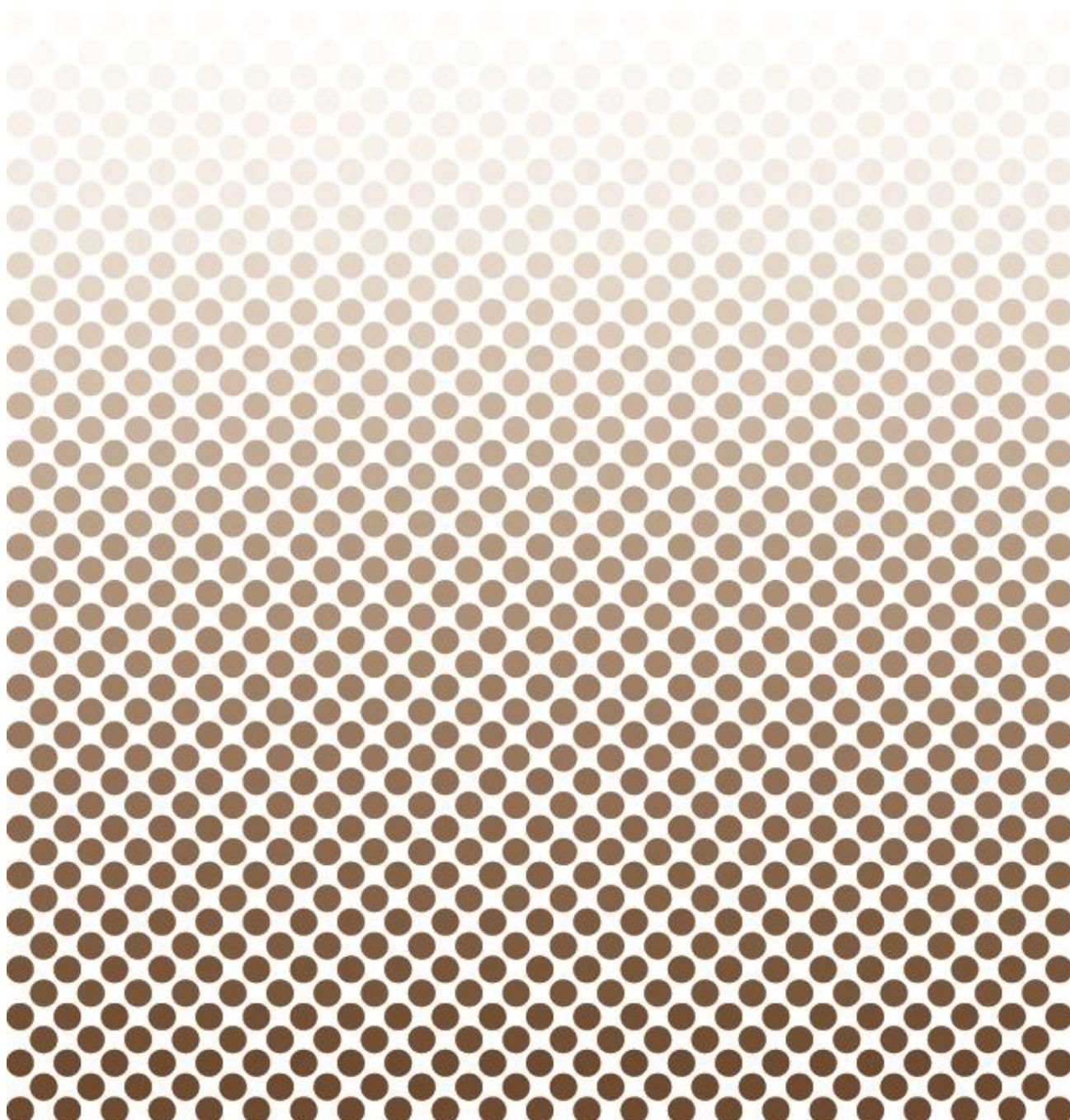


**Oficina Antifrau  
de Catalunya**



**La experiencia de la Oficina  
Antifraude de Cataluña en  
la lucha contra el fraude y  
la corrupción en el sector sanitario**





Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada: no se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

Imágenes:

Oficina Antifraude de Cataluña

Este estudio, que recopila la experiencia acumulada por la Oficina Antifraude de Cataluña en el análisis y la investigación de casos concretos de presunto fraude y corrupción en el ámbito sanitario, fue elaborado a instancias de la European Healthcare Fraud and Corruption Network (Red Europea contra el Fraude y la corrupción en la Sanidad), como aportación en el marco más amplio de una recopilación de experiencias y buenas prácticas nacionales relativas a los riesgos generales y las vulnerabilidades a la corrupción en los servicios públicos de salud en los niveles regionales y locales. A partir de las aportaciones de 18 países, la EHFCN elaboró, a finales de 2018, un documento de síntesis destinado a uno de los proyectos del MENA-OECD Governance Program (Programa de Gobernanza para Oriente Medio y el Norte de África de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).

**Oficina Antifraude de Cataluña:**

C/ Ribes 1-3  
08013 Barcelona  
93 554 55 55

<https://www.antifrau.cat>  
[bustiaoac@antifrau.cat](mailto:bustiaoac@antifrau.cat)



# Índice

|   |    |
|---|----|
| La experiencia de la Oficina Antifraude de Cataluña en la lucha contra el fraude y la corrupción en el sector sanitario ..... | 3  |
| El contexto nacional .....  | 3  |
| Las acciones: análisis de casos .....   | 10 |
| Conclusiones extraídas y análisis DAFO .....  | 17 |
| Sigüientes pasos y conclusiones .....   | 21 |
| Biografía del autor .....   | 22 |



# La experiencia de la Oficina Antifraude de Cataluña en la lucha contra el fraude y la corrupción en el sector sanitario

Una correcta comprensión de lo que se expone en este documento requiere una breve explicación sobre el modelo sanitario de Cataluña, que presenta históricamente significativas singularidades respecto al contexto español, y sobre la Oficina Antifraude de Cataluña.

Empezaremos con una breve presentación de la Oficina Antifraude, su misión y función, sus aspectos operativos y sus limitaciones; a continuación, destacaremos las principales características del modelo sanitario de Cataluña. En este contexto, en la segunda parte de este documento, analizaremos los casos más significativos relacionados con la sanidad que han sido tratados por Antifraude, señalando los antecedentes de hecho, las acciones emprendidas por la Oficina Antifraude de Cataluña y los resultados alcanzados. Después expondremos las conclusiones generales y las recomendaciones extraídas de esta concreta experiencia. Estas conclusiones, aunque fueron presentadas por el director de la Oficina Antifraude en una Comisión Parlamentaria sobre el Modelo Sanitario Catalán en julio de 2013, continúan siendo relevantes y útiles. Finalmente, acabaremos con unas reflexiones sobre la evolución deseable del modelo sanitario que incorpore las lecciones extraídas de nuestra experiencia.

