



Universitat Autònoma
de Barcelona

Tesi doctoral

LES ENTITATS DE BASE ASSOCIATIVA, UNA APORTACIÓ D'OSONA A LA SANITAT CATALANA

Doctorand

Toni Iruela López

Departament

**Departament de Psiquiatria i Medicina Legal
de la Universitat Autònoma de Barcelona.**

**Càtedra de Responsabilitat Professional Mèdica i Medicina Legal
de la Universitat Autònoma de Barcelona.**

Dirigida per

Prof. Dr. Josep Arimany i Manso

Prof. Dr. Carles Martin Fumadó

Prof. Dr. Josep Maria Vilaseca Llobet

Tutor: Dr. Antoni Bulbena Vilarrasa

L'autor declara de manera responsable el caràcter original i inèdit d'aquesta tesi.
Aquest estudi s'ha fet sense cap tipus de finançament

Taradell, setembre de 2022

JOSEP ARIMANY MANSO. Doctor en Medicina, amb DNI 77287780Y, Director de l'Àrea de Praxi del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i Director del Servei de Responsabilitat Professional del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Director de la Càtedra de Responsabilitat Professional Mèdica i Medicina Legal de la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor Associat del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la Universitat Autònoma de Barcelona.

CERTIFICA

Que la tesi titulada: **“Les entitats de base associativa, una aportació d'Osona a la sanitat catalana”**, de la que és autor **Toni Iruela López**, ha estat realitzada sota la meva direcció i està en condicions de ser presentada per al tràmit de lectura i defensa pública davant el Tribunal corresponent per a la obtenció del grau de Doctor.

Barcelona, 3 d'octubre de 2022

ARIMANY	Firmado
MANSO	digitalmente por
JOSE -	ARIMANY
77287780	MANSO JOSE -
Y	77287780Y
	Fecha:
	2022.10.03
	10:03:53 +02'00'

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal.

Facultat de Medicina

CARLES MARTIN FUMADÓ. Doctor en Medicina, amb DNI 46621557M, responsable de la Unitat de Medicina Legal del Servei de Responsabilitat Professional del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i Professor Associat del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la Universitat Autònoma de Barcelona.

CERTIFICA

Que la tesi titulada: **“Les entitats de base associativa, una aportació d’Osona a la sanitat catalana”**, de la que és autor **Toni Iruela López**, ha estat realitzada sota la meua direcció i està en condicions de ser presentada per al tràmit de lectura i defensa pública davant el Tribunal corresponent per a la obtenció del grau de Doctor.

Barcelona, 3 d’octubre de 2022

Carles
Martin
Fumadó

Firmado
digitalmente por
Carles Martin
Fumadó
Fecha: 2022.10.03
09:39:33 +02'00'

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

JOSEP MARIA VILASECA LLOBET. Doctor en Medicina, amb DNI 90001948G, Professor Associat de la Facultat de Medicina de la Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya.

CERTIFICA

Que la tesi titulada: “**Les entitats de base associativa, una aportació d’Osona a la sanitat catalana**”, de la que és autor **Toni Iruela López**, ha estat realitzada sota la meva direcció i està en condicions de ser presentada per al tràmit de lectura i defensa pública davant el Tribunal corresponent per a la obtenció del grau de Doctor.

Barcelona, 3 d’octubre de 2022

JOSEP MARIA
VILASECA
LLOBET /
num:08313862

Signat digitalment
per JOSEP MARIA
VILASECA LLOBET /
num:08313862
Data: 2022.10.03
15:54:00 +02'00'

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

*In some motel room, there'll be a radio playing
And you'll hear me sing this song
Well, if you do, you'll know I'm thinking of you
And all the miles in between
And I'm just calling one last time
Not to change your mind, but just to say I miss you, baby
Good luck, goodbye, Bobby Jean*

Bruce Springsteen, 1984

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

AGRAÏMENTS

Al Dr. Josep Arimany i Manso, director de l'Àrea de Praxi del COMB, director de la Càtedra de Responsabilitat Mèdica i Medicina Legal i director d'aquesta tesi, pel seu lideratge i acompanyament en el projecte.

Al Dr. Carles Martin Fumadó, responsable de la Unitat de Medicina Legal al Servei de Responsabilitat Professional del COMB i director d'aquesta tesi, per la seva generositat i el seu suport permanent al llarg de tot el projecte.

Al Dr. Josep Maria Vilaseca, cap del Servei d'Atenció Primària d'Althaia, company a la UVIC-UCC com a professor associat i director d'aquesta tesi, per la seva confiança i proximitat, i per les seves aportacions al relat històric d'aquesta tesi, part destacada d'aquest projecte.

Al Dr. Antoni Bulbena, tutor de la tesi, catedràtic de Psiquiatria de la Universitat Autònoma de Barcelona, director del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal i figura essencial a la Càtedra de Responsabilitat Mèdica i Medicina Legal, per acollir-me i permetre'm desenvolupar aquesta tesi al seu departament.

