

TALLER E: COLABORACIONES DE ECONOMÍA PÚBLICA Y ECONOMÍA SOCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Título de la presentación: “LAS ENTIDADES DE BASE ASOCIATIVA EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, SI NO ES AHORA, ¿CUÁNDO?”

Autores: Dr. Toni Iruela. Médico de Familia APVSG. Director técnico de ACEBA. Profesor de Health Management de la UVIC-UCC.

Josep Lluís Lafarga. Abogado especializado en Derecho Público.

Salud dentro del Estado del Bienestar. El diagnóstico

El sistema nacional de salud es uno de los pilares fundamentales del Estado del Bienestar, los otros pilares son la seguridad social (pensiones), el acceso a la educación y los servicios sociales (dependencia).

Es preciso recordar la arquitectura constitucional del Estado español en el que son las autonomías las que gestionan los servicios de salud y, por otra parte, el importante paraguas normativo que representa Europa en la legislación de los servicios generales y de atención a las personas.

La atención primaria de salud constituye el eje vertebrador de los sistemas nacionales de salud más eficientes y de mejor calidad (1) (2) (3) y, como dicen Ortún y Pané, la oportunidad que ninguna sociedad puede perder (4). De especial interés resultan las recomendaciones de camfic (5) sobre qué debe hacerse en esta “era post-covid”, así como las recogidas en el documento de expertos de “30

mesures per enfortir el sistema sanitari” (6). Para la mayoría de expertos es necesario dedicar más recursos económicos, aumentar las plantillas, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, reformar y mejorar las instalaciones y los recursos tecnológicos. A este debate se sumaron un grupo de directivos de la sanidad catalana en este artículo (7) en que básicamente nos hablan de los principales retos del sistema, mejorar la financiación y aplicar las reformas organizativas (dotar de personalidad jurídica y autonomía los hospitales, órganos de gobierno y gestión profesionalizados, incorporar modelos de autogestión al ámbito de la atención primaria de salud (APS), mejorar las condiciones laborales de los profesionales que permitan desarrollar plenamente el profesionalismo).

Si saltamos del plano académico al plano político incluso el Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso (8) no deja ninguna duda en su redactado sobre la necesidad de potenciar la atención primaria como eje del Sistema Nacional de Salud (SNS). A lo largo de esta ponencia intentaré demostrar la disociación entre las palabras y los hechos, así como un cierto desenfoco a la hora de abordar los problemas del sistema sanitario y de la APS en particular. No es de extrañar. Así, la situación de invisibilidad (9) de la APS recuerda al coronel de García Márquez que “no tiene quien le escriba” y un cierto deterioro (10) por no hablar del clima también epidémico de hastío profesional (11). Para algunos autores el hecho de que quienes deciden y crean opinión sobre la APS no la utilizan es un factor que

contribuye a explicar esta situación (12). De lo que no parece que haya duda alguna es de que los presupuestos destinados a Sanidad marcarán los presupuestos de la próxima década (13).

A los efectos de nuestra ponencia nos interesa recordar que la prestación de los servicios de salud en nuestro país y, dicho de forma esquemática, puede ser de gestión directa, cuando es la propia Administración quien presta el servicio normalmente mediante funcionarios, o gestión indirecta, cuando la Administración responsable delega esta prestación en otras entidades que se vinculan a la misma mediante contratos o conciertos públicos.

En esta presentación intentaremos analizar si las medidas terapéuticas propuestas desde la Administración en el contexto post-covid y con una fuerte influencia europea son las más adecuadas y cual es el papel de la economía social en la gestión de los servicios públicos de salud, a la luz de las iniciativas que vienen marcadas por Europa. Se analizarán también las entidades de base asociativa sanitarias (EBAs), como un caso de éxito de la economía social como gestora de servicios de atención primaria en Catalunya.

Situación del sistema sanitario español. Propuesta terapéutica

La materialización del contrato social en Europa es el Estado del Bienestar (14), que en España se formalizó con los Acuerdos de la Moncloa (1977) y la Constitución (1978).

