo hospital Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), así como el proceso de selección de las empresas adjudicatarias: se adjudicó la obra y la gestión del hospital al grupo liderado por Acciona. Manuel Martín García muestra “los intereses cruzados entre la UTE concesionaria (Puentes y Calzadas,



CAM y Bankia), la empresa auditora PwC, la multinacional sanitaria privada (Capiro Sanidad) y altos cargos del PP” (Luis de Guindos, fue jefe de servicios financieros de PwC) (datos en el volumen colectivo *La salud como negocio*, 2014, pp. 100-120).

Volvemos al Mediterráneo. PwC recibe también el encargo del Departamento de Economía de Mas Collet de preparar un proyecto de fusión de dos concesionarias públicas de la Generalitat para la privatización de las autovías. Hay que señalar, para atender a la sociología relacional, que PwC había fichado como director del área del sector público a Joaquim Triadú, consejero de Presidencia con Pujol, miembro del patronato de la Fundació Lluís Carulla y asesor del Palau durante el proceso del caso Millet (en R. Burgos, *Crema catalana. Amiguismo, corrupción y otras miserias*, 2014, pp. 128 y 109). Por otro lado, la mención al ya aludido Hospital General de Cataluña sirve para recordar que el esquema relacional podían ampliarse también en geometrías a menudo cruzadas. El pleno municipal de San Cugat rechazó el plan de Toni Comin de excluir al Hospital General de la red pública. Sumaron sus votos CDC, Ciudadanos y PP. El portavoz de Ciudadanos, Aldo Ciprián, adujo que “el General ayuda a recortar la listas de espera, un ejemplo de ello serían las 600 personas derivadas de otros hospitales públicos” ([https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/sant-cugat-rechaza-expulsion-hospital-general-red-publica-siscat\\_62512\\_102.html](https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/sant-cugat-rechaza-expulsion-hospital-general-red-publica-siscat_62512_102.html)). Como desde el de Taulí, pongamos.

Que un centro denominado Hospital General de Cataluña pertenezca al grupo Quirón es un ejemplo insuperable del esquema de las dos barajas. Ante las iniciativas QuirónSalud emitió una respuesta contundente y succulenta para psicoanalistas: “El Hospital General de Catalunya no está en venta” (<https://www.plantadoce.com/empresa/hospital-general-de-catalunya-el-centro-de-la-burguesia-catalana-que-no-termino-de-cuajar.html>). Siguiendo el esquema hacia el norte, el mismo año 2016 sabíamos que Salud derivaba pacientes, hasta un 63%, a la Clínica Girona, un centro concertado, mientras estrujaba el Hospital General de la ciudad, de titularidad pública ([https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/clinica-girona-privatizacion-sanitaria-cataluna-nadie-habla\\_62568\\_102.html](https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/clinica-girona-privatizacion-sanitaria-cataluna-nadie-habla_62568_102.html)).

Hay otro aspecto que el Covid ha puesto de dramática actualidad. A mediados de mayo (Cadena SER, 13 05 2020) sabíamos que tres de cada cuatro contagiados en Cataluña lo han sido en residencias de mayores; allí se produjeron el 20 % de las muertes, cerca de 2000 (*El Triangle*, 08/04/2020; Crónica Global, 19/04/2020). Hablemos de las residencias. El 11 de enero de 2013 SARquavita, una de las grandes de los geriátricos (<https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/8634710/09/17/Sarquavita-el-gigante-geriatrico-espanol-refinancia-1000-millones-.html>), celebró en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona una jornadas sobre “Modelos innovadores en la atención a las enfermedades crónicas avanzadas”. El acto contó con la presencia del Consejero de Salud, Boi Ruiz, y de la Directora del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), Carmela Fortuny (<https://www.domusvi.es/noticia/sarquavita-expone-en-barcelona-la-necesidad-de-replantear-el-modelo-de-atencion-sociosanitaria-de-los-enfermos-cronicos/>). Fortuny fue alcaldesa de Sant Cugat por CiU antes de desembarcar en Junts per Catalunya y tiene una responsabilidad central en el estado de los geriátricos por su gestión al frente del ICASS, un cargo de brillo para el que la nombró Mas por recomendación de Lluís Recoder.

En paralelo a los de Sanidad, en el Departamento de Servicios Sociales, el consejero Josep Lluís Ceries y Fortuny llevaron los recortes al 34,4% en el primer trimestre de 2011. A la

vez que se acreditaba a las residencias privadas para acoger a personas con una prestación económica vinculada, se congelaban las tarifas de las públicas y se rebajaba la ratio de personal. En 2013 el ICASS alcanzó un acuerdo con la patronal del sector por la que se rebajaba la atención horaria a dependientes; lo que provocó protestas de psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, educadores sociales y terapeutas ocupacionales denunciando la pérdida de calidad en las residencias concertadas. La tónica siguió con Neus Monté, sucesora de Cleries en diciembre de 2012. Se degradaron los contratos de los gerocultores, aumentando la temporalidad y la precariedad. A la vez, Fortuny se acercaba a Josep María Padrosa (CatSalut, de quien hablaremos en seguida) con quien compartía consejos de administración y con el que había trabajado en Fisiogestión, sancionada por el Tribunal Catalán de la Competencia por haberse repartido un concurso de rehabilitación de más de 200 millones en 2012. La cercanía se expresó en la firma de convenios entre el ICASS y Cat Salut. Mediante la adopción de criterios ad hoc facilitó el acceso a los geriátricos de los grandes conglomerados que acudieron a este nicho de negocio. ([https://cronicaglobal.elespanol.com/politica/recortes-residencias-cataluna\\_339528\\_102.html](https://cronicaglobal.elespanol.com/politica/recortes-residencias-cataluna_339528_102.html)). Fortuny forma hoy parte del núcleo duro de Puigdemont, como Comín.