A la Hble. Sra. Marina Geli, exconsellera de Salut i directora general de la Facultat de Medicina UVIC-UCC, per la seva amistat, confiança i el seu estímulo constant per tirar endavant aquesta tesi.

A la Irene Moral, pel seu treball eficaç i discret, i per la seva ajuda per fer-me entendre els secrets de l'estadística.

A en Josep Lluís Lafarga, advocat especialitzat en dret públic, pel treball compartit a l'ACEBA i les seves lliçons de dret per a *dummies*.

A en Carles Blay, per la seva amistat i pel seu suport i disponibilitat.

A en Rafa Manzanera, per les seves aportacions i per cuidar-me.

A en Jordi Espinàs, el meu tutor de medicina familiar i comunitària (MFIC), amb qui aquesta tesi m'ha permès de retrobar i poder gaudir del seu entusiasme i coneixement.

A tots els companys de les organitzacions on he treballat (Hospital General de Vic, ABS Santa Eugènia de Berga, EBA Centelles, CatSalut, EBA Vallcarca i Facultat de Medicina UVIC-UCC), per tot el que m'han aportat.

Al Dr. Jaume Padrós, president del COMB, i als companys de la junta directiva, amb els qui vaig compartir treball durant quatre anys i em van permetre conèixer aquesta institució, inspiradora del professionalisme mèdic, i els quals, entre d'altres projectes, van impulsar la creació de la Càtedra de Responsabilitat Mèdica i Medicina Legal, decisiva per tirar endavant aquesta tesi.

A tots els metges i les metgesses, col·lectiu del qual em sento orgullós de formar-ne part, i en especial als companys i les companyes de la meva societat científica, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

A les juntes directives de l'ACEBA, per la seva confiança, la qual m'ha permès aprofundir en el coneixement de l'autogestió professional a l'APS.

A Rafael Arroyo, Jordi Villa i Cruz Carrascosa del Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal de la Universitat Autònoma de Barcelona, pel seu suport a l'hora de fer tots els tràmits i les gestions universitàries.

Als meus amics, als quals espero recuperar properament...

A mis padres, Pruden (D.E.P.) y Magda, por su inmensa generosidad y por su apuesta por la educación y la cultura del esfuerzo, y a toda mi familia.

Finalment, a l'Alicia, l'Andrea i el Toni, per la seva estima, paciència i comprensió.

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

ÍNDEX

Les entitats de base associativa, una aportació d'Osona a la sanitat catalana

Índex

1. Introducció	21
1.1. Història de les EBA i del model sanitari català	23
1.2. Definició i característiques de les EBA.....	55
1.3. Osona i les seves aportacions a la sanitat catalana. Les primeres EBA.....	60
1.4. El model EBA. Codi de bon govern. Decàleg de les EBA	62
1.5. Normativa aplicable a les EBA.....	67
1.6. L'accés a la provisió de serveis.....	79
1.7. Aportacions del model d'autogestió de les EBA.....	80
1.8. Condicionants actuals de la sanitat que justifiquin la necessitat d'avaluar el model EBA. Anàlisi dels factors externs de les EBA. Proposta d'expansió del model. Per què no hi ha més EBA?	83
1.8.1. Condicionants del sistema sanitari i de l'APS catalana	83
1.8.2. Anàlisi dels factors externs de les EBA	84
1.8.3. Amenaces	84
1.8.4. Oportunitats	85
1.8.5. Proposta expansió del model.....	86
1.8.6. Per què no hi ha més EBA a Catalunya gestionant l'atenció primària?	86
1.9. Justificació de la tesi.....	88
2. Hipòtesi i objectius.....	89
2.1. Hipòtesi principal	91
2.2. Objectius principals	91
2.3. Objectius secundaris	91
3. Metodologia.....	93
3.1. Disseny	95
3.2. Marc teòric	95