La Unión Europea ha reaccionado a esta crisis del Estado del Bienestar con mayor compromiso mediante política monetaria y presupuestaria (15). Se ponen a disposición de los estados los fondos de recuperación Next Generation, a cuyo efecto el 21 de julio de 2020 el Consejo Europeo moviliza 750.000 millones de euros.

Tenemos un excelente documento España 2050 (16) un ejercicio de prospectiva estratégica que persigue un doble objetivo, mejorar nuestra comprensión de los desafíos y las oportunidades sociales, económicos y medioambientales que afrontará nuestro país en las próximas décadas; y por otro lado generar, una Estrategia Nacional de Largo Plazo, que nos permita fijar prioridades, coordinar esfuerzos, y garantizar la prosperidad y el bienestar de nuestra ciudadanía en el futuro.

A España se han destinado unos 140.000 millones de euros en un período de 6 años. El plan diseñado en España para la recuperación es el Plan de recuperación, transformación y resiliencia (17) del 2020, con 4 ejes transversales: transición ecológica, transformación digital, cohesión social y territorial e igualdad de género, que tiene 10 políticas palanca y 30 componentes. Para salud los más relevantes serían el C11 la modernización de la Administración pública, el C13 impulso de las pymes y el C18 renovación y ampliación de las capacidades del SNS, con una inversión estimada de 1069 millones de euros (de los que 277 millones son propiamente para la APS y 792 millones se dedicarán al capítulo de

inversiones) y que, entre otras reformas e inversiones, incluye el Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria (Ejecución del Marco Estratégico para el refuerzo de la atención primaria y comunitaria para una mayor prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario). Otra reforma relevante a efectos de nuestra exposición es la del Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad (su objetivo es reforzar las dotaciones de médicos y enfermería, reducir su temporalidad, mejorar sus condiciones laborales y potenciar su formación y desarrollo profesional). Para ello se reformará la ley que regula el personal sanitario en España (Estatuto Marco). Asimismo, se prevé aprobar un Real Decreto para mejorar el sistema de formación sanitaria especializada (MIR).

Todas estas políticas del Plan de recuperación se concretan mediante los PERTE (Proyecto Estratégico para la Recuperación y Transformación Económica). Hasta la fecha se han aprobado 11. Así, el 30 de noviembre de 2021 el Gobierno aprobó el PERTE para la Salud de Vanguardia (18), que tiene cuatro objetivos específicos: posicionar España como país líder en la innovación y desarrollo de terapias avanzadas; impulsar la puesta en marcha de la medicina personalizada de precisión; desarrollar un SNS digital, y potenciar la atención sanitaria primaria a través de la transformación digital.

El 31 de mayo de 2022 el Gobierno aprobó el PERTE de la Economía Social y de los Cuidados (19), en el que se invertirán más de 800 millones de euros hasta 2026. Tiene 2 objetivos generales: el impulso y desarrollo de la economía social (ES) y el fortalecimiento y transformación de servicios en el ámbito de los cuidados, y un tercer objetivo estratégico: la creación de un hub de vanguardia para focalizar y distribuir el conocimiento con las entidades que componen este modelo económico.

Este PERTE está vinculado y sigue a la Comisión Europea, que ha animado mediante un plan de acción a los estados miembros que incorporen la ES en sus políticas (20).

Desgraciadamente, cuando analizamos de forma detenida todas las medidas que se han puesto encima de la mesa no sabemos ver una apuesta decidida por aumentar el peso de la ES en la gestión de los servicios públicos de APS y dar salida a la epidemia de burnout que asola a este nivel asistencial (21) (22).

Siguiendo a Costas, se debería avanzar hacia un nuevo contrato social post-pandémico y en éste habrá que ver el papel de la economía social (ES).

Quizás desde la ES se debería hacer también una cierta reflexión, y un esfuerzo institucional para dar a conocer las ventajas de la ES frente a la empresa convencional ¿Por qué esta falta de conocimiento y reconocimiento?