Las transfusiones se multiplican con los trasvases ideológicos de acuerdo con el esquema de la doble baraja. Pero tenemos que volver al sector negocios de CiU, que proveyó de altos cargos a la empresa Mutuam, la compañía que lleva la atención de 430 geriátricos de Barcelona y su conurbación. Hay una estrecha relación entre esta compañía y el gobierno de la Generalitat desde que el Departamento de Salud privatizó en 2009 parte de la atención sanitaria a mayores. Desde entonces los acuerdos aseguran un transvase regular de fondos: 22,46 millones en 2018, por acuerdos que en ocasiones no siguen el procedimiento del concurso público. Estos datos aparecen reseñados en un detallado reportaje de Ignasi Jorro, autor también del citado anteriormente, al que remitimos ([https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/mutuam-residencias-cataluna-coronavirus\\_334986\\_102.html](https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/mutuam-residencias-cataluna-coronavirus_334986_102.html)).

Aquí se repiten las prácticas más que dudosas, las *puertas giratorias* –el presidente de Mutuam Josep Arqués ocupó diversos cargos con Pujol y se convirtió en 2008 en su consejero delegado tras pasar por varios departamentos de la Generalitat; el número dos de Mutuam, Francesc Brosa, fue durante 23 años subdirector de CatSalut, que es quien firma los convenios con Mutuam, en la que también se encuentran Josep Lluís Vilaseca Guash, Miquel Vilardell (expresidente del Colegio de Médicos de Barcelona), Jaume Padrós, Ramón Pujol...– y el parasitismo del presupuesto público que no es ajeno al impacto de la pandemia en el área de Barcelona. No es aventurado conjeturar que las dificultades de la Generalitat con la contabilidad de los muertos tengan que ver con estas connivencias. A día de hoy más del 80% de las casi 60.000 plazas residenciales de mayores de Cataluña son de titularidad privada.

Según el consejero de Asuntos Sociales Chakir el Homrani, en enero de 2019 había 18.438 personas en lista de espera, lo que de acuerdo con la ortodoxia económica es promesa de rentabilidad. El precio medio de una residencia privada es de 2000 euros mensuales; el sueldo medio de los trabajadores no llega a la mitad. Según la consultora CBRE las empresas inmobiliarias invirtieron en geriátricos 2000 millones de euros entre 2015 y 2017 (<https://www.naciodigital.cat/noticia/201476/negoci/gent/gran/residencies/aposta/rendible>).

### 3. Zorros al cuidado del gallinero

Estas tendencias no son más que la expresión de la tabla de valores de quienes ocuparon los cargos de principal responsabilidad en la sanidad catalana. El consejero Boi Ruiz procedía de la patronal, que dirigió entre 2008 y diciembre de 2010, cuando fue llamado por Mas al gobierno. Fue fundador y director de la consultora Know How y parte decisiva en la fundación de la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud (OHES). Ha desempeñado tareas docentes en la privada Universidad Internacional de Cataluña (UIC), en la Universidad de Barcelona y en la también privada Universidad Europea de Madrid, a la vez que es miembro de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Más tarde sería contratado por Ribera Salud, propietario de Alzira. De su doble especialidad, médico y diplomado en gestión hospitalaria, mostró más empeño en los negocios que en la observancia del juramento hipocrático. Ya vimos su concepción de la salud, que se confirmó a la hora de seleccionar el perfil de quienes serían sus colaboradores más directos. Para la dirección de Catsalut eligió a Josep Maria Padrosa, exdirector de la Corporación Fisiogestión, con treinta centros de rehabilitación en España. Al frente del *Institut Català de la Salut* (ICS) colocó a Josep Prat, exvicepresidente del grupo United Surgical Partners (USP) y directivo en otras trece compañías entre ellas Innova. Tuvo que dimitir en 2012 imputado por presuntas contrataciones ilegales. Ramon Bagó pasó a hacerse cargo del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC); antes había impulsado la Corporació de Salut del Maresme i la Selva mientras era propietario de empresas que actuaban como proveedoras. Bagó fue alcalde de Calella por CiU. En 2011 entró a formar parte del Consejo de Administración de las empresas públicas del CSC, desde donde se tramitaban y resolvían adjudicaciones que beneficiaban a grupos como Serhs, del que Bagó fue fundador, accionista principal y presidente. Y la impunidad: el fiscal no encontró delito en ese negocio. Ampliemos el mapa de las conexiones con nombres que han salido antes, como Carmela Fortuny.