3.3. Mostra i procedència	97
3.4. Variables	98
3.5. Anàlisi estadística.....	99
3.5.1. Anàlisi de les dades assistencials (font de dades CdR)	100
3.5.2. Anàlisi de les dades sobre satisfacció dels usuaris (font de dades PLAENSA®)	100
3.5.3. Anàlisi de les dades sobre qualitat de vida dels professionals (font de dades ACEBA)	101
3.5.4. Anàlisi multivariant dels resultats d'eficiència principals	101
3.6. Aspectes medicolegals i ètics.....	102
4. Resultats	103
4.1. Distribució de centres per entitat.....	105
4.2. Anàlisi de les dades assistencials (font de dades CdR)	106
4.2.1. Resultats dels principals indicadors d'activitat assistencial, freqüència i ús	106
4.2.1.1. Descripció de la població assignada per centre i entitat.....	106
4.2.1.2. Descripció del nombre de visites anuals per centre i entitat.....	108
4.2.1.3. Descripció del nombre de visites anuals per pacient assignat, centre i entitat	110
4.2.2. Resultats dels principals indicadors d'efectivitat i procés assistencial.....	112
4.2.2.1. Dies d'incapacitat laboral	112
4.2.2.2. Taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables	113
4.2.2.3. Puntuació de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica	115
4.2.2.4. Cobertura vacunal antigripal de la població de seixanta anys o més	116
4.2.3. Resultats dels indicadors d'eficiència principals	118
4.2.3.1. Nombre de receptes per usuari (estandarditzat)	118
4.2.3.2. Cost per usuari (estandarditzat)	120
4.2.3.3. Taxa d'usuaris polimedicats	121
4.2.4. Altres indicadors generals.....	122
4.2.4.1. Índex socioeconòmic compost	122
4.2.4.2. Despesa de contractació.....	123
4.2.4.3. Despesa per càpita (despesa contractació / persones assignades)	124
4.2.4.4. Índex de morbiditat	125
4.2.4.5. Assoliment del contracte	125
4.2.4.6. Factor territorial (2020).....	127

4.3. Anàlisi de les dades sobre satisfacció dels usuaris (font de dades PLAENSA®)	128
4.4. Anàlisi de les dades sobre qualitat de vida dels professionals (font de dades ACEBA)	129
4.5. Relació entre l'entorn de les EBA i altres indicadors.....	129
4.6. Anàlisi multivariant dels principals indicadors	133
4.6.1. Anàlisi multivariant dels principals indicadors d'eficiència.....	134
4.6.2. Identificació dels possibles determinants de l'indicador d'efectivitat. Cobertura vacunal antigripal de la població de seixanta anys o més (%)	135
4.6.3. Identificació dels possibles determinants de l'indicador d'adequació. Taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables	136
4.6.4. Identificació dels possibles determinants de l'indicador general durada mitjana per episodi d'incapacitat laboral.....	137
4.6.5. Identificació dels possibles determinants del grau de satisfacció del pacient.....	138
4.6.6. Identificació dels possibles determinants del grau d'assoliment del contracte	139
4.6.7. Quadre resum dels resultats principals	141
5. Discussió	145
5.1. Discussió sobre els resultats	148
5.1.1. Activitat	148
5.1.2. Efectivitat.....	148
5.1.3. Eficiència	149
5.1.4. Dades generals rellevants	149
5.1.5. Satisfacció dels usuaris	150
5.1.6. Qualitat de vida dels professionals	150
5.1.7. Altres indicadors d'interès	150
5.1.8. Discussió sobre els models multivariants.....	151
5.2. Factors que podrien explicar els resultats satisfactoris de les EBA	153
6. Limitacions del treball.....	157
6.1. Limitacions metodològiques.....	159
6.2. Limitacions atribuïbles a l'investigador	162
7. Conclusions, aportacions i línies futures de recerca	163
7.1. Conclusions	165
7.2. Aportacions rellevants.....	168
7.3. Línies futures de recerca	169

8. Llistat de sigles, acrònims i abreviatures	173
9. Bibliografia	177
10. Índex de taules i figures.....	195
10.1. Taules.....	197
10.2. Figures	198
11. Annexos	201
Annex 1. Indicadors inclosos al capítol de dades generals per any	203
Annex 2a. Indicadors inclosos al capítol d'adequació per any (I)	205
Annex 2b. Indicadors inclosos al capítol d'adequació per any (II).....	206
Annex 3. Indicadors inclosos al capítol d'efectivitat per any	207
Annex 4. Indicadors inclosos al capítol d'eficiència per any	208
Annex 5. Indicadors inclosos al capítol d'essencial per any.....	209
Annex 6. Indicadors inclosos al capítol de TIC i EQA (2017-2018) per any	210
Annex 7. Indicadors registrats a la Central de Resultats (any 2018)	211
Annex 8. Qüestionari de satisfacció (Informe PLAENSA®)	216
Annex 9. Qüestionari de qualitat de vida dels professionals (QVP-35)	217
Annex 10. Dictamen del Comitè Ètic d'Investigació Clínica.....	219

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

1. INTRODUCCIÓ

Les entitats de base associativa, una aportació d'Osona a la sanitat catalana

1. Introducció

S'exposa, en aquest apartat, el marc teòric d'aquesta tesi que, a manera d'introducció, inclou els apartats de descripció de la història de les EBA (entitats de base associativa) i del model sanitari català, la definició i la característica de les EBA, la descripció d'Osona i de les seves aportacions a la sanitat catalana, el model EBA amb el seu codi de bon govern i el decàleg de les EBA, la normativa aplicable a les EBA, l'accés a la provisió de serveis, les aportacions del model d'autogestió de les EBA, la proposta d'expansió del model i, finalment, la justificació d'aquesta tesi.