Ojalá este Congreso contribuya a mejorar esta situación y marque una auténtica inflexión al respecto.

Las EBAs, una oportunidad de la economía social en la gestión de la atención primaria de salud

Las EBAs son (y podrían serlo más) un instrumento de la economía social para la gestión de los servicios públicos sanitarios (23) como concluíamos en el XVIII Congreso Internacional de Investigadores en Economía Social y Cooperativa. Los requisitos y condiciones que deben cumplir las EBAs de conformidad con la LOSC (24) y el Decreto de la Generalitat de Catalunya 309/1997, de 9 de diciembre (25), así como las pautas contenidas en el Código de Buen Gobierno de las EBAs (26), garantizan que la actuación de estas entidades se adecúa escrupulosamente a los principios establecidos en el artículo 4 de la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social (27). ^[1] ^[SEP]

Los requisitos y condiciones exigidos legal y reglamentariamente a las EBAs se amparan en la finalidad de *"promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público"* (disposición adicional décima de la LOSC) (28), finalidad que se correlaciona con el interés general económico y social, atendiendo especialmente a los resultados asistenciales y económicos de las EBAs publicados por la *Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de* ^[1] ^[SEP] *Catalunya*. Con ello se da cumplimiento al requisito establecido en el artículo 2 *in fine* de la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social. Es de destacar que esta apuesta legislativa catalana por la motivación e implicación de los

profesionales para conseguir mejoras asistenciales se avanzó unos años a lo que algunos autores conceptualizaron como el cuádruple aim (29) (30).

Las EBAs, cualquiera que sea su forma jurídica, son entidades subsumibles en el artículo 5.1 *in fine* y 5.2 de la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social, como sea que cumplan con los requisitos materiales que los preceptos expresados determinan y, en consecuencia, deben entenderse comprendidas entre las entidades de economía social reguladas en la citada Ley, siendo, por tanto, dignas de la acción sustantiva de apoyo y promoción de los poderes públicos, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente. [1] [SEP] Ello no excluye la necesidad de que las EBAs constituidas al amparo de la disposición adicional décima del LOSE estén debidamente acreditadas de conformidad con el Decreto 309/1997, de 9 de diciembre, como así es, e incluidas en los *Catálogos de Entidades de Economía Social* del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya y del Ministerio de Trabajo y Economía Social, con el informe previo del Consejo para el Fomento de la Economía Social, antes al contrario, es necesario que se formalicen dichos trámites para acreditar de manera fehaciente la condición de entidades de economía social que ostentan formalmente las EBAs y gozar de las ventajas y de las obligaciones que esta condición entraña legalmente. [2] [SEP]

A mayor abundamiento, las EBAs dan estricto cumplimiento a los requisitos

establecidos en el artículo 77 de la Directiva 2014/24/UE (31), del Parlamento Europeo y del Consejo. ^[1]
[SEP]

Situación en España ¿por qué tan poco peso de la ES en al gestión de la APS?

En España, la Economía Social tiene su amparo en la Constitución Española de 1978. Así, son preceptos correlacionados los artículos 1.1, 9.2, 40, 41, 47 y 129.2 de la Carta Magna.

En virtud de este reconocimiento en sede constitucional, la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social (27) lo despliega.

Este sector debe de hacer un esfuerzo institucional para dar a conocer las ventajas de la ES frente a la empresa convencional.

Apuntamos a continuación algunas de las causas que pensamos que podrían influir en esta situación (pensando en clave APS):

- La mayoría de las entidades de la ES son pymes y quizás esto las sitúa en inferioridad competitiva a la hora de optar a concursos.
- Menos efecto lobbie
- Menos tecnología
- La fuerza de los sindicatos que se encuentran más cómodos en el marco de la función pública que en el marco de un empresa de economía social.
- Reticencias a la colaboración público-privada o público-social con falsos

debates sobre la privatización del servicio.