Es llamativo que buena parte de los responsables de los ataques a la sanidad pública sigan hoy desempeñando sus carreras en alguno de los lados de las puertas giratorias, como resume Rafa Burgos (*Crema catalana. Amiguismo, corrupción y otras miserias*, 2014, pp. 111-115). En noviembre de 2012, varias entidades relacionadas con la sanidad presentaron una querrela criminal contra Boi Ruiz y otros altos cargos de su equipo de gobierno, por delitos referidos al impedimento de derechos cívicos, omisión del deber de socorro, tráfico de influencias y negociaciones y actividades prohibidas a los funcionarios (<https://kaosenlared.net/por-que-hemos-hecho-una-querella-contra-boi-ruiz-indicio-1-las-listas-de-espera-fuera-de-ley/>).

El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña rechazó admitirla a trámite. Carlos Jiménez Villarejo manifestaba que “es una respuesta judicial que, una vez más, desautoriza a los jueces que la han dictado” y recordaba que el Presidente del Tribunal había participado en cumbres anticorrupción convocadas por el presidente Mas y que al día siguiente de notificar la resolución de no admisión, el Presidente del TSJ y el Fiscal Superior, ambos contrarios a la querrela, aparecían en una foto con Mas, lo que consideraba una imagen

“más que penosa y lamentable, dramática” (<http://www.acordem.org/2013/02/24/boi-ruiz-se-libra-de-la-querella/>).

Podríamos preguntarnos qué habría ocurrido si los querellados hubieran sido imputados. Y anticipar la respuesta en las palabras de un activista de Dempeus per la Salut Pública: “Seguro que esa impunidad, error/horror premeditado con autocomplacencia, no va a ayudar a resolver la patología social en curso, infectada de miedo, resignación y autoinculpación” (Toni Barbarà, *El País*, Cataluña, 29/07/2016).

La no admisión frenó sin duda otras iniciativas y otorgó a los recortadores y responsables de malas prácticas una sensación poderosa de impunidad. Por eso, algunos de ellos siguen hoy impartiendo lecciones y participando en jornadas. Padrosa, ex director de CatSalut, que fue apoderado desde 2011 en seis mercantiles que facturaron 14 millones al CatSalut mientras él lo dirigía, fue recolocado en el Hospital de Olot, con un sueldo anual de 120.000 euros, pese a que la Oficina Antifraude de Cataluña había observado falta de control ([https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/bronca-recolocacion-josep-maria-padrosa-hospital-olot-120000-euros\\_62491\\_102.html](https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/bronca-recolocacion-josep-maria-padrosa-hospital-olot-120000-euros_62491_102.html)). Un ejemplo más de un muestrario inabarcable: Joan Maria Adserà, que entre 1994 y 2000 fue gerente del Servei Català de Salut en Tarragona por CiU, estaba al frente de la fundación privada Xarxa Santa Tecla a quien un convenio del Departamento de Salud le adjudicaba la atención sanitaria de esa misma zona (<https://www.elcritic.cat/investigacio/una-fundacio-dirigida-per-un-exalt-carrec-de-ciu-controla-latencio-sanitaria-a-tarragona-10007>).

El drenaje público-privado, una forma de vampirismo bien distinta del eufemismo de la colaboración, es paralelo a las trayectorias biográficas anfibia. La estructura relacional es un universo gravitacional con un cinturón de satélites acogedores. Hacer un recuento de tales trayectorias consumiría resmas. Solo el caso Innova incluye 60 imputados, entre ellos Josep Prat y Carlos Manté, que fueran directores de CatSalut. Trazar un cuadro combinando los nombres giratorios, las empresas y los cargos oficiales proporcionaría una imagen en 3D del sistema catalán de salud. Uno puede hacerse una idea a partir del elenco de los diferentes consorcios (<http://www.cgtcatalunya.cat/spip.php?article10531#.XsukvLjcoxs>). Prat compatibilizó los cargos en CatSalut y como director general de Innova. De acuerdo con Marc Font y Gema García: “El caso Innova es el escándalo más grave que ha afectado a la sanidad catalana en los últimos años. Ha servido para mostrar la opacidad de un modelo sanitario diseñado en los años ochenta por la entonces abrumadora sociovergencia. El sistema estaba financiado con recursos públicos, pero incluía una enorme presencia de entidades sometidas al derecho privado –como consorcios o fundaciones–, que pueden esquivar los rigurosos controles del derecho público a la hora de contratar bienes, servicios o personal. El goteo de informaciones que han puesto en duda estos procedimientos ha sido constante y ha revelado los salarios astronómicos que percibían los cargos gestores” y los beneficios que obtienen las fundaciones sanitarias con su patrimonio inmobiliario (<https://www.lamarea.com/2015/07/16/la-sanidad-catalana-se-convierte-en-un-sector-business-friendly/>; <https://www.elcritic.cat/investigacio/aquests-son-els-beneficis-que-les-fundacions-sanitaries-obtenen-del-seu-patrimoni-58073>).

