

6. El proceso de privatización en Cataluña. Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalán

*Ramon Serna
CATAC-CTS/IAC*

1. Referencias históricas

En ciertos ámbitos del nacionalismo catalán, es motivo de orgullo la tradición mutualista¹ y, en general, la ilusión de tener una sanidad de alto nivel a pesar de la falta de inversión de la Seguridad Social en centros propios en Cataluña. En 1981, momento de las transferencias, sólo un 10% de los hospitales con un 27% de las camas eran del INSALUD, mientras el resto era concertado, casi exactamente la proporción inversa a la del resto del estado. Era cierto que salía más económico a corto plazo continuar concertando en vez de construir nuevos centros y de paso se evitaba provocar «la ruina» de instituciones y empresas existentes. Pero, como veremos, esto sólo era una excusa para experimentar nuevas formas de gestión.

El objetivo de la Ley General de Sanidad de 1986, a saber, que los Servicios de Salud de las diferentes comunidades autónomas integraran en su seno a todos los centros y servicios que dieran un servicio sanitario público, no era compartido por el «pujolismo» que, aquel mismo año, empezó a constituir consorcios con voluntad de futuro y a «cederles» la gestión de los hospitales que se construían con fondos de la Generalitat. Consorcios (ocho entre 1986 y 1992) que, por el hecho de integrar fundaciones de carácter religioso, mutuas, cajas de ahorros y gobiernos locales en manos de otras fuerzas políticas, y por tanto repartir el pastel de la gestión, consolidaban las «relaciones de confianza y de poder» de las que nos habla Raquel Gallego como esencia del mercado relacional en que se convirtió nuestro «modelo» sanitario.² También se potenció entonces la dirección directa de la sanidad por parte de sociedades anónimas

¹ También como una tradición justificaba un Delegado Territorial del Departament de Sanitat i Seguretat Social, ahora Departament de Salut, las *igualas*, cuotas que los asegurados abonaban a los médicos rurales para tener garantizada una mayor dedicación, al tiempo que el *Sindicat de Metges* (entonces CEMSATSE) las defendía como un complemento salarial necesario. Lo que es una ilegalidad flagrante no ha desaparecido con el gobierno de izquierdas, y con él hemos podido ver cómo un alcalde veta una comisión de servicio a su municipio a un médico de familia por el simple hecho de ser contrario a esa práctica.

² Raquel Gallego Calderón, *Tipus d'agències i estructures pressupostàries: Anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya (BR04/2000). Barcelona, abril 2000.

municipales. Así se dió la gestión del Hospital de Móra d'Ebre al Ayuntamiento de Reus, distante 70 km, el cual constituyó al efecto una empresa que sería uno de los pilares de SAGESSA, grupo sanitario y social que controla nuestras tierras del sur. El actual presidente del Parlament, Ernest Benach, de ERC, presidió varias empresas del grupo cuando formaba parte del gobierno municipal, por lo que no es de extrañar la defensa mayoritaria del modelo dentro de ese partido.

El año anterior a aquella ley, Cataluña ya había hecho su plan de reconversión hospitalaria, o por lo menos la parte que le permitieron las movilizaciones de rechazo,³ y había constituido la XHUP, Red (Xarxa) Hospitalaria de Utilización Pública. Y en 1990 se aprobó, por unanimidad de todas las fuerzas parlamentarias, la Ley de Ordenación Sanitària de Catalunya (LOSC) que, contradiciendo la general de Sanidad (total, era la de Ernest Lluch), consolidaba el sistema de provisión mixta reservando para el «Servei Català de la 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, aspecto éste destacado en un libro que causó gran revuelo en el año 1997.⁴ Esta separación de funciones entre compra y provisión de servicios ha sido puesta en duda, con ánimo de consumarla, por la UCH, patronal de gestores privados en gran parte concertados, porque el SCS es juez y parte. Efectivamente, el SCS participa mayoritariamente en casi todos los consorcios. Para nosotros esta falsa separación simplemente delata al responsable real de toda la actividad sanitaria y pone en evidencia la inutilidad de unos intermediarios que, encima de salir beneficiados, critican porque nunca tienen bastante.