- El afán de homogeneización de la provisión en la atención primaria y la oposición de los otros operadores (ICS y organizaciones hospitalarias).
- El miedo a la pérdida de control por parte de la Administración, pues siempre se ha prestado el servicio con gestión directa.
- Las reticencias de los propios profesionales.

Para finalizar esta ponencia introduciremos algunas notas y reflexiones respecto a aspectos legislativos. Nos parecen relevantes pero son instrumentales, es decir, condición necesaria pero no suficiente para abordar los cambios que se han propuesto en esta ponencia.

En el ámbito sanitario, los parlamentos autonómicos que han regulado la figura de la concertación sanitaria, en la que encaja la provisión de servicios de atención primaria mediante entidades de Economía Social, son los de Aragón, con su Ley 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario (32); la Generalitat Valenciana, con la ley 7/2017, de 30 de marzo, sobre acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario (33); Navarra, con su Ley Foral 13/2017, de 16 de noviembre, de conciertos sociales en los ámbitos de salud y servicios sociales (34), y Extremadura, con Ley 13/2018, de 26 de diciembre, de conciertos sociales para la prestación de servicios a las personas en los ámbitos social, sanitario y sociosanitario en Extremadura (35).

Todas ellos en líneas similares y con escasos matices diferenciales. Además, en otras Comunidades, como es el caso de Catalunya, está en trámite el Anteproyecto de Ley de armonización de las fórmulas de gestión no contractuales y de ordenación funcional de los servicios de salud con cargo a fondos públicos, cuya aprobación por el Gobierno de Catalunya podría producirse en breve.

Por lo demás, en términos generales, y sin perjuicio de la oportunidad y el acierto en la regulación por ley de la acción concertada entendida, conforme a la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 (31), como una forma de gestión no contractual de los servicios sanitarios, la legislación autonómica en materia de concertación sanitaria nos parece poco osada en lo que se refiere a la naturaleza de las entidades susceptibles de acción concertada (entidades públicas y entidades privadas sin ánimo de lucro), al no incorporar entre las mismas, pudiendo hacerlo, a las entidades que cumplen con los requisitos establecidos en el artículo 77 de la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE, requisitos que son propios de las entidades de Economía Social.

Ello es así, con toda probabilidad, por el escaso número de estas entidades que, más allá de las clásicas instituciones sin ánimo lucrativo (asociaciones de utilidad pública, fundaciones y cooperativas reconocidas sin ánimo de lucro u otras entidades del Tercer Sector), tienen tradición y arraigo en la gestión de los

servicios sanitarios públicos, salvo probablemente en el caso de Catalunya, con las entidades de base asociativa sanitarias (EBAs), cuyo Anteproyecto de Ley de concertación sanitaria sí se refiere a las entidades que cumplen los referidos criterios identitarios del artículo 77 de la reiterada Directiva, además de a las entidades sin ánimo lucrativo.

En este sentido, el Anteproyecto de Ley de Catalunya, de aprobarse como Proyecto y, finalmente, de convertirse en Ley, daría un notable paso adelante en el reconocimiento de las entidades de Economía Social como proveedoras de servicios públicos sanitarios, lo que, por otra parte, es de justicia en el caso de Catalunya, habida cuenta que las EBAs constituyen el segundo grupo de empresas proveedoras de servicios de atención primaria de salud en esta Comunidad, que gestionan trece (13) equipos de atención primaria (EAPs), con más de seiscientos (600) profesionales y trabajadores y trabajadoras en nómina, con una cobertura poblacional que rebasa las doscientas sesenta mil (260.000) personas (36), y con unos resultados asistenciales y económicos muy relevantes en términos comparativos con los restantes proveedores de este tipo de servicios.