Como resumía Mercè Pérez: “La documentación incautada... reveló que las muchas ilegalidades investigadas en la sanidad catalana están relacionadas” (*El País*, 12/03/2015). Hay en consecuencia un amplio repertorio de altos cargos de sanidad con conexiones de

dudosa legalidad; entre los emblemáticos: Josep María Padrosa, Josep Prat, Ramon Bago o Xavier Crespo. Josep Martí, un nombre que no puede faltar en estas páginas, traza aquí un dibujo completo, que incluye a los principales partidos y señala que “prácticamente todos los casos de corrupción se han producido en entidades concertadas con dinero público” (<https://diarisanitat.cat/que-han-fet-i-que-no-han-fet-cdc-pdecat-erc-i-psc-mentre-han-governat-la-sanitat-des-de-les-institucions/>). La corrupción en la sanidad catalana nutre un epígrafe de la monografía de referencia sobre CDC, en la que no faltan los personajes aquí citados, empezando por Boi Ruiz (Antonio Santamaría, *Convergència Democràtica de Catalunya*, 2014, pp. 500-505).

Importa señalar que estas prácticas son congruentes con la filosofía económica del gobierno de la Generalitat y tuvieron en buena medida la complicidad de la izquierda, como señala Ramón Senra en “El proceso de privatización de Cataluña”, citado en la entrega anterior y que incluye una ajustada visión panorámica, mostrando los aspectos estructurales. Tanto que los interesados no observan ninguna anomalía en ello, lo que es la prueba más sólida de la normalización de un marco mental. “No hay privatización”, ha repetido en muchas ocasiones convencido el conseller de Salud Boi Ruiz y lo dijo incluso en un pleno sobre salud en el Parlamento ([https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/sanidad-catalana-frontera-publico-privado\\_6\\_432266789.html](https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/sanidad-catalana-frontera-publico-privado_6_432266789.html)).

Porque de eso se trata: en el modelo catalán las disfunciones señaladas tienen un carácter sistémico y riman con otros aspectos referidos tanto a las políticas sociales como a la dirección desigualitaria que denotan los sueldos de los altos cargos y la multiplicación de instancias (chiringuitos) que les hospedan. Los de salud (7) figuran entre los directivos de empresas públicas (22) que cobran más que los consejeros; de modo que la salud es un buen negocio, no solo para los empresarios. Sin olvidar que las retribuciones de los altos cargos catalanes no solo no sufrieron el recorte que anunciaba Mas sino que figuran a la cabeza de las españolas, incluido el gobierno central. En 2015, 239 cargos del gobierno catalán ganaban más que el presidente del Gobierno español.

A esa élite acababa de incorporarse Santiago Vidal, recién nombrado Director del Programa de Organización de la Administración de Justicia de Cataluña, una de las “estructuras de estado”. Le citamos para ilustrar otras trayectorias inquietantes: las que llevaron a figuras progresistas del eje social al nacionalista. Santiago Vidal es el prologuista, como Magistrado de la Audiencia Provincial de Barcelona, de *Crema catalana, Amiguismo, corrupción y otras miserias*. Encontramos allí la denuncia del 3% y la aseveración de que en Cataluña el 90% de la riqueza está en manos del 1% de la población. Parece que el tránsito al independentismo le habría permitido al ex juez un paralelo entre las dos terminales salariales. Donde presumiblemente se encuentran si no el 90 desde luego bastantes del tanto por ciento de “corruptos y corruptores” a quienes se refiere (se refería, cuando se pasa el Rubicón con la bandera se olvidan los temas sociales). Sintomático, como hablamos de salud.

Acaso la trayectoria más explícita al respecto es la de Albano Dante Fachín, director de *Café amb Llet* y coautor de varias piezas imprescindibles sobre la corrupción en la sanidad, que hoy milita, tras varias peripecias entre ellas Podemos y TV3, en un *Front Republicà* que ha convergido con Puigdemont dejando atrás a los moderados de la ex Convergencia. Como Carmela Fortuny (Una persona que compartió luchas con él menciona su afán de protagonismo). En esta nueva epifanía se ha posicionado contra la crítica a Torra por el

decreto de compensación a la privada por el tratamiento de pacientes del coronavirus. Es decir en defensa de las esencias. Por quien al principio de la etapa que comentamos confirmaba un artículo con un epígrafe titulado “Algunas ‘esencias’ del ‘modelo sanitario catalán’”, parecería que en la metamorfosis han naufragado las comillas ([www.upf.edu>documents>observatoriosalud5.pdf](http://www.upf.edu/documents/observatoriosalud5.pdf)).

A esta migración habría que sumar, desde una óptica general, a otras figuras con destacado papel en la izquierda como Raül Romeva, Muriel Casals o Toni Comín (¿qué diría su padre?) por no hablar de la exconsejera Marina Geli y una lista larga desde el PSC entre otros transterrados del mapa ideológico. Francesc Sancho, el médico tantas veces citado en estas páginas, procedía del PSUC. Se afilió a CDC en 1991.