Cataluña escogió pues, con un consenso político difícilmente igualable, un modelo con «una orientación sensiblemente enfocada al reforzamiento del ámbito privado».⁵ Los políticos se aseguraban así puestos de trabajo ante los cambios previsibles en el poder, jubilaciones doradas en fundaciones o su paso a empresas privadas con más posibilidades de negociar con el dinero público.

La fase intensiva de constitución de consorcios fue seguida por la de las empresas públicas (nueve entre 1991 y 1995). Los Bancos de sangre, el transporte sanitario urgente, el diagnóstico por la imagen, los servicios

³ La huelga del hospital de Girona contra la reducción del 10% de la plantilla trastocó los planes oficiales. Iniciada como huelga salvaje, el comité de huelga era la autoridad del hospital, hasta decidía la actividad que se realizaba y la que se aplazaba, y, tras la victoria, se pudo imponer la condición de que no hubiera descuentos. En ella se fraguó nuestro sindicato CATACT-CTS.

⁴ *Les tendències de l'evolució de la Sanitat a Catalunya*, Polítiques 18, Editorial Mediterrània, Equip Estudis, 1997. Editado con la participación de los sindicatos que luego constituyeron CATACT-CTS/IAC.

⁵ Raquel Gallego, Ricard Gomà y Joan Subirats, *Els règims autonòmics de benestar*, Institut d'Estudis Autonòmics, Generalitat de Catalunya, UAB, 2002; análisis de 20 años de políticas y gestión pública en las comunidades autónomas con más alto nivel competencial.

dependientes de las diputaciones... pasaron a gestionarse total o parcialmente por empresas que recibían al 100% dinero público pero que se regían por el derecho privado. El personal estatutario, o funcionario, que quería continuar en esos servicios tenía que laboralizarse, con una reserva de 3 años de su plaza de origen. Esta fase ha culminado tardíamente con la transformación del Instituto Catalán de la Salud (ICS, hijo catalán del INSALUD) en empresa pública, por ley de 30 de julio de 2007 aprobada por unanimidad en el Parlament. Pero podemos estar tranquilos: CCOO, UGT y el Sindicato de Médicos se sientan en su Consejo de Administración. Hay que aclarar que aquí no ha sido necesaria la laboralización del personal. Laboralizar de golpe a casi 40.000 personas hubiera entorpecido el objetivo principal que no es otro que hacer permeable la institución a nuevas formas privadas de gestión con los correspondientes beneficios... privados.

2. El ánimo de lucro

El golpe de gracia a la unificación de los servicios sanitarios lo dió la reforma de la LOSC del año 1995 con la aceptación del ánimo de lucro en la gestión de la sanidad pública. Aprobada por todo el parlamento excepto por ICV, a los dos años encontraría eco a nivel estatal al aprobarse la Ley 15/97, también con el voto socialista.

Es entonces cuando el gobierno convergente empieza a impulsar iniciativas de innegable privatización de la atención primaria como las que, malintencionadamente, se llaman Entidades de Base Asociativa (EBAs), en teoría constituídas por los y las profesionales de un Equipo de Atención Primaria (EAP) para gestionar un Área Básica de Salud (ABS), con una población de entre 5 y 40.000 habitantes según las zonas. En realidad era una parte minoritaria de los Equipos de Atención Primaria la que, con el soporte de la Administración y de los colegios de médicos, creaba una Sociedad Limitada que pasaba a contratar al resto del equipo, poniendo todos los medios a su alcance para que se trasladara el personal estatutario o funcionario que tenía plaza allí. Su carácter cooperativo queda también en entredicho si contemplamos tres de las EBAs de Barcelona ciudad: una gestiona dos ABS y otras dos tienen un mismo administrador. Los beneficios de la Administración a estas nuevas formas de gestión han llegado al descaro de seleccionarles los pacientes, modificando el ámbito territorial de alguna de ellas, pasando a otra área la zona con población de menos poder adquisitivo, la que con toda seguridad no sabría valorar servicios adicionales como la acupuntura o las flores de Bach.