## El contexto nacional

---

### 1. La Oficina Antifraude de Cataluña

La Oficina Antifraude de Cataluña, que muy pronto cumplirá una década de existencia, es una institución autonómica independiente, creada por una ley del Parlamento de Cataluña —Ley 14/2008, de 5 de noviembre, de la Oficina Antifraude de Cataluña (LOAC)—, como ente de derecho público con personalidad jurídica propia y con plena capacidad de obrar, cuya misión es, en general y sintéticamente —enseguida volveremos sobre este punto—, **prevenir y combatir el fraude y la corrupción en el sector público catalán.**

Siendo esta su principal misión, un aspecto clave de la configuración jurídica de la Oficina Antifraude es su independencia en relación con el sector público, que es el sujeto sobre el que actúa y al que va destinada su actividad. Esta independencia está garantizada por una serie de factores:



- a. Antifraude solo responde ante el Parlamento de Cataluña, a través de una comisión específica y mediante un informe anual. La Oficina no depende ni está controlada por el Gobierno catalán ni por ninguna entidad u órgano de su Administración.
- b. El director de la Oficina Antifraude es nombrado por el Parlamento, por un periodo no renovable de nueve años; la persona que ocupa el puesto directivo está legalmente protegida de toda revocación arbitraria y selecciona y nombra al personal de la Oficina.
- c. La Oficina Antifraude de Catalunya posee autonomía presupuestaria.
- d. La ordenación y el funcionamiento de la Oficina Antifraude están regulados, principalmente, por la mencionada LOAC y por la normativa interna aprobada por el Parlamento de Cataluña.

Antifraude inició su actividad en septiembre de 2009 y culminó la contratación de su personal —alcanzando una configuración que permanece prácticamente invariable desde entonces— en septiembre de 2010.

La misión y las funciones de la Oficina Antifraude están definidas en los artículos 1.2 y 3-7 de la LOAC. Como hemos señalado previamente, las funciones de la OAC están centradas, principalmente, en la prevención —actividad proactiva— y la lucha —actividad reactiva, normalmente desencadenada por denuncias presentadas en la Oficina— contra lo que se podría denominar corrupción no penal. A continuación, desarrollaremos este concepto.

Como punto de inicio hemos de partir del hecho de que no existe una definición general de corrupción como delito en el Código Penal español; existen diferentes tipos penales específicos en el Código Penal, estrechamente relacionados con la idea de corrupción, a modo de concreciones de dicho concepto general: cohecho, tráfico de influencias, malversación, etc.

En consecuencia, si consideramos una definición amplia de corrupción **como cualquier abuso de un cargo público o de recursos públicos** —en el más amplio sentido de la palabra recursos: financieros, evidentemente, pero también de información, de posibilidades posicionales de acción, etc.— **para conseguir una ganancia o beneficio privados**,<sup>1</sup> esta definición dibuja un amplísimo perímetro que incluye no solo los tipos penales relacionados con la corrupción anteriormente mencionados, sino también una gran cantidad de hechos, acciones o situaciones que no se podrían subsumir en aquellos tipos penales —sujetos, en principio, a una interpretación restrictiva—, pero que se ajustan fácilmente a esa amplia definición

---

<sup>1</sup> En el *Informe Anticorrupción de la UE* de 2014 (COM (2014) 38 FINAL) se incluye una definición muy precisa de *corrupción*: «De conformidad con los instrumentos jurídicos internacionales, el presente informe define la corrupción en sentido amplio como cualquier “abuso de poder para obtener réditos privados»». Este informe está disponible en: <https://goo.gl/5Mznoc> [septiembre 2018].



de corrupción: conflictos de interés, mala gestión de recursos públicos, irregularidades o infracciones administrativas, etc..

La Oficina Antifraude investiga, pues, hechos, acciones o situaciones de corrupción no penal.<sup>2</sup> Sin embargo, por razones constitucionales,<sup>3</sup> Antifraude no puede investigar hechos que pudieran ser considerados delitos según las definiciones legales del Código Penal español. Esto queda claramente establecido en el artículo 7.2 de la LOAC: «La Oficina Antifraude no puede cumplir funciones correspondientes a la autoridad judicial, el Ministerio Fiscal y la policía judicial, ni puede investigar los mismos hechos que sean objeto de sus investigaciones. En el supuesto de que la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal inicien un procedimiento para determinar la relevancia penal de unos hechos que constituyan a la vez el objeto de actuaciones de investigación de la Oficina Antifraude, esta debe interrumpir acto seguido dichas actuaciones y aportar inmediatamente toda la información de que disponga, además de proporcionar el apoyo necesario a la autoridad competente».

Desde una perspectiva operativa, esta previsión legal ha sido implementada a través de un convenio entre el director de la Oficina Antifraude y la Fiscalía Superior de Cataluña, firmado el 15 de diciembre de 2010, en el que se establece un marco general de colaboración entre ambas instituciones; este convenio de colaboración se amplió recientemente con la firma, el 25 de julio de 2018, de un nuevo convenio de colaboración entre el director de la OAC y la Fiscalía General del Estado.

Finalmente, cabe señalar que, conforme al artículo 2 de la LOAC, el ámbito de actuación de Antifraude es:

- a. el sector público de Cataluña, integrado por:
  - i) la Administración de la Generalidad de Cataluña, incluidos los organismos y entidades públicos dependientes de la misma, así como las empresas públicas;
  - ii) la administración local, respetando el principio de autonomía local constitucionalmente proclamado; y

---

<sup>2</sup> Puede hallarse una explicación más detallada de este concepto de *corrupción no criminal*, basada en algunos casos analizados en este documento, así como una descripción mucho más detallada de la OAC, en el artículo del autor *La Oficina Antifraude de Cataluña, una estrategia diferente en la lucha contra la corrupción*, publicado en el núm. 3 (marzo 2017), de la revista *Actualidad Administrativa*.

<sup>3</sup> Siendo España un Estado con una estructura territorial quasi-federal, el Parlamento nacional posee competencia legislativa exclusiva en materia de Administración de Justicia (artículo 149.5 de la Constitución Española), legislación penal y penitenciaria y legislación procesal (artículo 149.6 de la Constitución) y seguridad pública (artículo 149.29 de la Constitución). En consecuencia, un Parlamento autonómico como el catalán carece de competencias para configurar la OAC como una institución perteneciente al Poder Judicial, ni puede tampoco atribuirle poderes judiciales o poderes de investigación judicial, ni funciones o poderes que puedan interferir en las investigaciones judiciales.



iii) las universidades públicas, respetando su autonomía universitaria, igualmente garantizada por la Constitución.

b. entidades privadas, solo en la medida que sean contratistas de la Administración pública o receptoras de subvenciones públicas; en este caso, la actividad de la Oficina Antifraude con respecto a dichas entidades privadas se limita a comprobar y controlar el destino de los fondos públicos implicados, así como cualesquiera aspectos de los contratos públicos adjudicados.

## 2. El modelo organizativo del sistema sanitario en Cataluña

El modelo de organización sanitaria de Cataluña, como parte específica del sistema sanitario español, es un **sistema de sanidad pública**, a través del cual se hacen efectivos los derechos constitucionales a la salud y a la asistencia sanitaria universal.

Una buena comprensión de este modelo requiere tener en cuenta en primer lugar los principales elementos vertebradores del marco legal sanitario español —general— y catalán —específico—, que son los siguientes:

a. El derecho constitucional universal a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria está reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española.

b. Como ya hemos mencionado,<sup>4</sup> España es un Estado con una estructura territorial con un alto grado de descentralización, y los artículos 148.1.21 y 149.1.16 de la Constitución Española establecen que las competencias sobre sanidad e higiene pueden ser asumidas por los gobiernos autonómicos, aunque las competencias en coordinación general de los servicios sanitarios a nivel estatal continúan siendo de las autoridades centrales. La transferencia a la Generalidad de las competencias de salud pública se llevó a cabo en 1981.

c. De ahí que, en el vértice del marco legal sanitario español, encontramos la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, mientras que el marco organizativo y jurídico específico catalán está regulado principalmente por la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC).

En este contexto, lo que tiene de singular el modelo sanitario catalán en comparación con los de otras comunidades autónomas españolas es su descentralización y su flexibilidad.