En este rubro no puede omitirse el apoyo de facto de ERC, que con su voto evitó la reprobación de Boi Ruiz en el Parlament. Se sumó a una moción de denuncia de las políticas de Ruiz que han provocado una “degradación de los servicios” a partir de “recortes de presupuestos” hasta “puntos inasumibles”, se han “precarizado” las condiciones de trabajo del personal sanitario y se ha “aumentado la transferencia de recursos económicos de centros de titularidad pública o mayoritariamente pública a otros de titularidad privada”. Pero a la hora de votar la parte de la moción en la que el Parlament “reprueba al conseller como responsable político de esta gestión”, ERC votó en contra junto con CiU (71), con lo que evitó que saliera adelante este punto, que fue apoyado por ICV-EUiA, PSC, C’s y CUP (41), mientras que PPC y Geli se abstuvieron (19).(<https://www.lavanguardia.com/politica/20150319/54429105590/erc-facilita-censaura-boi-ruiz-evita-sea-reprobado.html>). Transfusiones, trasvases, drenajes, conversiones, sifones, parasitismo: el modelo sanitario catalán constituye una veta inagotable para los investigadores de flujos y una alargada sombra para los usuarios de a pie.

#### **4. Devaluación interna, redistribución y legados asimétricos**

Sabemos que una de las medidas recetadas para la crisis fue la reducción de los salarios, a lo que también contribuyó, de maneras que desbordan este escrito, los cambios legales de las relaciones laborales. Es igualmente conocido que los recortes no se distribuyeron por igual, de modo que sirvieron de facto para una redistribución en sentido contrario a las propuestas fundacionales del Estado de bienestar, del contrato social de posguerra. Y que este marco mental era el que dominaba en los ideólogos del Govern, desde el President a los Departamentos de Economía, Asuntos Sociales y Sanidad. Veremos aquí unas pinceladas sobre las políticas de personal para concluir el capítulo sobre dos herencias antitéticas, una representada por Boi Ruiz, la otra por la Marea Blanca.

Nos hemos referido a dos promesas de Artur Mas recogidas en el libro de Pilar Rahola, una sobre su empeño en disminuir el número de funcionarios, la otra con la promesa de reducir los salarios del gobierno y los altos cargos. (Dejemos de lado la tercera: “Iré a buscar a los mejores”). Veremos que no fue igual de cumplidor en ambas. Desde luego la política salarial es una parte importante de la opción por la privatización, de modo que la referencia no podía faltar en el borrador del informe de PwC al que nos hemos referido. He aquí la sustancia en un lenguaje que necesita competencia hermenéutica (p. 18): “En el orden laboral, debe decirse con carácter general que el gestor seleccionado estará obligado a

subrogarse como empleador en las relaciones laborales del personal que en la actualidad gestiona este servicio [...]. A efectos de permitir a los licitadores evaluar los costes laborales que implicará la subrogación, los pliegos o la documentación complementaria deberán contener toda la información sobre las condiciones de los contratos de los trabajadores a los que afecta esta medida. En cuanto a los funcionarios y personal estatutario, su integración podrá llevarse a cabo, en su caso, de acuerdo con la normativa que en ese momento les resulte de aplicación. No obstante, teniendo en cuenta la trascendencia de esta cuestión (y del riesgo de funcionarización del personal laboral de estas entidades creadas a raíz de recientes pronunciamientos judiciales), resulta indispensable realizar un estudio individualizado entidad por entidad a efectos de valorar las contingencias laborales que puedan existir en cada caso”.

Subrayamos dos expresiones: riesgo de funcionarización y contingencias laborales. Esto se escribía en 2011. Antes de entrar en ello digamos dos palabras sobre un fenómeno paralelo: el número de entes dependientes del gobierno regional. Cataluña se sitúa con diferencia a la cabeza, según los últimos datos de la Intervención General del Estado del Ministerio de Hacienda (<https://www.igae.pap.hacienda.gob.es/>) y ha mantenido una tendencia regular desde 2003, en que se contabilizaron 366, a los 362 de hoy. Sintomáticamente fue el año central de este artículo, 2015, cuando la Generalitat de Mas batió su propio record con 421 entes registrados ([https://cronicaglobal.elespanol.com/politica/chiringuitos-generalitat-cifra-mas-alta-espana\\_343650\\_102.html](https://cronicaglobal.elespanol.com/politica/chiringuitos-generalitat-cifra-mas-alta-espana_343650_102.html)).

Al otro lado, como vimos en la tabla 4 de la entrega anterior, Cataluña se sitúa a la cola de las CCAA en el apartado de remuneración de personal sanitario. Dedicar un 35,2% para una media española del 45,1%; mientras que ocurre lo contrario con los conciertos: 24,9% para una media de 7,32% (cifras para 2017, que muestran una regularidad tendencial).

Aproximemos el foco, dentro de la dificultad de avanzar por un paisaje de datos difícilmente transitable, con una cala tomada de “La gestión de los recursos humanos en el sector público concertado de Cataluña” (2017), del que son autores Jordi Ruiz y Silvia Espinosa, de la Sindicatura de Comptes de Catalunya (G1\_Com\_Ruiz\_Espinosa\_RRHHSanidad.pdf). Recogen estos autores los datos a 1 de enero de 2016 para dos categorías laborales: el personal estructural (el que ocupa puestos de carácter permanente) y el coyuntural. El total del primer grupo alcanza la cifra de 201.079 personas en el sector público de las que 63.518 pertenecen al ámbito de la salud. De esas 63.518 personas, el 43% dispone de un contrato laboral indefinido o temporal, el 35,2% tiene la condición de funcionario y el 16,3% la de interino. En la segunda categoría, los coyunturales, se incluyen en el campo de la salud 16.689 personas, que constituyen el 53,6% del total del personal coyuntural de la Generalitat. Lo que viene a indicar, emparejando cifras, que la salud no es un sector prioritario desde el punto de vista de la calidad de las condiciones laborales: el personal estructural representa un 32% y el coyuntural un 54%, respecto a los totales respectivos. El informe recoge asimismo que la Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias y el convenio colectivo de los trabajadores de la XHUP, establecen que profesionales vinculados a un centro puedan trabajar en otro cuando exista una alianza estratégica. De modo que estos trabajadores desplazados a centros privados se encontrarían “sin amparo legal, además de incumplir la jornada laboral y el horario que les corresponde realizar en las dependencias de la entidad pública”.