Con la llegada del Gobierno Tripartito, se dejaron de constituir EBAs. El ICS, con la supuesta libertad de gestión que le da el hecho de ser Empresa Pública, está iniciando experiencias «de autogestión» en su propio seno, podría pensarse

que para evitar la proliferación de más EBAs. En total hay actualmente en Cataluña unas 365 ABS, de las cuales 79 son gestionadas por fórmulas diferentes al ICS. Las famosas EBAs, en realidad sólo son 10 que gestionan 12 ABS. Las otras 67 son gestionadas: 23 por consorcios, 18 por fundaciones, 14 por institutos o sociedades anónimas creadas por ayuntamientos, siete por empresas públicas de la Generalitat y seis por la Mutua de Terrassa. Mientras se escribe esto, 150 médicos han pedido a la Consejera que se vuelva a abrir la veda de las EBAs y ya se oye que la próxima toca en Igualada. Conscientes de que el personal facultativo de atención primaria que defiende la sanidad pública es superior en número a los que se consideran élite con derecho a negociar con la salud, vamos a solicitar firmas para que nunca puede decirse que son los médicos en general quienes reclaman este tipo de experimentos.

El hecho de haber precedido al resto del Estado tanto en la legislación como en la puesta en práctica de modelos privatizadores tan diversos, coincidiendo con el cansancio de tantos años de un gobierno de derechas, ha proporcionado en Cataluña la sensación de inmunidad ante las fórmulas privatizadoras del PP. Y así, a pesar de las advertencias de nuestro compañero del CAPS Albert Ferrís⁶ en marzo de 2005, ha pasado desapercibida la adjudicación del Hospital Comarcal del Baix Llobregat a la alianza empresarial formada por La Caixa, Aguas de Barcelona, ACSA, TEYCO y EMTE según el «modelo inglés».⁷ Que la cantidad de servicios objeto de arrendamiento, a 30 años, no alcance los niveles de Madrid, no invalida que Güemes pueda escudarse en que los socialistas están haciendo lo mismo que él, ni disculpa la maniobra de ocultación en Cataluña. Así hay que considerar vergonzosas las palabras de Carme Figueres, entonces Consellera del Gobierno Maragall, dando todos los detalles, excepto los del mecanismo de financiación, del «primer hospital que construye el Gobierno catalanista y de izquierdas de la Generalitat». Y no es el último. El gobierno catalán ha aprobado al menos dos convenios «de colaboración» con el todopoderoso Consorci Hospitalari de Catalunya que han acabado dándole (2008) una concesión administrativa para la construcción de un gran complejo asistencial en las antiguas Cotxeres de Borbó. De hecho, el Consorcio ya había contratado asesoramiento para sacar a concurso el proyecto en el año 2004, anticipándose a todo tipo de acuerdos, hecho que nos habla de su poderío que más adelante comentamos.

3. El neoliberalismo en la sanidad y el negacionismo de la privatización

⁶ Albert Ferrís Pellicer, «Alertes en defensa de la sanitat pública catalana», Butlletí CAPS núm. 29, marzo del 2005; disponible en <http://www.matriz.net/caps2/butlleti294.htm#q1>.

⁷ TEYCO y EMTE, que forman parte del Grupo Sumarroca, apellido íntimamente ligado al inevitable Jordi Pujol, se han aliado recientemente (<http://www.expansion.com/2008/06/19/empresas/1136787.html>) con Bovis, grupo australiano que gestiona en el Reino Unido 10 hospitales y cerca de 500 colegios en régimen de concesión.

Como vemos, Cataluña no es ajena al proceso general de neoliberalismo. Al contrario, cuenta con penosos líderes ideológicos que contribuyen a difundir la doctrina con citas meridianamente claras como «en sanidad, no todo el mundo tiene las mismas necesidades». Es aquello de que la gente de clase alta tiene la piel más fina. Por lo tanto, hay que obstaculizar el abuso de los plebeyos mediante copagos, medida que se podría complementar con la que en 1993 propuso el Consejero Trias: 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 la beneficencia de los pobres.