Aquest marc donarà pas a l'àmbit empíric de la tesi.

1.1. Història de les EBA i del model sanitari català

L'any 1981, la Generalitat de Catalunya va rebre les transferències en matèria sanitària (1). En aquell moment, el 30% dels recursos de llits corresponien a la Seguretat Social, i el 70% a d'altres proveïdors sanitaris.

S'inicià el desplegament del mapa sanitari de Catalunya amb el propòsit d'aprofitar tots els recursos existents.

Es van establir les bases del model durant el període 1983-1989 amb la creació de l'Institut Català de la Salut (ICS) i la creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP).

Es va iniciar la reforma de l'atenció primària (RAP) amb el Decret 84/1985 de mesures per reformar l'atenció primària de salut (APS) (2). L'APS catalana i, en general, l'espanyola va tenir una inspiració evident en l'atenció primària del Regne Unit (3).

L'any 1990 s'aprovà la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) (4). Amb aquesta llei es formalitza el model sanitari català. La LOSC configura el model sanitari català caracteritzat per la seva universalitat, la separació de les funcions de planificació i contractació de les funcions de gestió i provisió dels serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut pública i el finançament públic per impostos i gratuït en el lloc de la prestació. Altres característiques rellevants del model són les següents: la diversificació de proveïdors, la diversitat de fórmules de gestió, la desconcentració de l'organització en regions sanitàries i sectors sanitaris, i la participació comunitària amb consells de direcció, consells de salut i la participació d'òrgans de govern de les institucions sanitàries (5).

El gener del 1991 es creà el CatSalut (Servei Català de la Salut), que començà el seu camí transformant-se en una asseguradora pública.

Pel que respecta a l'inici de la història de les EBA, l'any 1994 ja transcendeixen a la premsa local de Vic els primers moviments per fer un segon ambulatori (així s'anomenaven en aquell moment els centres d'atenció primària) a Vic de gestió privada (6). Es tracta, per tant, de moviments que eren previs a la modificació de la LOSC. Algunes pistes sobre les intencions de l'autoritat sanitària queden recollides en una entrevista a Francesc Moreu, gerent de la Regió Centre de CatSalut (7).

Per tal de permetre que els professionals sanitaris poguessin convertir-se en proveïdors de serveis d'atenció primària, i amb l'objectiu de diversificar la provisió de serveis sanitaris i promoure el professionalisme i l'autonomia de gestió, es va promoure una reforma de la LOSC; la modificació parcial de la LOSC (8) que el Parlament de Catalunya va aprovar el setembre del 1995, amb els vots a favor de Convergència i Unió (CiU), Partit dels Socialistes de Catalunya (PSC), Partido Popular (PP), l'abstenció d'Esquerra Republicana de Catalunya (ERC) i el vot en contra d'Iniciativa per Catalunya (IC).

Resulta interessant la descripció dels moviments dels grups d'interès principals (en anglès, *stakeholders*) i de les resistències inicials a la que hauria de ser la primera EBA a Vic, especialment, la dels metges de l'ICS; cal recordar que la reforma de l'APS estava pendent de concretar-se a Osona i que s'augmentava la dedicació dels professionals de dues a sis hores de consulta (9).

També van ser clau els dubtes inicials del veïns que, bàsicament, s'interessaven per l'accessibilitat i la gratuïtat del servei (10). En l'àmbit polític, el PSC també va expressar els seus dubtes quant al procés, en la mesura en què semblava que la gestió de l'àrea bàsica de salut (ABS) Vic Sud ja estava assignada abans del concurs (11).

El suport del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), presidit aleshores pel Dr. Miquel Bruguera, va ser clau en tot moment; al suport ideològic, polític i professional també es va sumar el financer per a l'adquisició del local de Vic Sud (12).

El paper de la Direcció d'Atenció Primària (DAP) Osona (13) també va ser molt important, tal com va recollir l'entrevista a la seva directora, la Dra. Lola March. Cal tenir present que ens trobàvem en plena reforma de l'APS a la comarca i que el procés implicava no només l'obertura del nou CAP El Remei, sinó també culminar la reforma de l'APS.

Sota el lideratge del Dr. Ledesma, i amb el suport del COMB, un grup de professionals emprenedors va constituir l'entitat Equip d'Assistència Primària Vic, societat limitada professional (SLP), que el mes de setembre del 1996 va optar a l'adjudicació, per concurs públic (14), de la concessió per a la gestió dels serveis d'atenció primària de l'ABS Vic 2.

El divendres 6 de setembre del 1996, les pliques es van obrir i l'equip del Dr. Ledesma va guanyar el concurs (15).