¿Qué instrumentos contables pueden registrar estas prácticas? Lo mismo que las de aquellos contratos laborales con facultativos que, no contemplando tal prestación, se desplazan a centros privados de modo que su jornada laboral no se corresponde con sus contratos de trabajo, con las consiguientes consecuencias.

Podemos de nuevo establecer la comparación con los altos cargos. El informe citado detalla precisamente una “incorrecta aplicación de la reducción de las retribuciones del personal directivo”. Debían ser del 8%, el 10% o el 15% en función de la retribución bruta, mientras que se aplicó una lineal del 5%. Para dar a cada cual lo que le corresponde este dato corresponde a 2010, es decir el mandato de Marina Geli. Pero esta misma falta de proporcionalidad se refleja en las compensaciones de diciembre de 2012.

Dirigía ya el buque de Sanidad Boi Ruiz. Ni la justicia ni el Parlamento pusieron coto a las políticas antisociales y a sus malas prácticas. El nacionalismo es un blindaje. Como dijo Pujol, Banca Catalana quedaría en una anécdota. Hay que volver a la literatura, a *Clave K*, donde Margarita Rivière ensambla la normalidad de la ilegalidad y de la corrupción –“sabía cosas, como las prácticas continuadas de sobornos a diversas instituciones y personas, que nunca podría documentar. Sabía de incontables trampas y trapacerías, y había visto a los principales actores políticos dorar la píldora a jueces, periodistas y teóricos defensores de lo público convertidos en adalides de intereses privados, los suyos propios” (p. 269) – con la normalidad de la impunidad. En nombre de la patria pero en realidad de la cartera.

Ni el defensor del pueblo catalán Rafael Ribó, sabía quién le pagó un viaje futbolístico; los demás sabían que en el asunto medió Ramon Camp, ex diputado de Convergència. Ni viajó solo ni viajó ni fue el único viaje de esa naturaleza. Y no hace falta que recordemos su sueldo y su perduración en el cargo. Ribó sigue al volante, como Boi Ruiz, aunque este no en el mismo. Este, en su condición de experto, continúa su labor pedagógica en beneficio de la medicina-negocio bajo el manto legitimador de la teología del mercado. Ruiz es uno de los cuatro autores de *La sanidad no es moneda de cambio* editado por el Círculo de Sanidad (2017); se trata, en sus términos, de una asociación sin ánimo de lucro formada por 20 directivos de las principales empresas proveedoras de bienes y servicios del Sistema Nacional de Salud y cuyo objetivo es crear espacios de colaboración entre todos los agentes que operan en el sistema sanitario, para generar conocimiento que permita avanzar en la mejora de la Sanidad en España. Colocar el término moneda en negativo es sin duda una baza publicística, pero lo que denota no es lo que se espera (que la salud no sea monetizable) sino que la salud en cuanto “pilar del Estado del bienestar no puede estar expuesto a la refriega partidista ni sujeto a los tiempos de la política”, en palabras del presidente en la entidad Ángel Puente, en el prólogo.

Nos interesa la posición de Ruiz (pp. 20-84 y 274-278) en la que distinguimos tres piezas: un excipiente neutral para lo genérico, hojas de parra para el gran público y silbidos de perro para los interesados. En pragmática se llaman hojas de parras las locuciones que se ajustan a lo socialmente aceptable y los silbidos de perro mensajes codificados dirigidos a un público especial, el que sintoniza con el emisor (<https://www.latorredelvirrey.es/bestias-en-forma-humana/>). La contraportada es de gratitud hacia el ex consejero por su compromiso profesional y personal con la mejora de nuestro sistema sanitario.

En su artículo se menciona varias veces Cataluña, pero en ninguna figuran datos comparados que muestren la situación relativa de esa comunidad en el conjunto. Hay para



el gran público frases crípticas con carga de profundidad (“Lo complejo es opaco u oscuro no solo en sí mismo, sino cuando no se conoce suficientemente y no se puede entender”, p. 23; con notables parecidos a las formulaciones de Donald Rumsfeld sobre las diferentes formas de lo conocido y lo desconocido), la apropiación de una inteligencia superior para iluminar las mentes incapaces (“La confusión parece buscar la interpretación primaria del ciudadano pensando que la privatización quiere decir acabar pagando lo que hasta ahora es gratis y al funcionario del sistema, que perderá todos sus derechos, pues será laboralizado y potencialmente “despedible”, p. 25) o la equidistancia ideológica aparente (“Ninguna política es buena o es mala a priori. Ninguna ideología es buena o mala a priori. Son sus resultados para el interés general los que la hacen buena o mala. Dos y dos siempre son cuatro, los sumemos de izquierda a derecha o de derecha a izquierda”, p.80).