En 1991, Vicenç Navarro elaboró una respuesta airada al Informe Abril Martorell que propugnaba el copago.⁸ Pero ni las valoraciones de este estudioso que los socialistas utilizan como reclamo ni las recomendaciones de la Comisión de Expertos, constituida para informar sobre el financiamiento de la sanidad, que no lo recomendaba a pesar del gran peso que en ella tenían los intereses privados, frenan a la ilustrísima Marina Geli que sigue insistiendo en el problema de la financiación e incitando rocambolescas y discriminatorias propuestas de copago de las patronales. En Italia fue un gobierno de centro-izquierda el que lo instauró y ella no quiere ser menos. CiU llevaba más de 10 años intentando la conversión del ICS en empresa pública, cosa que para ella, arropada por un supuesto gobierno de izquierdas, ha sido coser y cantar. Es aquello de que la izquierda hace lo que no se atreve a hacer la derecha.

De hecho, el copago se va extendiendo tímidamente. Se ha pasado de la ya lejana abolición de determinados servicios hoteleros en los hospitales (agua embotellada, televisión colectiva...) a tener que llamar a un 902 para concertar visita con tu médico/a de familia, ahora que las tarifas planas se han extendido, y contribuir así al pago de la empresa encargada del servicio. Se paga el precio público marcado por la ortopantografía que te pide el dentista, por el simple informe médico no oficial que necesita un niño para hacer una actividad deportiva, una abuela para ir a un balneario o un ciudadano para presentarse a bombero voluntario.

La subcontratación es una pieza básica del modelo. Para subcontratar los servicios auxiliares se emplearon argumentos pueriles, como decir que «nosotros» (un nosotros que son ellos, los gestores, pero donde nos quieren incluir a los sanitarios en general para hacernos cómplices) sólo entendemos de sanidad, del «núcleo duro del negocio», y que son las empresas de hostelería las que se tienen que encargar de los cuidados hoteleros... Esta teoría, acompañada de un presupuesto bajo del que la empresa subcontratada ha de obtener beneficios, sólo da para subcontratar, a través de ETTs, a personal inexperto, y

⁸ «Es sorprendente que un gobierno socialista con una mayoría parlamentaria constituya una comisión, las recomendaciones de la cual se oponen tan claramente a la tradición socialdemócrata de reforzar y ampliar el Estado de bienestar o Estado social», decía.

para comprar productos de cocina o de limpieza de baja calidad. Además, se empezaron a crear empresas expresamente para ser contratadas, sin ninguna experiencia previa, tal y como también denunciábamos en nuestro estudio de 1997.⁹

Extendida a los servicios sanitarios en un marco de estímulo de la competencia, y al margen de anécdotas como la contratación de una ambulancia sin los debidos permisos o la de un médico que no tenía el título de médico pero sí el de ladrón, ha llevado a problemas más graves. Con el objetivo de acaparar actividad o demostrar un poder resolutivo que no corresponde, gestores de la entidad adjudicataria han actuado temerariamente, tomando medidas que retardaban el traslado de pacientes a los hospitales de referencia y persiguiendo hasta el exterminio, con claros ejemplos de *mobbing*, al personal responsable que se resistía. También, gestores del ICS con intereses en otra adjudicataria, además de dedicar a ésta el tiempo que les pagaba el ICS, empleaban las mil y una argucias para favorecerla, entre otras, citar a los pacientes gratuitamente en la empresa subcontratada «para no tener que esperar en las colas del ICS». Te hacían saltar la doble lista de espera gratis. Luego pagaba el CatSalut.¹⁰

4. En busca del pelotazo

El último escándalo saltó a finales del 2008, cuando el CatSalut adjudicó 129 de los 211 millones de euros destinados a oxigenoterapia ambulatoria a Oximeplus, a un precio sensiblemente superior a otros ofertantes que ya habían sido contratados previamente y no habían recibido quejas. Una empresa con sede en Jaén, que, además de no tener experiencia, acumulaba pérdidas de gestión, pero que curiosamente tiene como apoderado a Salvador Doy, que había sido gerente del ICS y luego subdirector del CatSalut, aspecto éste no destacado por los medios de información generales. Finalmente Oximeplus renunció a parte de los lotes adjudicados. A alguien se le había ido la mano.