Los motivos de esta singularidad son históricos: aunque bajo el actual ordenamiento jurídico, las administraciones locales solo poseen competencias residuales en el área de la sanidad pública, durante décadas —e incluso siglos— ha habido una tradición catalana de participación del sector público local y de la sociedad civil —a través de fundaciones u otras entidades civiles sin ánimo de lucro— en este ámbito. Por ejemplo, en el siglo XIX y principios del XX, en los

---

<sup>4</sup> Véase nota al pie número 3.



municipios pequeños y medianos era habitual que los hospitales fueran creados y gestionados por órdenes religiosas.

Así pues, cuando el gobierno autonómico catalán implementó y desarrolló su propio modelo sanitario, en los años ochenta y principios de los años noventa del siglo pasado, dos de los principales objetivos fueron preservar y consolidar esta antigua tradición catalana de participación en el sistema del sector público local y de entidades privadas y, al mismo tiempo, maximizar la eficacia, la eficiencia y la igualdad en la prestación de los servicios sanitarios.

Los elementos más significativos de la configuración organizativa resultante —muy diferente de la de otras comunidades españolas, con un modelo mucho más jerárquico, controlado y participado por la Administración pública— son los siguientes:

- a. Se trata de un sistema con múltiples partes:
  - i) por la parte pública, encontramos entidades pertenecientes a **dos niveles de la Administración pública**: a nivel autonómico, la Generalidad de Cataluña, y a nivel local, un gran número de entidades locales: ayuntamientos, consejos comarcales, empresas públicas u otras entidades jurídicas públicas relacionadas y dependientes de las entidades locales, etc.;
  - ii) por la parte privada, diferentes tipos de **entidades privadas**: principalmente fundaciones y empresas privadas; y
  - iii) como figura clave, los **consorcios** con solo miembros públicos o con miembros públicos y privados sin ánimo de lucro.

En ese sentido, cabe señalar que ha habido una expansión progresiva de la estructura organizativa de la parte pública que se ha llevado a cabo mediante la creación de entidades dotadas de personalidad jurídica propia que se han ido haciendo cargo de la gestión, indirectamente o a través de asociaciones, de los servicios sanitarios: principalmente empresas de titularidad pública y consorcios, diseñados y creados para operar bajo un régimen jurídico tan flexible y dinámico como el propio de las entidades privadas. De hecho, la LOSC permite al **Servicio Catalán de la Salud** (CatSalut): i) firmar acuerdos con entidades públicas o privadas para la prestación y la gestión indirecta de los servicios sanitarios; y ii) crear entidades de titularidad pública con personalidad jurídica o empresas de titularidad pública, cuya actividad esté regida por el derecho privado para proporcionarles un marco de gestión más flexible y dinámico.

- b. Este es un segundo aspecto importante del sistema: el uso generalizado de **figuras de asociación público-privadas**, principalmente:
  - i) **consorcios** formados exclusivamente por entidades públicas o por entes públicos y privados sin ánimo de lucro; y

- ii) **acuerdos** para la prestación de servicios.
- c) Finalmente, desde una perspectiva funcional, las funciones de los principales actores del sistema sanitario son los siguientes:
  - i) El **Departamento de Salud** de la Generalidad cumple las funciones de planificación estratégica y financiación del sistema, definiendo el catálogo de servicios sanitarios concreto que debe prestar el sistema.
  - ii) El **Servicio Catalán de la Salud** (CatSalut) es el encargado de prestar los servicios sanitarios públicos a la ciudadanía (usuarios), actuando como una compañía de seguros pública y universal, a través de la adquisición de estos servicios a distintos proveedores con personalidad jurídica separada.
  - iii) Los **proveedores de servicios** independientes, públicos, semipúblicos o privados prestan los servicios sanitarios a los usuarios, en el marco económico y organizativo de cuasi-mercado.

En resumen, el sistema se podría clasificar como de **financiación y planificación públicas, con prestación privada o público-privada de los servicios sanitarios**.

Uno de los principales problemas de esta estructura radica en el hecho de que la descentralización aumenta la complejidad de la estructura de gobernanza del modelo. Para hacerle frente, se han hecho esfuerzos para integrar los diferentes proveedores de servicios en diferentes redes, lo que dio lugar en el año 2000 al SISCAT - Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública (Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública).

En 2010, el Departamento de Salud de la Generalidad y el CatSalut publicaron un interesante análisis sobre la evolución del modelo sanitario catalán<sup>5</sup> en el que el diseño estratégico de todo el sistema se describía de la forma siguiente:

*La fórmula [de ordenación] escogida por el CatSalut se basa en la estrategia de la competencia gestionada, que se fundamenta en la separación de las funciones de financiación y compra, de la prestación de servicios sanitarios. De esta forma, el financiador asigna recursos al proveedor sanitario mediante un contrato y la transferencia de un cierto nivel de riesgos, hecho que genera beneficios y pérdidas potenciales.*

*Desde una perspectiva de organización, [...] no existe una relación de dependencia jerárquica, sino que la gestión se realiza a través de un conjunto de entidades, que están dotadas de personalidad jurídica diferenciada de la del CatSalut; que se rigen, en mayor o menor medida, por el derecho privado y que*

---

<sup>5</sup> *Evolució del model de governança i gestió de les entitats participades pel Servei Català de la Salut* (Evolución del modelo de gobernanza y gestión de las entidades participadas por el Servicio Catalán de la Salud); dir. y coord. Ivan Planas, Ana Pozo; ed. Generalitat de Catalunya; febrero 2010. En catalán. Disponible en: <http://goo.gl/RsWD8e> [agosto 2018].

*articulan su relación con la Administración titular de la competencia con diferentes niveles de intensidad.*

*[...]*

*[...] las características inherentes a este ordenamiento jurídico también hacen posible que la actuación de las empresas y los consorcios se efectúe de acuerdo con las técnicas características de la gestión empresarial. Estas son más efectivas que las políticas de gestión pública, gracias a la combinación de las estrategias de los modelos gerenciales con los de los mecanismos propios de los denominados «cuasi mercados».*

*[...]*

*[...]. [estos mecanismos] permiten emular el funcionamiento del mercado, de tal manera que se simula que las entidades actúan en un mercado interno virtual, de carácter regulado, en el que la contratación con los proveedores de servicios sanitarios opera como mecanismo para establecer relaciones entre los diferentes agentes que tienen que competir para obtener contratos con los que financiarse. En otras palabras, la Administración titular del servicio descentraliza la producción con la finalidad de favorecer la competencia entre los diferentes proveedores.*

*[...]*

*En el marco descrito, el riesgo derivado de la supresión de los controles y las fiscalizaciones que son propias de la actuación administrativa se desactiva a través de los mayores niveles de implicación que las entidades alcanzan cuando se encuentran colocadas en un entorno competitivo en el que asumen los riesgos de su actuación. De tal manera que, en esta situación, el papel garante que asume el procedimiento administrativo en la actuación de la Administración se substituye por la implicación inherente de las entidades, a fin de evitar los riesgos que les corresponde asumir.*

Esta era la teoría que supuestamente debía permitir la óptima combinación de los «principios de legalidad y de eficacia», según se decía en el documento mencionado.