Així es va crear el CAP El Remei, primer centre d'atenció primària (CAP) autogestionat, que va obrir les portes als ciutadans i les ciutadanes de l'àmbit territorial de referència l'1 d'octubre del 1996. El paper de l'Ajuntament de Vic també va ser molt important per tal de garantir un bon servei i l'assignació dels pacients a les dues ABS de la ciutat (16).

El 14 d'octubre del 1996, els professionals de l'EBA Vic Sud van iniciar l'activitat assistencial al CAP El Remei. Aquesta iniciativa tenia com a objectius augmentar la implicació dels professionals en la gestió dels serveis d'atenció primària i la satisfacció dels ciutadans, i donar un millor servei, amb més qualitat i menys cost. Això significava ser més efectiu i assumir riscos econòmics en farmàcia, proves complementàries i en compra d'atenció especialitzada. En definitiva, es volia incrementar la capacitat de resolució de l'atenció primària i fer-la sostenible, tot garantint la qualitat dels serveis oferts.

Els primers mesos de funcionament es van caracteritzar pel fet que el CAP El Remei intentés assolir els usuaris pactats amb CatSalut i, per fer-ho, posés en marxa estratègies per captar els pacients i en la programació de les visites concertades (17).

El 25 de febrer del 1997, el conseller Eduard Rius va inaugurar les dues ABS reformades de Vic.

El 28 de febrer del 1997, a la premsa local, va aparèixer el següent article: «El CAP de Vic marca un abans i un després...», en què el conseller Rius recull la rellevància del primer CAP autogestionat i la finalització de la reforma de l'APS a Vic (18).

L'octubre d'aquest any 1997, el Dr. Estrada (19), emblemàtic metge del Vic Nord, va ser fitxat pel CAP El Remei; amb aquest moviment estratègic, Vic Sud s'assegurarà legitimitat, prestigi i més assignació de pacients.

A manera de balanç, la premsa va recollir que, durant el primer any de funcionament, es van fer 78.000 visites, amb un alt nivell de satisfacció i un resultat econòmic sense dèficit (20).

A finals d'aquest any, es publicà el Decret 309/1997, de 9 de desembre (21), pel qual s'estableixen els requisits d'acreditació de les EBA per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària.

Dos anys després que s'obrí el CAP El Remei, els resultats destacaven pel descens del nombre de derivacions a l'especialista i, per tant, per la capacitat de resolució (22).

El tercer any, els resultats van destacar per l'estalvi a urgències i els ingressos hospitalaris (23), també es va tenir en compte la millora del coneixement del valor del producte sanitari.

La premsa local de Vic recollí per primera vegada que a Centelles s'estava estudiant un model similar per a la gestió del seu CAP (23).

Quan es complien els tres anys de funcionament del CAP El Remei, es presentà un estudi al COMB de la consultoria Arthur Andersen (24) que avalava tant els resultats assistencials com de satisfacció dels pacients i els professionals, per la qual cosa el COMB el va considerar un model que calia exportar (25).

A principis de l'any 2000, a la premsa local, es parlava que Centelles podria acollir una ABS de gestió privada; cal recordar que faltava concloure la reforma de l'APS a Centelles i la construcció del CAP, i que es podria aprofitar també per fer el canvi de model de gestió (26).

L'abril de l'any 2000, la Generalitat va confirmar la seva intenció de possibilitar la gestió privada per a l'ABS de Centelles. Van aparèixer recels polítics a Balenyà, Sant Martí de Centelles i, sorprenentment, també per part del CiU de Centelles (27); cal tenir present que, en aquell moment, CiU governava a la Generalitat de Catalunya.

L'obertura del CAP Centelles (28) es va retardar fins a finals d'any; cal recordar que la reforma d'aquesta ABS implicava la construcció del CAP nou i ja s'anava filtrant en el món sanitari la possibilitat de treure a concurs la gestió d'aquesta ABS.

A mitjans de novembre del 2000 va sortir la licitació de la gestió futura de l'ABS Centelles, l'ABS Sardenya (Barcelona ciutat) i l'ABS de l'Escala (l'Escala, Girona) (29).

S'aprovà el Decret 378/2000 que creava el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) (30). Amb l'aprovació d'aquest decret, el CatSalut passava a proveir amb

caràcter general els serveis sanitaris a la població de Catalunya mitjançant els centres i serveis del SISCAT. El SISCAT està constituït pels centres, serveis i establiments sanitaris següents: a) Els que configuren la XHUP. b) Els que configuren la xarxa de centres, serveis i establiments sociosanitaris d'utilització pública de Catalunya. c) Els que configuren la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública de Catalunya. d) Els d'atenció primària, tant els gestionats per l'ICS com tots els que tenen establert un conveni o contracte programa amb el CatSalut.