A pesar de que a menudo no trasciendan, en Cataluña existen múltiples casos de este fenómeno, conocido como de la «puerta giratoria». Así, entra en esta lógica del sistema que MGO, filial de Agrupación Mutua (presidida y descapitalizada por el mismísimo Millet del Palau de la Música), reciba adjudicaciones para hacer revisiones médicas a los Mossos de Escudra a pesar de, o precisamente por, tener como miembro de su Consejo Asesor a Xavier

⁹ Oriol Ramis, Jean-Pierre Malé, Ignacio Merediz (Equip Estudis). *Les tendències de l'evolució de la Sanitat a Catalunya*, Polítiques 18, Editorial Mediterrània, 1997. Editado con la participación de los sindicatos que luego constituyeron CATACT-CTS/IAC.

¹⁰ Más ejemplos en la revista CATACT-CTS, especialmente en el núm. 11, página 7: <http://www.pangea.org/iac/sanitat/catacrak/set01.pdf>.

Pomés, que había sido «Conseller» primero del Departament de Salut y después del de Gobernación, del cual dependen los Mossos. Tampoco parece motivo de escándalo que Ramon Bagó, que primero había sido Director General de Turismo y luego gran magnate del Grupo Shers (hostelería y turismo), haya estado al frente del Consorcio Hospitalario de Cataluña desde su creación hasta su jubilación, el pasado año.

En cuanto a proyectos faraónicos de la iniciativa privada que se han tenido que salvar con fondos públicos, cabe citar el del Hospital Oncológico, iniciativa fracasada de la Asociación Española contra el Cáncer que seguiremos pagando durante 30 años para mantener un actual hospital «Duran i Reynals» absolutamente infrautilizado, y el Hospital General de Catalunya, proyecto de un grupo de personalidades ligadas a la naciente «Convergència Democràtica de Catalunya» (partido de Pujol, el mayoritario de los dos que componen CiU), que fue inaugurado en el año 1983 como símbolo de la sociedad civil catalana y de su «proyección hacia Europa». Hizo que quedaran en nada las aportaciones de los 76.000 socios que consiguió y en 1993 presentó su primera suspensión de pagos. Con avales de la Generalitat que nunca devolvió y con jugosas adjudicaciones de servicios sanitarios, fue comprado por una filial de IDC, principal proveedor global de inteligencia de mercado según propia definición, que en 1998 se integraba en Capiro, multinacional que hoy mantiene las adjudicaciones sin formar parte de la XHUP. Mucha mentalidad faraónica hay también en los proyectos de convertir Cataluña en un clúster de salud y es de esperar que el gobierno deje de alimentar proyectos que fomentan el turismo sanitario como objeto de negocio.

Otros ejemplos serían el escándalo Roma, en 1995, cuando Jaume Roma dimitió de su cargo de Consejero de Obras Públicas por su relación con una empresa que recibía adjudicaciones del SCS del cual había sido director general, o los continuos fraudes de las mutuas, por ejemplo, el de La Alianza, intervenida en 2002 por doble facturación y otras irregularidades, y el más reciente de la Mutua Universal acusada por la Fiscalía Anticorrupción de estafar a la Seguridad Social 219 millones de euros entre 1990 y 2007.

En cuanto a las nuevas formas de gestión, si ya el informe de fiscalización de Logaritme, la empresa creada por el ICS para llevar su logística, denunciaba un total de 22 irregularidades, la reciente fiscalización de SEMSA, empresa pública del transporte sanitario urgente, delata 32 «incorrecciones». Entre ellas, destacan los pagos injustificados a la UTE formada por la multinacional argentina IHSA y la empresa «Consultoria i Gestió» del CHC (Consorci Hospitalari de Catalunya) por cuanto nos da idea, por una parte, del real papel evangelizador del Consorcio en Iberoamérica, y por otra de que ni la codicia ni la incompetencia de estas empresas mixtas tienen límite.