Y a este respecto, es muy interesante recordar la posición oficial, en noviembre de 2018, del probablemente mayor de los consorcios mencionados, el Consorcio Hospitalario de Cataluña —que más tarde se convertiría en el Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC), mencionado a continuación—: la clara separación entre las funciones de compra de los servicios sanitarios (función del CatSalut) y la prestación de dichos servicios (por proveedores de servicios públicos, semipúblicos o privados) se debe preservar e intensificar; las interferencias del comprador de servicios en la organización y en el funcionamiento de los proveedores debe

evitarse, siempre que reduzca la deseable flexibilidad de los segundos, disminuyendo de manera general la eficacia y la calidad del modelo.

No obstante, este modelo se vio seriamente afectado por la crisis de la deuda pública española y catalana entre los años 2010 y 2012, que dio lugar, entre otras consecuencias, a recortes draconianos de presupuesto en el sector de la salud pública, lo que provocó tensiones y disfunciones del modelo.

## **Las acciones: análisis de casos**

---

En este contexto, la OAC tuvo la oportunidad de gestionar algunos casos muy interesantes que revelaron ciertas deficiencias de este esquema operativo y organizativo de la sanidad.

En los subapartados siguientes vamos a resumir los antecedentes de hecho, los principales problemas surgidos y la actividad de la OAC y sus resultados, en algunos de los casos más significativos.

### **Caso 1 (conflicto de interés / malversación; ref. de la OAC: APV 1/2012)**

Este caso, abierto de oficio como resultado de las noticias publicadas por diferentes medios, trata de una posible situación de conflicto de intereses del presidente del Instituto Catalán de la Salud (ICS), que, al mismo tiempo, era miembro del Consejo de Administración de una compañía sanitaria privada y también director general de un grupo local de compañías sanitarias de participación pública (INNOVA).

La OAC suspendió su actividad en este caso cuando se inició la investigación judicial y penal, que todavía sigue abierta.

No obstante, la información disponible señala la existencia de una posible situación de **conflicto de interés** y de **incompatibilidad**, y también, fomentado por esta situación, una presunta malversación de capitales públicos, tráfico de influencias, negociaciones prohibidas a funcionarios, fraude fiscal y blanqueo de capitales.

### **Caso 2 (opacidad en la gestión; ref. de la OAC: APV 40/2012)**

Este caso se puso en marcha a raíz de una denuncia presentada ante la OAC en la que se señalaban irregularidades en la gestión de uno de los mayores hospitales públicos de Barcelona. La mayoría de las presuntas irregularidades se debían y estaban fomentadas por una estructura de gestión muy compleja configurada por nada menos que tres fundaciones que generaban una gran opacidad en la gestión económica y un incumplimiento sistemático de las normas y los controles del derecho público.

De nuevo, la OAC suspendió su actividad cuando se inició la investigación judicial y penal, ofreciendo su colaboración a la autoridad judicial.

En este caso, un funcionario de alto rango fue **condenado por fraude**: debido a la complejidad y la opacidad del plan de gestión del hospital, este funcionario fue nombrado de manera irregular para un puesto en una de las fundaciones, mientras continuaba recibiendo el sueldo de funcionario público de la Administración. Otras cuestiones, relativas al **sobrecoste** en una ampliación del hospital y las presuntas **irregularidades en la gestión de las donaciones** al hospital, fueron desestimadas debido a la falta de pruebas incriminatorias, aunque la Administración de Hacienda había confirmado dichas irregularidades.

Estos dos primeros casos son buenos ejemplos de incumplimiento deliberado de la normativa legal pública y los controles públicos mediante el uso de diversas estructuras privadas y también estructuras públicas regidas por el derecho privado. La falta de control fomentó la multiplicación de situaciones de conflicto de interés y otras irregularidades en el seno de estas complejas estructuras.

### **Caso 3 (posible conflicto de interés / colusión en la contratación pública; ref. de la OAC: APV 92/2013)**

Otro caso, también abierto de oficio como consecuencia de las noticias publicadas en los medios, estuvo inicialmente centrado en la posible situación de conflicto de intereses del director del CatSalut. Esta persona fue nombrada para este alto cargo, entre otras razones, por su experiencia profesional como director general de una compañía sanitaria privada; no obstante, las noticias indicaban que los poderes generales que tenía otorgados como director de dicha compañía continuaban vigentes cuando fue nombrado para un cargo público.

Tras confirmar que tales poderes, aunque no se habían cancelado formalmente, no habían sido utilizados —de manera que la existencia de un conflicto de interés real se desestimó—, el expediente se cerró con recomendaciones. No obstante, se presentó una comunicación ante la Autoridad Catalana de la Competencia (ACCO), debido a ciertos indicios de **colusión en la contratación pública** detectados a través del análisis de la OAC; finalmente, en 2016, la ACCO impuso una multa de casi un millón de euros a diferentes proveedores de servicios sanitarios.

Al final, este caso, que parecía inicialmente versar sobre una situación de conflicto de interés, fue finalmente un interesante ejemplo de los problemas existentes para conseguir una competencia de mercado real y justa en la compra de servicios sanitarios.

### **Caso 4 (anulación de controles internos / amiguismo; ref. de la OAC: APV 65/2012 – inv. 036-19072012/065)**

Este caso empezó con la denuncia presentada ante la OAC por el exinterventor de una administración local que denunciaba obstáculos para auditar las cuentas y la

gestión de un hospital gestionado por una fundación pública —de hecho, una entidad de derecho público dependiente del ayuntamiento—. Cuando fue nombrado, el interventor consideró que era su deber auditar y fiscalizar el hospital, pero al encontrarse todo tipo de obstáculos para llevar a cabo su trabajo, todos ellos procedentes del ayuntamiento, dimitió y presentó una denuncia ante la OAC.

La OAC inició una investigación, confirmó los hechos y encontró que familiares del alcalde trabajaban en los órganos administrativos del hospital; cuando apareció el nuevo interventor, fueron trasladados a otros puestos, y cuando el interventor dimitió, regresaron a los puestos iniciales. De esta forma, se evitaban la mayoría de los controles internos públicos.

La OAC remitió el asunto a la Fiscalía estimando que estos hechos podían ser considerados como delitos de **fraude** y **prevaricación**.

### **Caso 5 (conflicto de interés e incompatibilidad / tráfico de influencias; ref. de la OAC: APV 2/2012 – inv. 004-14022012/002)**

Este es un caso muy singular debido a su complejidad. Una vez más, fue abierto de oficio como consecuencia de las noticias emitidas por los medios, referentes a la posible situación de conflicto de intereses del presidente del Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC), que era, al mismo tiempo, el principal accionista y presidente de un grupo corporativo (Grupo S), cuyas filiales eran proveedores de hospitales y otras instalaciones gestionadas por el propio CSC.