Pel que fa a la prestació d'atenció farmacèutica, la prestació ortopèdica, la prestació de proves diagnòstiques, el transport sanitari, l'oxigenoteràpia i la rehabilitació es portava a terme a través dels centres, serveis i establiments previstos en la normativa específica de regulació d'aquests serveis i prestacions. Amb el SISCAT es disposava d'un sistema que aglutinava els centres i serveis de les diferents xarxes, així com també els d'atenció primària, que actuaven de manera coordinada i oferia una atenció integral a la salut dels ciutadans adoptant criteris de planificació comuns.

La gestió de l'ABS Centelles (31) s'adjudicà a l'equip de professionals que liderava el Dr. Vilatimó i va començar la seva activitat oficialment el 27 de desembre del 2000, el mateix dia en què també ho faria l'EBA de Sardonya (32).

Des del punt de vista assistencial, el 9 de febrer del 2001, entrà en servei la nova ABS de Centelles, gestionada pels propis professionals, sota la fórmula jurídica de SL (societat limitada), i amb la participació de metges i infermeres, i com a soci professional, el Consorci Hospitalari de Vic (CHV) (32).

El 16 de juny del 2001 va tenir lloc la inauguració oficial del CAP Centelles (33) en què, del discurs de l'alcalde Miquel Arisa de Centelles, cal destacar la menció a la lleialtat institucional per donar per bona aquesta experiència de gestió professional al CAP de la seva ciutat.

Les primeres EBA (Vic, Centelles, Sardonya) van iniciar la singladura amb història clínica informatitzada amb el programa OMI-AP (Oficina Médica Informatizada - Atención Primaria) de l'empresa Stacks. El 25 de setembre del 2001 va ser quan el Govern autoritzà a CatSalut la despesa pluriennal de gairebé 10 M€ per la informatització de l'APS de l'ICS (34) i desenvolupar el programa que actualment coneixem com ECAP.

Durant el període 2000-2004 es van crear nou entitats noves, amb un total d'onze ABS, ubicades al territori català: l'equip d'atenció primària (EAP) Osona Sud-Alt Congost (Centelles), l'EAP Sardonya (Barcelona ciutat), l'EAP Poble Sec (Barcelona ciutat), l'ABS Albera Salut (Peralada), l'ABS Alt Camp Oest (Alcover), i altres EAP de Barcelona ciutat: l'EAP Vallcarca-Sant Gervasi, l'EAP Sarrià, l'EAP Vallplasa Atenció Primària i l'EAP Dreta Eixample.

El desenvolupament de les EBA va impulsar la relació entre els professionals dels serveis d'atenció primària, l'execució d'actuacions conjuntes, la complementarietat i les sinèrgies entre els diferents centres autogestionats. Amb aquesta finalitat, el 15 de novembre del 2002 es va crear l'Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa (ACEBA), que integrava tots els centres autogestionats en atenció primària de Catalunya (35).

L'octubre de l'any 2002 es va publicar l'Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'aproximació a la situació de l'atenció primària de salut a Catalunya (36). L'informe apostava per potenciar els mitjans humans i econòmics per acabar d'implantar la RAP, desburocratitzar la gestió dels centres, millorar la coordinació entre l'atenció primària i l'hospitalària, fer efectiu el dret a l'elecció de metge i diversificar els models de gestió, en la línia ja encetada, i generalitzar l'aplicació de les solucions innovadores en la prestació del servei que s'experimenten amb èxit en alguns d'aquests models (EBA).

A la premsa local, es va recollir la publicació d'aquest important informe, així com també la valoració positiva que en feia el Dr. Ledesma (37).

Els primers anys del Govern tripartit, sota el lideratge de la consellera Marina Geli, van estar marcats per una sèrie de dubtes pel que fa al model. En aquest sentit, la consellera va encarregar un estudi a l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) sobre els models de provisió de l'atenció primària de salut (38) que va finalitzar l'any 2006. La conclusió oficial va ser que cada model tenia les seves fortaleeses i debilitats i, en tot cas, l'estudi no va permetre avalar les resistències dels detractors del model EBA.

El CAP El Remei va presentar els actes del desè aniversari a finals de setembre del 2006 (39) i, a primers d'octubre, la premsa recollí la possibilitat que s'obris un tercer CAP a Vic i que la consellera Geli participés als actes del desè aniversari (40), la qual cosa es podia interpretar com una aposta pel model d'autogestió professional i la desaparició de les reticències inicials que, en gran part, també estaven motivades pels socis de govern: ERC i IC.

El 15 de març del 2007 es publicà la Llei 2/2007, de societats professionals (41), que adaptava la normativa europea a la legislació espanyola i, en certa manera, també incorporava l'esperit del decret de les EBA.

Malgrat els bons resultats i el marc normatiu i polític estable, la creació de noves EBA s'estancà; una de les possibles causes identificades en aquell moment era, segons Ledesma, que als professionals no els interessava implicar-se més en l'exercici (42).