Huelga decir que, ni el Gobierno del Estado, ni los Gobiernos autonómicos han impulsado medidas legislativas orientadas a promover la gestión de servicios sanitarios públicos por entidades de Economía Social mediante fórmulas de gestión no contractual, haciendo uso de las prerrogativas que la legislación

europea ha puesto a su disposición en virtud del TFUE y de la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, reiterada. Antes al contrario, lamentablemente las iniciativas legislativas de los últimos meses apuntan justamente en la dirección opuesta, como es el caso del Anteproyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (37), en cuyo artículo 1, bajo la rúbrica “Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad”, adiciona en su apartado 1 el artículo 47 al referido texto legal, relativo a la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, artículo cuyo apartado 3 prevé la preferencia de la gestión directa de carácter público, determinando la excepcionalidad del recurso a otras formas de gestión, cuyo uso habrá de justificarse desde el punto de vista sanitario, social y económico en una memoria elaborada al efecto, teniendo en cuenta con carácter previo la utilización óptima de los recursos sanitarios propios y demás criterios establecidos en esta Ley.

Esta iniciativa, que ha sido cuestionada por distintos agentes por el mantenimiento del sistema de gestión para MUFACE, MUJEJU e ISFAS (38) y por su eventual vulneración de la distribución competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia sanitaria (39), obedece probablemente a la mala experiencia del modelo concesional para la construcción y gestión de hospitales

públicos, desarrollado por la Generalitat Valenciana y la Comunidad Autónoma de Madrid, pero olvida que la colaboración público-privada para la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios no queda circunscrita a ese modelo de concesión administrativa y que existe una diversidad de fórmulas de colaboración: los conciertos con entidades sin ánimo de lucro, los convenios (en caso de hospitales privados, los convenios singulares de vinculación al Sistema Nacional de Salud), los contratos de servicios regulados por la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP) (40) y, desde la entrada en vigor de dicha Ley, los conciertos sociales concebidos como instrumentos no contractuales excluidos de la LCSP, y las subvenciones, cuya virtualidad y contribución a la capacidad resolutoria del sistema sanitario público son muy notables, e imprescindibles para preservar el modelo sanitario de determinadas nacionalidades y regiones, como es el caso de Catalunya.

Desde estas líneas queremos reivindicar la idoneidad de fórmulas como las EBAs para la gestión de los servicios públicos sanitarios (desde la economía social) y en la línea de los países norteeuropeos como Suecia, Noruega o Dinamarca y para la resolución de problemas sistémicos de los servicios de salud, acentuados cada vez más por la escasez de profesionales (5) y su creciente burnout (21) y su poco atractivo para cubrir determinados destinos en el territorio, lo que deviene en dificultades de solución muy compleja para las Administraciones sanitarias, así

como el buen hacer de los profesionales sanitarios organizados en forma autogestionaria, cuya capacidad de resolución en términos de calidad de la asistencia y satisfacción percibida por los pacientes y por los propios profesionales es muy alta, a tenor de los resultados recogidos por el Observatori d'Atenció Primària de Salut de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) en los últimos años (41). Como dijo Keynes “la economía es una ciencia muy peligrosa” (42) a lo que humildemente añadiría que si ésta es social, aún lo es más !. Y es que si no es ahora ¿cuándo?