La OAC inició una investigación y estableció lo siguiente:

- a. En primer lugar, que el CSC, creado originalmente en 1984 por 10 entidades locales —8 ayuntamientos y 2 hospitales locales— había crecido de forma hipertrófica convirtiéndose, en 2012, en una organización extremadamente compleja con 94 entidades adheridas, varias empresas filiales —algunas en países extranjeros— e importantes participaciones cruzadas en otros consorcios. El organigrama del CSC era el siguiente:



**Ens consorciats al CSC**  
que consten en el  
Registre d'ens locals de Catalunya  
segons certificat  
de 23 de març de 2012

**Ajuntaments i Diputacions**  
Ajuntament de l'Empúria  
Ajuntament de Badalona  
Ajuntament de Banyeres del Penedès  
Ajuntament de Barcelona  
Ajuntament de Berganó  
Ajuntament de Blanes  
Ajuntament de Calella  
Ajuntament de Castell del Vallès  
Ajuntament de Figueras  
Ajuntament de Granollers  
Ajuntament d'Igualada  
Ajuntament de Lleida  
Ajuntament de Manlleu  
Ajuntament de Martorell  
Ajuntament de Mataró  
Ajuntament de Molins de Rei  
Ajuntament de Mollet del Vallès  
Ajuntament de Montcada i Reixac  
Ajuntament de la Roca del Vallès  
Ajuntament de Roses  
Ajuntament de Rubí  
Ajuntament de Sabadell  
Ajuntament de Sant Andreu de la Barca  
Ajuntament de Sant Boi de Llobregat  
Ajuntament de Sant Vicenç dels Horts  
Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet  
Ajuntament de Santa Coloma de Queralt  
Ajuntament de Santa Margarida i els Monjos  
Ajuntament de Terrassa  
Ajuntament de Vilafranca del Penedès  
Ajuntament de Maó  
Diputació de Barcelona  
Diputació de Girona

**Empreses Públiques**  
Parc Sanitari Pere Virgili  
Institut de Diagnòstic per la Imatge  
Institut Català d'Oncologia (ICO)  
Banc de Sang i Teixits  
Institut d'Assistència Sanitària  
Gestió de Serveis Sanitaris (Lleida)  
Gestió i Prestació de Serveis de Salut (Tarragona)  
SAGESSA, Assistència Sanitària i Social, SA

**Fundacions / Associacions**  
Fundació Pública Hospital de Sant Bernabé de Berga  
Fundació privada Residència Santa Susanna  
Fundació Residència Can Planells  
Fonadació Escríptor Múltiple  
Fundació Gestió Sanitària Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Fundació Salut Empordà  
Fundació Sociosanitària de Manresa  
Albaixa, Xarxa Assistencial de Manresa, Fundació Privada  
Fundació Privada Hospital de Pobres de Puigcerdà  
Fundació Privada Hospital de Mollet  
Fundació Privada Casal d'Assistència Benèfica de Puig-reig  
Fundació Obra Social Benèfica de Castell del Vallès  
Institut de Treball Social i Serveis Socials  
Associació Cívica d'Ajuda Mútua (ACAM)  
Associació Val·les Amics de la Neurologia (AVAN)

**Altres**  
Servei Anàlisi de Bondat e Salut  
Centre Integral de Salut Cobanes  
Corporació Sanitària Clínic  
Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat  
Suara Serveis SCL

**Consortis**  
Consorti Corporació Sanitària Parc Taulí  
Consorti d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample  
Consorti Castelldefels Agents de Salut (CASAP)  
Consorti Sanitari de Mollet del Vallès  
Consorti Sanitari del Garraf  
Consorti Sanitari de l'Anoia  
Consorti Lab. Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf

Projectes Sanitaris i Socials, SA  
Badalona Serveis Assistencials, SA (4,27%)  
Hospital de Sant Joan de Reus, SAM (2,68%)  
Gestió Comarcal Hospitalària, SA (0,71%)  
Gestió Piva Hospital de Valls, SA (0,49%)  
SAM de Gestió de Sanitat i SS Amposta (0,28%)

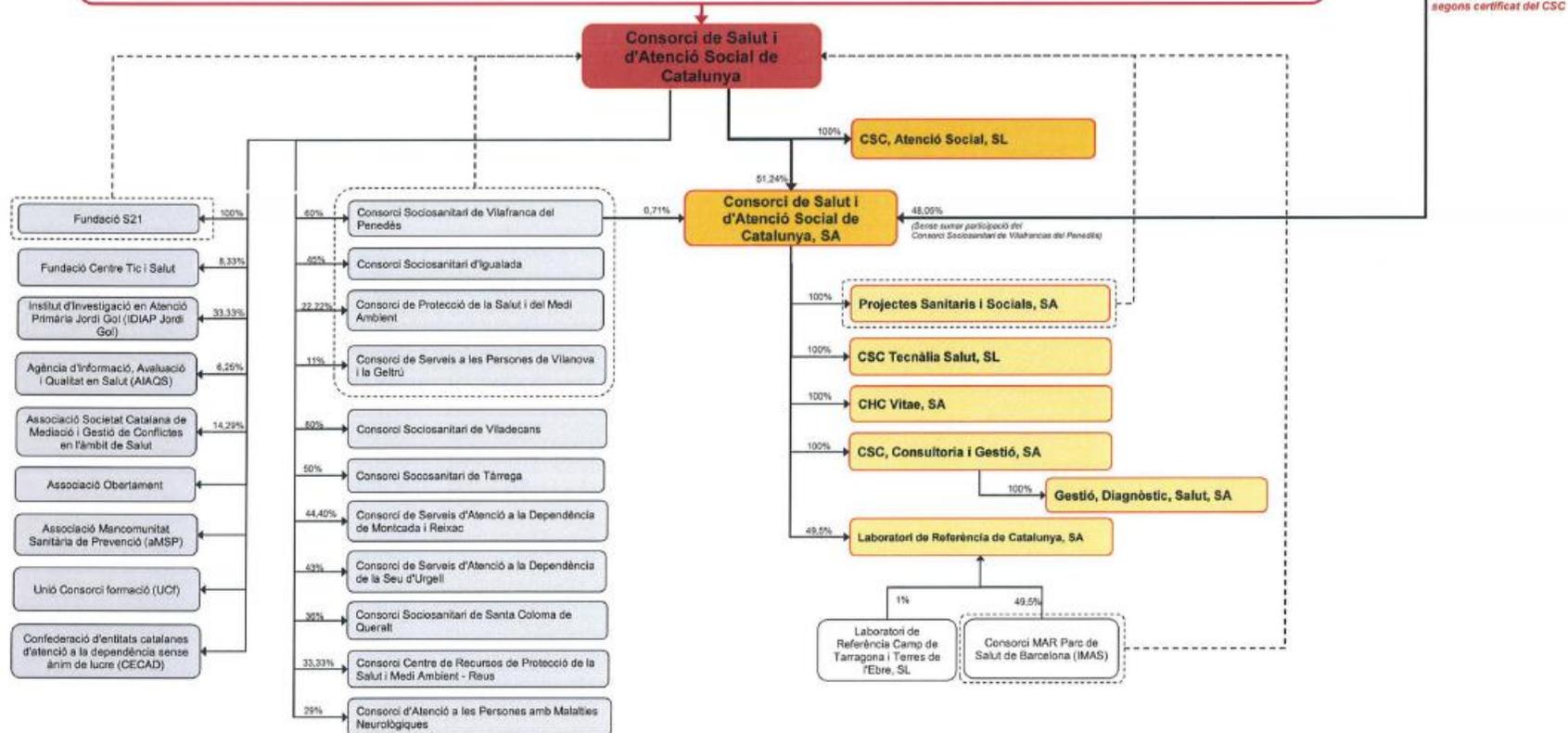
Fundació S21 CSC  
Fundació Mn. Miquel Costa-Hospital de Palermós (1,42%)  
Fundació Privada Hospital Sant Jaume d'Olot (1,42%)  
Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic (1,05%)  
Fundació Hospital Sant Jaume de Manlleu (1,02%)  
Fundació Pública Municipal Hospital i Llars de la Santa Creu (0,60%)  
Fundació Hospital Asil de Granollers (0,46%)  
Hospital de Sant Celoni Fundació Privada (0,46%)  
Fundació Sant Hospital de la Seu (0,46%)