S'aprovà la Llei de l'ICS (43), que el transformà en empresa pública (43), Francesc Jose Maria feia balanç en aquesta entrevista a *Diario Médico* (44), en la qual comenta que l'objectiu era

que, amb les experiències pilot d'autonomia de gestió, es pogués assolir la mateixa capacitat resolutiva que les EBA. Aquestes experiències pilot eren les de Lleida 3, Tarragona 7, Barcelona 10E (Encants), Salt, Esplugues de Llobregat 1 (Can Vidalet), Vilassar de Mar, Terrassa C (Can Parellada), Santa Eugènia de Berga, Tremp i Flix. (45). Les claus del projecte eren, segons els documents, les següents: autonomia de gestió en una empresa pública corporativa, amb majoria de personal estatutari; autoorganització del treball; decisió sobre la composició de l'equip; selecció dels contractats; prestació de tota la cartera de serveis públics; garantia d'atenció integral i gestió de la continuïtat assistencial en clau territorial; compra de serveis i productes intermedis, i capacitat de control de la despesa amb un fons de maniobra propi. El risc d'aquesta experiència era molt menor que el de les EBA: en la majoria dels casos, els metges fundadors van deixar l'ICS (van marxar de l'empresa on eren estatutaris amb un període d'excèdència previ de tres anys) per crear una EBA, amb la fórmula de cooperativa o societat limitada, i optar (per concurs públic) a la gestió d'un CAP del CatSalut. Aquests metges i infermeres, a més a més, assumien riscos derivats de la gestió, inclosa la despesa farmacèutica.

L'experiència d'autonomia de gestió continuava essent ben valorada pel COMB, per la qual cosa es plantejava per què no avançava la fórmula de les EBA (46). No es disposaven de dades de la implantació real i dels resultats del projecte d'autonomia de gestió de l'ICS, que es va anar diluint en el temps. Segons el Dr. Ledesma, la diferència principal era que a l'ICS no hi havia implicació jurídica (propietat de l'empresa) ni econòmica (risc sobre els resultats) dels professionals. La causa de la paràlisi l'atribuïa a les pressions dels hospitals i del propi ICS, que no volien renunciar a aspirar a gestionar més centres d'atenció primària, més que no pas a qüestions polítiques. Ledesma apuntava oportunitats per a noves EBA a Manlleu, Sant Cugat i Vic.

Malgrat tot, a finals de desembre del 2008, el Dr. Ledesma va deixar la direcció de l'ACEBA (47); explicava que el motiu principal era que l'autogestió no avançava a Catalunya, quan en aquell moment hi havia una expectativa important d'implantació a l'APS de Madrid ciutat.

Els darrers anys, el Departament de Salut de la consellera Geli va estar marcat per una aposta per l'APS, amb una càrrega simbòlica important, com va ser el nomenament de dos metges de família com a gerents territorials del CatSalut (Dr. Joaquim Pellejà i Dr. Toni Iruela), ambdós provinents d'EBA: l'EBA d'Alcover (48) i l'EBA de Centelles (49). El marc conceptual va ser el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària (50) (51) que es caracteritzava per promoure l'autonomia de gestió dins de l'ICS (45) i per la recuperació de l'autogestió (51). Aquest Pla d'innovació impulsat, gestionat i inspirat pel Departament de Salut va tenir en compte els resultats de l'estudi realitzat per l'IES (38). Aquest estudi destacava que les EBA tenien més implicació dels professionals, i alguns resultats assistencials superiors, com, per exemple, la menor quantitat de sol·licituds de proves complementàries i derivacions, una menor despesa farmacèutica i del temps d'espera per ser atès pel metge de referència. El Dr. Jaume Sellarés,

president de l'ACEBA, va demanar que es publicuessin tots dos estudis (el primer, el va fer la Fundació Avedis Donabedian, FAD) que van avaluar i comparar els tres models de gestió de l'APS (52). La valoració oficial que va fer el Departament de Salut de l'estudi va ser que no era concloent i que cada model de gestió tenia diferents fortaleces i debilitats sense una superioritat clara dels models de gestió avaluats. En aquest context, cal emmarcar les declaracions en el sentit d'intentar promoure més EBA (50, 51,53,54) i donar sortida a la petició de més de 150 metges de liderar projectes d'autogestió (55).

A finals de setembre del 2009 es va conèixer i fer públic el treball de l'IES sobre els diferents models de gestió; recordem que va ser encarregat pel CatSalut l'any 2005 i que es va finalitzar el 2006. L'IES el va fer públic el setembre del 2009, es va introduir un corrent d'opinió que expressava que la bona AP no depenia tant de la gestió (56) com la dels seus professionals.

On sí es va poder concretar l'autogestió va ser a l'Alt Urgell, on l'octubre del 2009 es va poder constituir la Cooperativa de Pediatres per donar una solució professional al problema territorial de la provisió especialitzada de pediatria (57).