5. El llamamiento a la iniciativa privada

El llamamiento efectuado por el gobierno a la implicación del sector privado y de las cajas de ahorro en particular por la insuficiencia de recursos de la sanidad oficializa la simbiosis entre los poderes públicos y los fácticos. La «colaboración» (el gobierno «de izquierdas» ha enfatizado este término en detrimento de la competencia, aunque la diferencia no se visualice) de La Caixa en la financiación de la sanidad se produce, como la de otras entidades financieras o empresariales, en múltiples ámbitos. Y no es una colaboración gratuita. No hace falta poner en duda la transparencia de las adjudicaciones de contratos para señalar la casualidad de que se pida específicamente la colaboración a una entidad que resulta ser la adjudicataria de la gestión del Plan de Pensiones de los empleados públicos de la Generalitat, en el cual, con la adhesión de otras administraciones y empresas públicas, ya entran anualmente más de 30 millones de euros en Cataluña y, a 30 de junio de 2009, presenta unos derechos consolidados de 145 millones de euros.

Y si hablamos de simbiosis es para poner un ejemplo que nos orienta sobre los circuitos de este tipo de colaboraciones: llega el cambio político y con él se introducen nuevos cargos de confianza que, en algunos casos, responden a necesidades reales. Pongamos por caso que un nuevo Delegado Territorial confía en una persona concreta para elaborar un plan de inmigración y salud. Hace tan bien el esquema y su aplicación que el plan se toma como referente para el Plan Director de Inmigración del Departamento de Salud para Cataluña. Es entonces cuando llega La Caixa con dinero o, lo que es lo mismo, con poder de decisión. En el marco del correspondiente convenio de «colaboración», presenta un proyecto de financiación de un curso de formación de mediadores culturales en el cual la remuneración a las dos personas responsables es totalmente desproporcionada con las irrisorias cantidades destinadas a las necesidades formativas del curso. Nuestra persona, miembro del comité pedagógico y del equipo del Plan, critica el proyecto y rechaza la remuneración que se le asigna alegando que su trabajo en el desarrollo del programa ya viene remunerada con su cargo. Automáticamente, y coincidiendo con la dimisión de aquel Delegado Territorial, se ve apartado primero de sus funciones de asesor del Plan y del curso y finalmente substituido en su propia región sanitaria por su adjunta, casualmente la mujer de un Secretario General, casualmente de ICV.

A principios de 2003, un informe de ERC revelaba que 46 organismos autónomos y empresas públicas llegaron a pagar a cargos de la Generalitat un total de 1.400.000 euros en el año 2001 en concepto de dietas y asistencia a reuniones. Desgraciadamente, pagos desproporcionados de este tipo, que por lo menos dejan contentos los estómagos, también son una forma de comprar silencios a las personas que teóricamente nos tienen que representar y exigir un control hoy inexistente.

6. Los 37 Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)

El «Informe sobre Buen Gobierno y Transparencia Administrativa» que encargó el nuevo gobierno de izquierdas de la Generalitat, recomendaba, en julio de 2005, «la adopción de un criterio drásticamente restrictivo a la hora de constituir nuevas empresas y consorcios públicos, evitando la proliferación de unas y otros, la burla del control administrativo que facilita el “maquillaje” contable-financiero y provoca que se diluyan en él las responsabilidades políticas».¹¹ Pero en marzo de 2006 salía el Decreto que regula la creación de los nuevos consorcios de «Governs Territorials de Salut», nuevos ámbitos de gobierno descentralizado de la sanidad, que finalmente serán 37 y de los cuales, en octubre de 2009, ya están constituidos 31. A pesar de ser creados teóricamente para favorecer la participación en las decisiones, nacen con un Consejo Rector donde la participación de cada ayuntamiento es ínfima y han de tener una Comisión de Coordinación de Entidades Proveedoras en la que éstas se repartirán ordenadamente el pastel presupuestario que dé al GTS el sistema capitativo. Por último, el Consejo de Salud, como veremos, recogerá una participación inútil si no ponemos remedio.