Consorti Sociosanitari d'Igualada  
Consorti de Protecció de la Salut i del Medi Ambient  
Consorti de Serveis a les Persones de Vilanova i la Geltrú  
Consorti Sociosanitari de Vilafranca del Penedès (0,71%)  
Consorti Mar Parc de Salut de Barcelona - IMAS (4,27%)  
Corporació de Salut del Maresme i de la Selva (4,27%)  
Consorti Sanitari de Terrassa (4,27%)  
Consorti Sanitari del Maresme (4,27%)  
Consorti Sanitari Integral (4,27%)  
Consorti Hospitalari de Vic (2,19%)  
Consorti Sanitari de l'Alt Penedès (1,42%)

Ens amb altres  
vinculacions  
al CSC o al CSC, SA

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (4,27%)  
(entitat integrant de Corporació Sanitària Clínic)  
Hospital de Figueras, Fundació Privada (1,42%)  
(entitat integrant de la Fundació Salut Empordà)  
Fundació Sanitària d'Igualada (1,42%)  
(vinculada al Consorti Sanitari de l'Anoia)  
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat (0,71%)  
(entitat integrant del Consorti Sanitari del Garraf)

Ens accionistes  
del CSC, SA a 31/12/2011,  
segons certificat del CSC

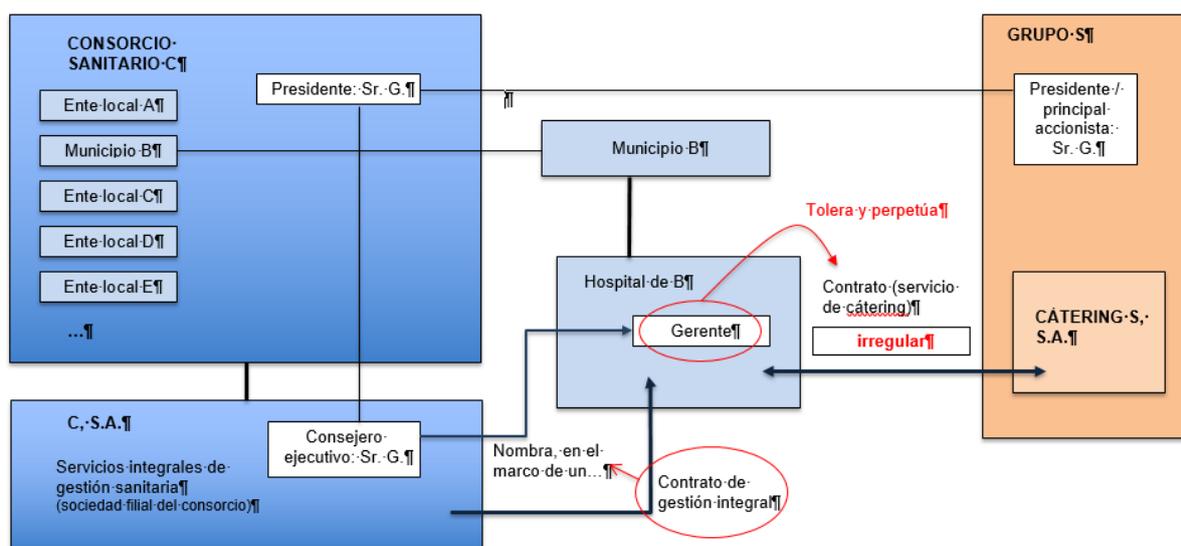


Obviamente, una organización con semejante complejidad comporta problemas y disfunciones de gobernanza y de control interno y externo.

- b. Entre otras empresas filiales, el CSC era propietario y controlaba CSC, SA y CSCCIG, SA, que ofrecían, principalmente a los municipios con un hospital u otras instalaciones similares, un servicio de gestión integral de dichas instalaciones.
- c. El Ayuntamiento de Badalona había utilizado este servicio de gestión integral para gestionar el hospital municipal y, dentro del marco de este contrato de gestión, la compañía filial CSCCIG, SA, presidida por el presidente del CSC, nombró un director.

No obstante, parece ser que, en 2012, el hospital recibió y pagó, de facto, el servicio de catering al Grupo S sobre la base de un contrato público que había sido concedido en 1993, pero que había expirado varios años antes. También se confirmó que, desde entonces, no se había cumplido ningún procedimiento de contratación pública. En resumen, la situación era claramente irregular.

Los hechos descubiertos por la investigación de la OAC se pueden sintetizar en el siguiente esquema:



Esta situación, claramente irregular, podía ser considerada un delito de **tráfico de influencias**; en consecuencia, la OAC transfirió el caso a la Fiscalía.

No obstante, tras llevar a cabo su investigación, el fiscal cerró el caso debido a la falta de pruebas de la existencia de una instrucción explícita —o incluso del mero conocimiento— del presidente del CSC al director del hospital para perpetuar la situación contractual irregular en beneficio del Grupo S. No obstante, la decisión del fiscal de cerrar el caso incluye comentarios extremadamente críticos, como los que se detallan a continuación:

[...] al mismo tiempo que el Sr. G desempeñaba los más altos cargos directivos en el ente local público CSC [Consortio de Salud y Social de Cataluña] y las sociedades mercantiles públicas C, SA y [...], dependientes del mismo, ejercía también los cargos de presidente y consejero de diversas sociedades integradas en el holding empresarial denominado Grupo S controlado por él y su familia. Sociedades del holding familiar S han concurrido y han resultado adjudicatarias de contratos otorgados por entidades consorciadas en el CSC, y cuya gerencia en algunos casos era además ejercida por C, SA.

Ello determina inequívocamente **una frontal vulneración de la normativa de incompatibilidades [...]**.

Choca contra toda lógica que el indicado Sr. G haya podido desempeñar cargos [directivos] en entidades públicas vinculadas al CSC, una de las cuales presta servicios de gerencia a entidades hospitalarias entre los que se cuentan precisamente asesorar en la contratación y gestionar su tramitación, y al mismo tiempo regir un conglomerado empresarial que haya podido concurrir a las adjudicaciones de servicios por dichos entes, sin reacción fiscalizadora alguna.

[...] Ahora bien, **el marco penal se rige por sus propios criterios, como no puede ser de otro modo, y la trascendencia penal de esta situación de hecho debe ser objetiva y concretamente establecida respecto de conductas concretas.**

[...] [en este caso] **no se han podido constatar, de la manera mínimamente fundada que exige el ámbito penal y más allá de las meras sospechas circunstanciales**, elementos que apunten a que los quebrantamientos de forma detectados fueran conscientes, intencionados y debidos a motivos espurios, determinantes de palmaria arbitrariedad prevaricadora, ni a que fueran forzados o procurados [...] por el Sr. G [...], o se debieran inequívocamente a un ilícito influjo por parte de este sobre la gerente (que lo niega), constitutivo de tráfico de influencias de los artículos. 428 y ss. del Código Penal.

Ello no quita que resulte **particularmente sangrante que pudiera existir y prolongarse en el tiempo sin reacción administrativa alguna una evidente situación de confluencia en la persona del Sr. G de intereses públicos y privados en claro conflicto**, a raíz de su doble posición (por sus cargos directivos en el CSC y entes dependientes del mismo y por el holding empresarial controlado por él y su familia), permitiendo así que sus empresas privadas pudieran concurrir libremente a contratos efectuados por entes consorciados en el CSC u objeto de contrato gerencial con C, SA. Ahora bien, **en materia penal resulta necesario que se acrediten evidencias que desborden lo meramente circunstancial**. Como se ha dicho, no se ha alcanzado dicha acreditación, más allá de la justificada sospecha.

Este caso<sup>6</sup> muestra claramente cómo la complejidad de la organización puede provocar un efecto de dilución de responsabilidades que dificulten o anulen completamente la eficacia, no solo de los mecanismos de control interno, sino incluso de los instrumentos penales de aplicación de la ley.