Las hojas de parra vienen con el uso de referentes nobles: valores éticos, Estado de bienestar, democracia, colaboración, contribución a la sostenibilidad pública, etc. Los silbidos de perro se encuentran en las referencias a la gestión, la eficiencia, la innovación, el rigor presupuestario (“el mayor enemigo de la sanidad pública es el déficit”, p. 72) y, en general, a la gramática del discurso managerial que se envuelve en el sintagma “colaboración público-privada”, que indefectiblemente reclama reformas sanitarias que conduzcan al sistema en la dirección más favorable para los accionistas; aunque esto no se explicita. De paso algunas píldoras destacables: “Hay que hacer hincapié, en aras del rigor, en que no se puede hablar del derecho a la salud en los términos en que a veces se emplea en el debate político superficial. Nadie puede satisfacer el derecho a la salud. Si alguien pudiera hacerlo tendría en sus manos, permítanme la licencia, la inmortalidad”, p. 45). Y por si quedan dudas de donde están sus lealtades, este argumento a la contra: “Huelga citar ejemplos de corrupción en instituciones totalmente públicas, no precisamente del ámbito sanitario en nuestra reciente historia” p. 59).

Desde luego tenía aquí ejemplos bien próximos que podría haber citado de primera mano. Pero en su aparición en TV 3 en tiempos de pandemia justificó sus políticas, como en 2012 había aplaudido la decisión del copago del gobierno del partido popular. En 2018 pasó a trabajar para el grupo Ribera, el exponente de la colaboración público-privada del modelo Alzira, llamado así por el hospital de Valencia inaugurado en 1999, rescatado por la Comunidad cuatro años después y recontratado después (María Luisa Lores, en *La salud como negocio*, pp. 86 y ss; para una visión desde el lado favorable: G. López-Casasnovas et al. *Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira*. 2017). En todo caso, al final del libro citado, Boi Ruiz deja clara su posición incorporando a su causa elementos que no juegan exactamente en el mismo tablero: “La cooperación público-privada, sea entre las Administraciones y organizaciones mercantiles o no, entre Administraciones y profesionales, entre Administraciones y pacientes o entre todos ellos, será más eficaz que la Administración sola para abordar los difíciles retos a los que se enfrenta para satisfacer el derecho a la atención sanitaria y a la protección de la salud” (p. 278).

Hay que recordar que durante su mandato Boi Ruiz no se caracterizó precisamente por algunas de las cualidades que le servían de hoja de parra en el libro citado. En agosto de 2014 tuvo lugar una concentración de protesta ante el Parlament por el colapso del sistema sanitario. El consejero dijo de los convocantes “que som uns oportunistes polítics i que ens manca ética”. La Plataforma pel Dret a la Salut, le replicaba: “No nos falta ética, nos faltan camas”, y ofrecía unas cifras concretas en sintonía con las del apartado segundo: “Abriendo

las camas cerradas en Bellvitge, Can Ruti y Vall d'Hebron, que son 570, podríamos operar 23.500 pacientes más al año, que casualmente son los que ahora esperan más de 6 meses por uno de los 14 procedimientos con garantía” ([https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/falta-etica-faltan-camas\\_6\\_298930138.html](https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/falta-etica-faltan-camas_6_298930138.html)).

Esta Plataforma nos da pie para concluir el capítulo mencionando a las organizaciones que se movilizaron ejemplarmente en defensa de la sanidad pública. En recuerdo de este paño claro de la sanidad remitimos a la crónica que hace Josep Martí i Valls, uno de los firmantes de la columna recién citada y cuyo nombre no podía faltar en un artículo como este, de “Cinc anys de lluites sanitàries a Catalunya 2011-2015; es decir el grueso del mandato de Boi Ruiz (<http://www.mareablanca.cat/cinc-anys-de-lluites-sanitaries-a-catalunya-2011-2015-historia-de-la-indignacio-la-protesta-la-desobediencia-i-locupacio-a-la-proposta-la-confluencia-i-lassalt-a-les-institucion/>). Allí quedan recogidos los diferentes colectivos que participaron en la respuesta social a los recortes y las privatizaciones y su relativo eco social, habida cuenta de que el vocablo decidir había sido expropiado para otros objetivos.

Conviene destacar, en los efectos colaterales de la doble baraja, que la privatización en Cataluña tuvo un sesgo diferencial que se manifestó en la utilización de la bandera para acallar la reacción social contra ella. En términos de acción colectiva, los grupos que denunciaban las políticas austericidas fueron condenados al ostracismo, estigmatizados por antipatriotas y ninguneados por buena parte de los medios. Igualmente, desde la mística diferencialista se ha despreciado su sintonía con las diferentes movilizaciones que han conocido las CCAA, empezando por Madrid. Pero la historia social tiene la obligación de registrar el conjunto de iniciativas protagonizadas por movimientos, organizaciones, plataformas y colectivos de todo tipo en defensa del carácter público y universal de la sanidad. Y es de justicia reconocer que sin sus movilizaciones, que consiguieron parar algunos de los planes previstos, la sanidad pública catalana estaría hoy peor; y la ciudadanía en general, también. He aquí algunas de las campañas más destacadas contra la privatización:

- La campaña prolongada de *Prou retallades – Basta de recortes*, dirigida contra los recortes de Artur Mas; tuvo un coste político y personal notable para el President.