El reciente Plan de Innovación de la Atención Primaria introduce en los GTS los Consejos Sanitarios Locales, formados por profesionales. ¿Una imprevisión del decreto? Pues como tantas. Ante la estupefacción de los/las trabajadores sociales, tampoco está prevista la participación de ningún órgano del Departamento de Bienestar Social, cuando está definido que los GTS decidirán en temas de atención social.

Los GTS, que tampoco coinciden con ninguna de las divisiones territoriales administrativas actualmente existentes en Cataluña, se publicitan en el momento en que se constituyen, pero después pasan a la sombra y es difícilísimo hacer su seguimiento (aunque en ésas estamos).¹² Así, otra de las constantes del modelo es la opacidad informativa, ahora acrecentada en la medida en que el CatSalut hace dejación en los proveedores y en los entes locales de aspectos tan básicos como la información; también, porque, como nos ha enseñado Raquel Gallego, en el modelo catalán, una cosa es lo que legislan, otra lo que dicen que han legislado y otra lo que hacen, antes y después de legislar.

El gobierno, o quien mande, descentraliza pero no pierde el control. Sabe perfectamente que ni son los gerentes ni son los alcaldes quienes dirigen la

¹¹ *Informe sobre bon govern i transparència administrativa*. Departament de la Presidència. Generalitat de Catalunya. 01/12/2005, Barcelona.

¹² CATAAC-CTS tiene previsto inaugurar en noviembre de 2009 un Observatorio que permita y fomenta el control de los GTS y del proceso de privatización de la sanidad en Cataluña por parte tanto de trabajadores y trabajadoras del sector como de la población en general.

sanidad¹³ aunque le guste dar esa imagen de participación. El modelo se mueve en esa contradicción interna. Pero, ¿quién manda en realidad? Constituido formalmente en 1983 (funciona desde 1979) como emblema de la participación de los poderes locales en la gestión de la sanidad, el Consorci Hospitalari de Catalunya,¹⁴ conglomerado de hospitales consorciados y de los ayuntamientos que en ellos participan, se fue convirtiendo en un holding empresarial que, además de exportar modelos de privatización a América Latina (como hemos visto antes), está gobernando la sanidad de Cataluña desde la sombra. Si su gerente, también socialista, era la alternativa a Marina Geli, el tiempo está demostrando lo que ya nos temíamos, que en realidad es el Consorcio el que gobierna. No sólo por cuanto la Geli se rodeó en la Consejería de hombres del CHC sino porque todos los estudios en que se basa el proceso de constitución de los GTS los ha hecho y los sigue haciendo el CHC. Fue, por ejemplo, el CHC y no la Conselleria el que pactó con las dos representantes de los ayuntamientos, de la Asociación Catalana de Municipios, dominada por el PSC, y de la Federación de Municipios de Cataluña, tendencia CiU, las reglas de distribución de los votos de los ayuntamientos en los consejos rectores de los GTS.

7. El mito de la participación

Otras dos constantes del modelo han influido en el hecho de que no haya habido una respuesta ciudadana a un proceso tan perjudicial para la salud. Por un lado el negacionismo de la privatización practicado tanto por la derecha convergente como por «la izquierda»; el mantenimiento pueril de que, por el hecho de ser financiada con dinero público y ser controlada por los poderes públicos, una empresa se ha de considerar pública, en paralelo a la percepción por parte de la población de una atención similar con independencia de la entidad gestora y sin demasiados elementos para comparar. Por otro lado, factores como la automoderación de las ambiciones (aunque no sea ésta una característica fácil de ver en la actual consejera), la lentitud en la aplicación de los cambios, los muchos entretenimientos palaciegos llenos de opacidad.

Pero entremos en ese otro mito del modelo, el de la participación. Ya hemos visto que la de los ayuntamientos viene a ser puramente presencial, y por lo que respecta a la ciudadana, si ya desconfiábamos de la participación de los dos

¹³ Joan Gené, «Alcaldes y gerentes no deben liderar la sanidad», *Diario Médico*, 18 de febrero del 2009.