**Casos 5bis (contratación pública; refs. de la OAC: APV 14/2013 – inv. 014-12042013/014; APV 15/2013 y 16/2013; APV 24/2013 – inv. 018-15052013/024)**

Del caso anterior, se abrió de oficio una nueva generación de cuatro expedientes derivados, en busca de posibles irregularidades (sesgo a favor del Grupo S) en los procedimientos de contratación pública de otros consorcios sanitarios locales estrechamente vinculados con el CSC.

- a. En el expediente APV 14/2013, la OAC inició una investigación (inv. 014-12042013/014) que concluyó con la formulación de múltiples informes razonados poniendo de manifiesto las diversas irregularidades detectadas dirigidos a las diferentes administraciones concernidas (el propio Consorcio investigado; el ayuntamiento, que era una de las principales partes implicadas; el Departamento de Gobernación y Administraciones Públicas de la Generalidad de Cataluña; la Intervención General de Cataluña; el Servicio Catalán de Salud y la Dirección General de la Función Pública de la Generalidad de Cataluña; las autoridades fiscales españolas y el Ministerio de Sanidad español, e igualmente la ACCO).
- b. Los expedientes APV 15/2013 y 16/2013 se cerraron sin ninguna otra acción posterior, tras la confirmación de que los contratos concedidos por estos consorcios al Grupo S no eran relevantes.
- c. Finalmente, el expediente APV 24/2013 dio lugar a una investigación que todavía sigue abierta.

**Caso 6 (irregularidades de gestión / sobrecostes en obras públicas; ref. de la OAC: APV 106/2013 – inv. 071-09042014/106)**

Finalmente, este caso se inició con una denuncia presentada ante la OAC en la que se informaba de la grave situación económica de un hospital municipal —de nuevo gestionado por una fundación local— supuestamente debido a negligencia, amiguismo y otras irregularidades en la contratación de obras públicas con un significativo sobrecoste: de un presupuesto original de 3,5 M€ a 7,5 M€.

---

<sup>6</sup> Este caso fue descrito brevemente, como caso de estudio, en el anexo A (página 163) del *Study on Corruption in the Healthcare Sector (Estudio sobre la corrupción en el sector sanitario)* (HOME/2011/ISEC/PR/047-A2), publicado en octubre de 2013 por la Comisión Europea. Disponible en: <http://goo.gl/u9sqxl> [septiembre 2018].

Muchos medios de comunicación se hicieron eco de la noticia entre 2012 y 2014, especialmente el diario *El País*, que el 13 de marzo de 2014 publicó un artículo resumiendo los principales aspectos del caso, incluidas citas de la decisión del fiscal de cerrar su investigación. Este artículo, en español, está disponible en: <http://goo.gl/oMLa18> [septiembre 2018].

El informe y la decisión de la OAC, de 17 de enero de 2013, de transferir el caso a la Fiscalía, en catalán, fue publicado por el parlamentario Sr. David Companyon, y está disponible en: <https://goo.gl/NGhDoR> [septiembre 2018].

La OAC inició una investigación que concluyó con la presentación de un informe razonado ante la fundación investigada, en el que se señalaban las irregularidades detectadas en el procedimiento de contratación pública para la concesión de obras públicas. Los hechos fueron comunicados al Tribunal de Cuentas de Cataluña y al Área de Inspección de Fundaciones de la Generalidad, recomendando una inspección exhaustiva.

## **Conclusiones extraídas y análisis DAFO**

---

Sobre la base de la experiencia obtenida a través del análisis y las investigaciones de estos casos, la Dirección de Análisis preparó una serie de posicionamientos, reflexiones, consideraciones y recomendaciones que fueron expuestos por el director de la OAC en una Comisión Parlamentaria sobre el Modelo Sanitario Catalán en julio de 2013, pero que continúan siendo válidos y útiles a día de hoy.

1. La Oficina Antifraude no puede formular ninguna conclusión sobre la conveniencia o los beneficios del modelo sanitario catalán o de un modelo alternativo de gestión exclusivamente pública. Para ello, sería necesario llevar a cabo un análisis desde la perspectiva de la gestión, basado en información exhaustiva del modelo. Dicho análisis excede de las funciones propias de la Oficina Antifraude (artículo 3 de la Ley OAC).

Lo que la Oficina Antifraude puede aportar, como elementos de experiencia y reflexión extraídos de sus actuaciones con incidencia en el sector sanitario, son consideraciones sobre las disfunciones del modelo existente que han dado lugar o facilitado la existencia de irregularidades en diferentes entidades —desde irregularidades administrativas hasta hechos que podrían considerarse de naturaleza penal—, detectadas en los asuntos en los que la Oficina ha intervenido.

2. Un modelo organizativo como el catalán, basado en una amplia utilización de fórmulas de asociación público-privadas presenta, en nuestra opinión, dos grandes riesgos:

- a. la complejidad de la organización, que puede provocar o fomentar una pérdida parcial (o incluso casi total) de control desde la parte pública y, al mismo tiempo, un efecto de dilución de responsabilidades que dificultan o invalidan totalmente la eficacia de los instrumentos penales para la aplicación de la ley;
- b. un «efecto de law shopping» (ley pública versus privada) ambivalente: normalmente justificado con el argumento de la necesidad de una mayor flexibilidad de la gestión, pero que con frecuencia esconde una intención deliberada de debilitar los mecanismos de control público.

3. Surgen cuatro tipos específicos de disfunciones o problemas:

- a. los relativos al **marco de incompatibilidades**;



- b. los relativos a los **mecanismos u órganos de control**;
- c. los relativos a la **transparencia** en la gestión o a la **rendición de cuentas**;  
y
- d. los relativos al incumplimiento de la normativa sobre **contratación pública**.

Cabe señalar que los tres primeros puntos constituyen diferentes aspectos de la misma idea esencial, o diferentes enfoques del mismo concepto fundamental.

#### 4. Con respecto al **marco de incompatibilidades**:

El marco legal de incompatibilidades **debería aplicarse a todas las personas con implicación directa en la gestión pública**, independientemente del vínculo o la relación que puedan tener con el sector público (gestor público, personal al servicio de las administraciones públicas o del sector público, o miembros de órganos colegiados de gobierno del sector público).

Como herramienta de prevención, la OAC publicó en 2016 un informe especial sobre **La gestión de los conflictos de interés en el sector público de Cataluña**.<sup>7</sup>

#### 5. Con respecto a los **mecanismos u órganos de control**:

**La existencia de órganos o mecanismos de control interno es un elemento esencial para la prevención y la detección de irregularidades** (conflicto de intereses, pagos indebidos, arbitrariedad, etc.). La inclusión en la gestión de fórmulas, mecanismos o instrumentos inspirados o importados del sector privado no pueden ser una excusa para eliminar tales órganos y mecanismos esenciales. En algunas estructuras organizativas (consorcios locales), los **organismos de control interno son un imperativo legal**; en otro tipo de estructuras organizativas (por ejemplo, personificaciones societarias mercantiles), aunque no existe una obligación legal, se debería establecer algún tipo eficaz de mecanismo de control y de auditoría interna.

En cualquier caso, los órganos y mecanismos de control interno:

- a. Se tienen que establecer de manera que **puedan desempeñar eficazmente las funciones que se les han confiado**.
- b. Es necesario encontrar un **correcto equilibrio** entre el **control eficaz y la agilidad o flexibilidad de la gestión**.