Bibliografía

1. Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, et al. Evaluation of primary care: The “ Primary Care Assessment Tools - Facility version”for the Spanish health system. *Gac Sanit.* 2013;27(1):12–8.
2. McCauley L, Phillips RL, Meisner M, Robinson SK. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. *Implement High-Quality Prim Care.* 2021 May 4;1–428.
3. Sandvik H. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of. *Br J Gen Pract [Internet].* 2021 [cited 2021 Sep 13]; Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
4. Ortún V, Pané O. Orientación a la atención primaria: la oportunidad que ninguna sociedad puede perder [Internet]. *Observatori La gestió importa.* 2022 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <http://lagentioimporta.cat/arees/orientacion-a-la-atencion-primaria-la-oportunidad-que-ninguna-sociedad-puede-perder/?lang=es>
5. camfic. Atenció Primària en l’era post-COVID revolució per a la transformació. 2021.
6. Comitè d’Experts per a la Transformació del Sistema Públic de Salut 30 +. 30 +. *Mesures per enfortir el sistema de salut.* 2020.
7. Recursos y reformas para encarar la pospandemia [Internet]. *La Vanguardia.* 2022 [cited 2022 Feb 13]. Available from: <https://www.lavanguardia.com/vida/20220213/8053585/recursos-reformas-encarar-pospandemia.html>
8. Dictamen Comisión para la Reconstrucción Social y Económica [Internet]. *BOCG.* 2020 [cited 2022 Mar 1]. Available from: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF
9. Sisó-Almirall A. “Efecto desplazamiento” de la COVID-19 en la salud poblacional: lecciones aprendidas desde la invisibilidad [Internet]. *Salud, dinero y atención primaria.* 2022 [cited 2022 Feb 6]. Available from: <http://saludineroap.blogspot.com/2022/02/efecto-desplazamiento-de-la-covid-19-en.html>
10. Realising the Potential of Primary Health Care | OECD iLibrary [Internet]. *OECD Health Policy Studies.* 2020 [cited 2021 Apr 20]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a92adee4-en/index.html?itemId=/content/publication/a92adee4-en>
11. Gené J. El peligroso hastío profesional [Internet]. *AMF.* 2021 [cited 2022 Mar 1]. p. 630–1. Available from: <https://amf-semfyc.com/web/article/3039>

12. Simó Miñana J. La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria española. 2021 [cited 2022 Mar 1];14(3):129–30. Available from: www.muface.es/revista/o221/En_Portada_Gobierno_de_funcionarios.html
13. La sanidad marcará la orientación de los presupuestos la próxima década [Internet]. La Vanguardia. 2022 [cited 2022 Feb 20]. Available from: <https://www.lavanguardia.com/economia/20220220/8069668/sanidad-presupuestos-inversiones-covid-pandemia-espana.html>
14. Costas A. Un nuevo contrato social postpandémico. El papel de la Economía social. CIRIEC-España, Rev Econ Pública, Soc y Coop [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 8];100:11–29. Available from: www.ciriec-revistaeconomia.eswww.ciriec.es
15. Francisco J, Igual J, Jurado EB, Carrasco I, Inmaculada M, Monteagudo C. Economía Social y recuperación económica tras la crisis del COVID-19. CIRIEC-España, Rev Econ Pública, Soc y Coop [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 8];104:7–33. Available from: www.ciriec-revistaeconomia.eswww.ciriec.es
16. OFICINA NACIONAL DE ESTRATEGIA Y PROSPECTIVA DEL GOBIERNO DE ESPAÑA. Ministerio de la Presidencia. España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de largo Plazo. 2021;
17. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia Gobierno de España [Internet]. [cited 2022 Apr 9]. Available from: <https://planderecuperacion.gob.es/>
18. Gobierno de España. España transforma. PERTE para la Salud de Vanguardia. 2021;
19. El Gobierno español aprueba el PERTE de la Economía Social y los Cuidados, dotado con 800 millones de euros | Actualidad Observatorio | Observatorio Español de la Economía Social [Internet]. [cited 2022 Jun 3]. Available from: <http://www.observatorioeconomiasocial.es/actualidad-observatorio.php?id=5143>
20. COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES Construir una economía que funcione para las personas: un plan de acción para la economía social. 2021 [cited 2022 Feb 18]; Available from: <https://www.economie.gouv.fr/leconomie-sociale-et-solidaire>.
21. Covid: El “burnout” se multiplica por 10 en la AP [Internet]. Redaccion Medica. 2022 [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/el-burnout-se-multiplica-por-10-entre-los-medicos-de-familia-con-el-covid-8230>
22. Montero Alía JJ, Casanova Uclés A, Seda Gombau G, Gros Garcia T, Zurilla Leonarte E, Bartolomé Regué M, et al. OBSERVATORI DE LA MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA AL MARESME (OMFAM): IMPACTE DE LA PANDÈMIA COVID-19 SOBRE EL BURNOUT PROFESSIONAL. Butlletí de l’Atenció Primària de Catalunya [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 16];39(3). Available from: <http://www.butlleti.cat/ca/Vol39/iss3/3>