¹⁴ Como podemos ver en su web, www.chc.es, a partir de septiembre pasará a llamarse, de manera gradual, Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya (Consorci de Salut i Social de Catalunya a efectos de marca). Lo hace aconsejado por la escuela de negocios ESADE, sin duda para entrar más de lleno en el creciente mercado de la atención social.

grandes sindicatos, que nada aporta por cuanto nada informan de su presencia en gran cantidad de consejos de gobierno, de administración y de participación y nada combaten, ahora hemos de desconfiar también de la selección que el gobierno está haciendo de otros «actores sociales», por los ejemplos que tenemos. Los estudios para escoger las asociaciones más representativas en diez de estos gobiernos, que nos costaron 100.000 euros, permanecen escondidos por la tendenciosidad de sus conclusiones. Más baratos, aunque tampoco confiamos en ver su resultado, se han adjudicado recientemente los estudios para otros 14 gobiernos. Pero más barato y democrático sería que dejaran a la población organizarse como las AMPAs de las escuelas y que las reuniones de los consejos rectores de los órganos que llaman públicos fueran realmente públicas, como en Noruega, como en nuestros ayuntamientos. Mientras tanto, el ICS ha designado para representar a los usuarios a Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes (y del catalán, y del europeo), de la Fundación Biblioteca Josep Laporte y del montaje que representa la Universidad de los Pacientes. Hay que leer a Miguel Jara¹⁵ para tener una idea de la fuerte mediatización que las transnacionales farmacéuticas ejercen sobre este foro y sobre muchas de las asociaciones de pacientes que se cobijan en el mismo. Desde luego, no hay como «trabajar» con la bendición del sistema.

Igualmente ha sido plenamente integrada por el sistema la Coordinadora de Usuarios de la Sanidad, que nunca ha contado con afluencia de socios pero sí con suculentas subvenciones. En marzo de este año, organizó una mesa redonda donde se pudieron oír las voces del sistema mientras se cortaban las intervenciones del público detractor. Mientras, el papel representativo reconocido oficialmente a las Asociaciones de Vecinos que se reúnen en la Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública, en la que además participan regularmente el sindicato CATACT-CTS, la ACDSP, ATTAC y miembros del CAPS y adicionalmente otras entidades, la única que daba respuestas colectivas puntuales, es mínimo.

No obstante, están surgiendo importantes iniciativas que auguran que, así como un día la población de Cerdanyola consiguió paralizar la privatización de su ABS, ahora conseguirá, con las poblaciones colindantes, el hospital que hace tiempo que esperan. Iniciativas como la Legislativa Popular que ha conseguido comprometer al Parlament en la puesta en marcha de unidades de atención a la Fatiga Crónica y a la Fibromialgia, como la plataforma «Derecho y Defensa de los Servicios Públicos» que, con el lema «Servicios públicos, beneficios privados», está organizando actos de concienciación y como «Dempeus per la sanitat pública». Nos falta unir fuerzas y lanzarnos al ataque. Motivos, los hay.

8. Conclusión

¹⁵ Miguel Jara, *Traficantes de Salud*, Icaria, 2007.

Podemos concluir que los cambios realizados por «la izquierda» en el modelo sanitario catalán, lejos de frenar el proceso de privatización, están implementando fórmulas neoliberales que «la derecha» no se había atrevido a poner en práctica, favoreciendo la obtención de beneficios privados con dinero público. La connivencia de las autoridades públicas, y la renuncia a los principios (si alguna vez los tuvieron), se explica porque salen personalmente beneficiadas al formar parte de las redes creadas de cargos y privilegios público-privados. Todo ello sin que se demuestre una mayor eficiencia o rentabilidad del servicio y con una llamada engañosa a la participación, en cuanto que sólo se da voz a quienes no atacuen el modelo. Seguiremos denunciando las irregularidades y corrupciones que caracterizan a esta forma de gestión partidista-privada en un terreno tan importante para la vida y la justicia social como es la sanidad. En nuestras manos está agruparnos para dar las respuestas contundentes que se necesitan.