**La complejidad organizativa constituye una limitación obvia para la eficacia de los mecanismos u órganos de control**. En el caso de que la complejidad organizativa del objeto supervisado haga imposible el establecimiento de mecanismos u órganos

---

<sup>7</sup> Disponible en: <http://goo.gl/7CJZdB> [septiembre 2018].



de control eficaces, entonces habría que considerar la implantación de mecanismos y protocolos de control externo.

#### 6. Con respecto a **la transparencia y la rendición de cuentas**:

El uso de fórmulas, mecanismos o herramientas de gestión inspirados o importados del sector privado no es una justificación para evitar, eludir o atenuar la transparencia en la gestión y la rendición de cuentas, sobre todo cuando:

- a. **El objetivo del control es un servicio público** como el sistema sanitario.
- b. Los recursos son principalmente **recursos públicos**.

Hay que tener en cuenta que **la transparencia y la rendición de cuentas** constituyen también un **mecanismo ex post facto para la detección de irregularidades** que complementan, de una manera funcional, los mecanismos de control (ex ante o previamente a la posible detección de irregularidades en el control).

#### 7. Y con respecto a la **contratación pública**:

El uso de fórmulas, mecanismos o herramientas de gestión inspirados o importados del sector privado **no puede, bajo ninguna circunstancia, conllevar el incumplimiento de la normativa de contratación pública y sus principios**, en la medida que sean aplicables, y **no puede elevar el riesgo de su incumplimiento o no aplicación** (riesgo de colusión entre proveedores o incumplimiento de los principios de libertad de acceso, no discriminación de licitadores, protección de la libre competencia y selección de las ofertas más ventajosas en términos económicos).

Podemos resumir el análisis y las conclusiones anteriores en la matriz DAFO siguiente:

## Fortalezas

---

- ✓ **Integración** en el sistema sanitario de la mayoría de las **instalaciones e infraestructuras preexistentes** (históricamente).
- ✓ Conservación y desarrollo de una cultura de **asociación público-privada**.
- ✓ **Descentralización**, que permite una mejor respuesta a las necesidades y las demandas locales.
- ✓ **Flexibilidad** en la gestión, que permite la aplicación de las técnicas de gestión del sector privado (más eficaces y eficientes que las políticas públicas y los procedimientos administrativos).

## Oportunidades

---

- ✓ Desarrollo y fortalecimiento de un nuevo **marco normativo de transparencia**:
  - Ley española 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, Acceso a Información Pública y Buen Gobierno;
  - Ley catalana 19/2014, de 29 de diciembre, de Transparencia, Acceso a Información Pública y Buen Gobierno.
- ✓ Implementación de las directivas UE de 2014 sobre **contratación pública**: transpuestas al ordenamiento jurídico español mediante la Ley 9/2017, de 8 de noviembre.
- ✓ Superar la crisis de deuda pública ha permitido revertir los recortes presupuestarios en el sector sanitario.

## Debilidades

---

- ✓ En muchos casos, una excesiva **complejidad organizativa** que genera problemas de gobernanza y reduce sustancialmente —o incluso elimina completamente— la eficacia de los mecanismos de control interno.
- ✓ **Fallo de los mecanismos de control** (internos o externos):
  - debido a:
    - diseño de la organización: utilización de fórmulas de organización o de gestión inspiradas o importadas del sector privado; o
    - falta de recursos de los órganos o mecanismos de control interno existentes;
  - y que supone un mayor riesgo de incompatibilidades, conflictos de interés, despilfarro o mal uso de recursos públicos u otras irregularidades —o incluso delitos—.
- ✓ **Opacidad en la gestión y falta de rendición de cuentas**, a consecuencia de un uso indebido de las fórmulas de organización o de gestión inspiradas o importadas del sector privado, en algunos casos, para evitar la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión de los fondos y los servicios públicos.

## Amenazas

---

- ✓ **Resistencia al cambio** de los operadores implicados, tanto públicos como privados, frente a la evolución del ordenamiento jurídico, principalmente con respecto a la transparencia y la contratación pública.
- ✓ En la medida en que el control de la deuda pública continúe siendo uno de los principales retos, existe el **riesgo de prácticas de colusión** en un contexto de limitación presupuestaria.

## **Siguientes pasos y conclusiones**

---

Como ya hemos dicho, las conclusiones extraídas de la experiencia de la OAC, obtenidas en la investigación de casos de fraude y corrupción en la sanidad pública, se han resumido en las consideraciones y recomendaciones anteriormente mencionadas, que fueron expuestas por el director de la OAC en la Comisión Parlamentaria sobre el Modelo Sanitario Catalán en julio de 2013.

La postura final de esta Comisión Parlamentaria fue aprobada por la Resolución 396/X de 7 de noviembre de 2013,<sup>8</sup> que incluía algunas conclusiones y recomendaciones. Aunque reafirma el modelo sanitario catalán en sus características esenciales, el Parlamento aprobó diversas recomendaciones y propuestas para mejorar el sistema en su conjunto, que se centraron en los aspectos siguientes:

- a. transparencia, buen gobierno de las organizaciones, rendición de cuentas y contratación;
- b. buen gobierno y ética en el sector de la salud;
- c. sistemas de información; y
- d. provisión de puestos de trabajo.

En resumen, el Parlamento establece que el modelo sanitario catalán se debe conservar, pero recomienda una revisión exhaustiva de determinados aspectos relacionados con la transparencia y la responsabilidad en la gestión, los procedimientos de contratación y el buen gobierno y la ética.

Tal y como hemos señalado, desde 2013 se han producido cambios significativos en el ordenamiento jurídico español y catalán:

- a. la entrada en vigor del marco normativo de transparencia y su posterior desarrollo e implementación; y
- b. la entrada en vigor de las directivas UE de 2014 sobre contratación pública, cuya fecha límite de transposición fue el 18 de abril de 2016 —aunque la transposición se hizo efectiva en el ordenamiento jurídico español en noviembre de 2017— y que incluye diferentes disposiciones destinadas a implementar una cultura de integridad en la contratación pública.

Estos cambios legales, con una innegable incidencia en el modelo organizativo y operativo de la sanidad —no olvidemos que se trata de un sistema de sanidad pública—, y que tienen lugar en el contexto de superación de la crisis de la deuda pública —lo que implica la disponibilidad de más recursos—, brindan una oportunidad para corregir las disfunciones y las deficiencias identificadas, en los distintos aspectos señalados por la OAC y la Comisión Parlamentaria.

---

<sup>8</sup> Publicado en el Diario Oficial del Parlamento de Cataluña, n.º 186, de 11 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://goo.gl/N13mYc> [septiembre 2018].



## **Biografía del autor**

---

Bruno González Valdelièvre. Desde 2010 forma parte de la Oficina Antifraude de Cataluña, como jefe de área en la Dirección de Análisis. Entre 2015 y 2016 fue director de Análisis.

Desde el 2012 ha participado de manera activa, en representación de la Oficina, en proyectos nacionales y europeos de formación para analistas, y de intercambio de buenas prácticas en la lucha contra la corrupción.

Es licenciado en Derecho por la Universidad de Barcelona. Superó igualmente dos cursos de Ingeniería de Telecomunicaciones en la Universidad Politécnica de Cataluña.

Comenzó su carrera profesional ejerciendo la abogacía en el ámbito del derecho público y, más concretamente, del derecho administrativo y constitucional en un despacho multidisciplinar de ámbito internacional.

Posteriormente, se incorporó al sector público local, donde, tras unos primeros años especializado en la contratación pública, fue secretario general de los ayuntamientos de Molins de Rei y Esparreguera (Barcelona). Desde 2008 es funcionario de administración local con habilitación de carácter estatal.