23. Lafarga J., Iruela A. Las entidades de base asociativa sanitaria (EBAs). Un instrumento de la economía social para la gestión de los servicios públicos sanitarios. 2020;
24. LLEI 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. DOGC núm 1324 de 30/7/1990 [Internet]. dogc. 1990. p. 3660-73. Available from: https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&ocumentId=48426&language=ca_ES&textWords=09294101%2BOR%2B07208034%2BOR%2B03114114%2BOR%2B00364003%2BOR%2B97092038%2BOR%2B91352001%2BOR%2B90191085%2BOR%2B2833-85%2BOR%2B239
25. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 309/1997, de 9 de desembre, pel qual s'estableixen els requisits d'acreditació de les entitats de base associativa per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària. [Internet]. dogc. 1997. Available from: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/2539/97310.pdf>
26. ACEBA. Codi de Bon Govern aprovat en sessió celebrada el 25/11/2015 [Internet]. 2016. Available from: <http://www.aceba.cat/ca/files/doc478/codi-de-bon-govern-de-les-eba-juny2016.pdf>
27. Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social. BOE núm 76 de 30/3/2011 [Internet]. BOE. 2011. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-5708-consolidado.pdf>
28. 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. DOGC núm 2116 de 18/10/1995 [Internet]. dogc. 1995. Available from: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/2116/73426.pdf>
29. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-6.
30. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2015;24:608-10. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/>
31. Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de febrer de 2014, sobre contractació pública i per la qual es deroga la Directiva 2004/18/CE) (DOUE L 94, de 28.03.2014). 2014.
32. Presidencia del Gobierno Aragón. Ley 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario. 2016;
33. Presidència Generalitat Valenciana. Ley 7/2017, de 30 de marzo, de la Generalitat, sobre acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario. 2017;
34. Comunidad Foral de Navarra. Ley Foral 13/2017, de 16 de noviembre, de concierto

- sociales en los ámbitos de salud y servicios sociales. 2017; Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-15290-consolidado.pdf>
35. Comunidad Autónoma de Extremadura. Ley 13/2018, de 26 de diciembre, de conciertos sociales para la prestación de servicios a las personas en los ámbitos social, sanitario y sociosanitario en Extremadura. 2018; Available from: <https://boe.es/buscar/pdf/2019/BOE-A-2019-1792-consolidado.pdf>
 36. ACEBA. Adaptació constant. 2020 l'any COVID. L'Atenció Primària l'escut protector de la vostra salut. 2020 [cited 2022 Jun 1];17–20. Available from: www.aceba.cat
 37. Ministerio de Sanidad. Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. 2021;
 38. Meneu R. AES ante el Anteproyecto de Ley sobre Equidad, Universalidad y Cohesión del SNS. El artículo 1 - Blog Economía y Salud [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 5]. Available from: <https://www.aes.es/blog/2021/12/22/aes-ante-el-anteproyecto-de-ley-sobre-equidad-universalidad-y-cohesion-del-sns-el-articulo-1/>
 39. Lafarga J, Iruela A. Alegaciones ACEBA al Anteproyecto de Ley de Equidad, Universalidad y Cohesion del SNS-30.11.2021. 2021;
 40. Llei 9/2017, de 8 de novembre, de contractes del sector públic, per la qual es transposen a l'ordenament jurídic espanyol les directives del Parlament Europeu i del Consell 2014/23/UE i 2014/24/UE, de 26 de febrer de 2014. 2017.
 41. Observatori del Sistema de salut de Catalunya. Central de Resultats. Atenció primària. Dades 2018 [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <http://observatorisalut.gencat.cat>
 42. Serrano E. La economía es muy peligrosa [Internet]. La Vanguardia. 2022 [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://www.lavanguardia.com/economia/20220521/8281890/economia-ciencia-economistas.html>