Logo de la Plataforma Prou Retallades. Basta de recortes  
Nuestros derechos no se tocan.



**PROU RETALLADES !**  
**ELS NOSTRES DRETS**  
**NO ES TOQUEN**

<https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2011/07/15/la-plataforma-prou-retallades-us-convida-a-debatre-els-pessupostos/>

<https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2012/12/14/la-plataformaprou-retallades-en-solidaridad-con-las-movilizaciones-por-la-sanidad-publica-de-madrid/>

<https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2013/01/24/la-plataforma-prou-retallades-presenta-el-seu-memorandum-de-demandes-al-nou-govern-de-la-generalitat/>

- La confrontación por el Repago del Euro por receta, que se implantó en Cataluña y empezaba a aplicarse en Madrid y otros lugares. La campaña consiguió parar la medida y supuso un enorme alivio para la población afectada.

<https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2011/12/21/la-generalitat-vol-fer-pagar-un-euro-per-recepta-a-partir-de-lany-vinent/>

<https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2012/10/10/comenca-una-campanya-dinsubmissio-a-leuro-per-recepta/>

<https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2012/07/11/guies-facils-per-insubmissos-per-no-pagar-leuro-per-recepta-en-catala-i-en-castella/>

- Uno de los planes de Boi Ruiz era la “cesión y venta” del Big Data sanitario, el denominado Proyecto VISC, que anticipaba un enorme filón para las empresas privadas. Lo frenó la movilización social.
- La Marea Blanca de Cataluña, ya citada y configurada a imagen y semejanza de la más veterana y exitosa de Madrid, ha representado un frente omnipresente en todas las luchas posteriores.



El nacimiento de La Marea Blanca en Cataluña (9 de febrero de 2015).

[https://www.eldiario.es/catalunya/Nace-Marea-Blanca-Catalunya\\_0\\_361514300.html](https://www.eldiario.es/catalunya/Nace-Marea-Blanca-Catalunya_0_361514300.html)

- La última iniciativa hasta la fecha ha sido la campaña de la Plataforma social Contra la Ley Aragonés (que permitía el trato mercantil y los mecanismos de consorciación, derivación o entrega, y privatización no solo de la sanidad sino de todos los servicios públicos).

3 de febrero de 2020:  
Termina el recorrido de  
la Ley Aragonés.



<http://www.mareablanca.cat/la-llei-aragones-es-la-de-tractes-amb-les-empreses-per-mercantilitzar-serveis-a-costa-de-les-persones-per-toni-barbara/>

Recordar estas iniciativas no es solo rescatar una parte esencial de la historia es también un ejemplo para arrostrar los tiempos duros que vienen en los que el empuje hacia el lucro sanitario cobrará nuevos bríos, dentro del esquema general de la ortodoxia neoliberal embozada en algoritmos y modelos impostores.

Volvamos del lado de la política de la oferta para rematar. La ejecutoria de Ruiz no es precisamente ejemplar y un balance del sufrimiento causal producido por sus medidas, daría pie para una justicia más sensible a los delitos de cuello blanco que vienen blanqueados por la teología del mercado y la retórica del gerencialismo. Blanqueados y planchados. De modo que no dejan apenas más rastro que el anecdótico, como quería Pujol. Una columna de Gregorio Morán titulada “Pujol o la fascinante impunidad del líder” no pasó la censura para llegar a las *Sabatinas*. Así se escribe una historia asimétrica. Cuenta Margarita Rivièrre (p. 15) que una admiradora había llamado al maestro de los hechos alternativos respecto a Banca Catalana: “inarrugable”. En el remate del panegírico de Rahola a Mas estas palabras de autoencomio: “Arrugas del alma, no tengo ninguna”.

De modo que el balance descrito no ha dejado arrugas perceptibles en sus protagonistas. Les ha salido sustancialmente gratis, pese a los graves costes sociales para muchos. Unos costes que no registra la plantilla tecnocrática de la eficiencia. Es lo que desveló la revelación de Santi Vila: la bandera como lenitivo para los recortes. El modelo sanitario catalán es un claro exponente del modelo social catalán: impecable –inarrugable– gracias al almidonado de los medios afines y la amplia infraestructura de legitimación; profundamente asocial, desigualitario, tras el celofán. En la entrega siguiente nos ocuparemos del presente, de la extraña pareja que forman el virus y los lazos.

**\*\* Rectificación.** En la primera entrega escribíamos: “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”. Cesca Zapater, médica jubilada, activista de la Atención Primaria (AP) a quien agradecemos la nota, nos rectifica así: “La reforma de la AP a nivel del Estado se hizo en 1984, con el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre

estructuras básicas de salud. Y en Catalunya, en 1985, con el Decret 84/1985 de 21 de marzo”.

---

Martín Alonso Zarza es sociólogo, Concha Martín Sánchez, enfermera, Antoni Barbarà Molina, médico y activista social, y Clara Valverde Gefael, enfermera y escritora.