Pediatria dels Pirineus és una societat cooperativa catalana limitada professional en l'àmbit de la pediatria, amb personalitat jurídica pròpia, que neix amb els objectius de garantir una atenció pediàtrica, primària i hospitalària organitzada, de qualitat, sostenible i eficient a la comarca de l'Alt Urgell; minimitzar les incidències amb el màxim control de la despesa; i crear un model homogeni d'atenció pediàtrica amb la mínima variabilitat.

Es tracta de la primera EBA organitzada de manera cooperativa pels treballadors que dona aquest servei. L'octubre del 2009 es va signar un conveni entre la Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell (FSH), l'ICS, l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (HSJD) i el Departament de Salut per prestar assistència pediàtrica (primària i hospitalària) a l'Alt Urgell.

Aquesta experiència va aconseguir cobrir el 100% de l'assistència pediàtrica, dotar l'ambulatori d'una accessibilitat excel·lent (100% d'èxit per visita pediàtrica en menys de 48 hores i 0,46-0,66 dies de demora per cita prèvia), disminuir les visites pediàtriques al servei d'urgències de la FSH en un 30% (del 66% en horaris d'obertura de l'ambulatori). També va aconseguir disminuir les derivacions a centres fora de la comarca un 33% i els trasllats interhospitalaris un 41%. En l'àmbit docent es consoliden les sessions al territori i es millora l'assistència dels professionals als cursos formatius (mitjana de 6,5 cursos/professional l'any 2010 i 5,6 l'any 2011) (58).

El mateix CatSalut va ser qui, mitjançant la gerència de l'Alt Pirineu i Aran, va demanar a l'HSJD que assumís la prestació de pediatria de la Comarca de l'Alt Urgell. El motiu era, d'una banda, que hi havia alguns dies descoberts de prestació i això havia generat un enrenou mediàtic i,

d'una altra banda, que els costos de la prestació de pediatria eren molt elevats, ja que els metges que feien guàrdies a la FSH demanaven una retribució molt elevada per fer aquesta activitat.

Des del primer moment, com a criteri d'acceptació de l'encàrrec, es va establir que es fes per mitjà d'una entitat amb autonomia de gestió, autogestionada, amb el control de l'HSJD i que l'HSJD donés suport a l'àmbit del coneixement (formació continuada) i alta especialització sempre a demanda dels professionals.

El concert amb el CatSalut el tenia l'HSJD i el servei es prestava mitjançant la cooperativa de la que era soci (25%).

L'experiència de l'autonomia de gestió de l'ICS continuà i van aparèixer les primeres avaluacions i la constatació de riscos (59) amb la tensió entre la bona pràctica clínica i la bona gestió, la prudència excessiva pel que fa a la millora de les remuneracions i la manca de recursos per respondre a iniciatives assistencials de qualitat.

A finals del 2009 es va donar a conèixer el Consorci Castelldefels Agents de Salut (CASAP), el quart model de gestió d'APS (60), es tractava d'un consorci integrat en un 80% per l'ICS i un 20% per l'Ajuntament de Castelldefels, que va obtenir uns resultats excel·lents al *benchmarking* de la Regió Sanitària Barcelona (RSB) del CatSalut.

L'any 2010 destaca la publicació del primer informe de la Central de Resultats de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (CdR) (61) i l'aprovació de la Llei 21/2010, de 7 de juliol, d'universalització (62), que completa l'accés universal a la sanitat pública.

A finals d'any es van donar a conèixer els resultats de l'APS de Barcelona ciutat (63); en l'estudi que mesura l'accessibilitat i la satisfacció de l'usuari, l'efectivitat, la capacitat resolutiva i el cost-eficiència dels centres, les EBA es posicionen entre els deu millors equips. Així, doncs, encapçalaven les primeres posicions EAP Dreta de l'Eixample, Poble Sec, Sarrià-Vallvidrera-Les Planes, Vallcarca-Sant Gervasi i Sardenya.

L'any 2011, la crisi econòmica va obligar a portar a terme tot un seguit d'actuacions (retallades) per mantenir la sostenibilitat del sistema sanitari català. El Govern de la Generalitat havia canviat l'any 2010 i el nou conseller de salut, Boi Ruiz, fou l'encarregat d'aplicar la contenció de la despesa pública.

Va transcendir que la gestió de l'ABS Igualada no es va poder concretar cap a una EBA i que, àdhuc, aquesta adjudicació va acabar judicialitzada per part dels professionals promotors de l'EBA (64) donada la controvertida participació al concurs del Consorci Sanitari de l'Anoia,

dirigit aleshores per la Dra. Olga Pané. Aquest Consorci no va ser considerat mitjà propi de la Generalitat atès que aquesta condició no venia recollida als estatuts de la institució i, per tant, la seva participació va ser acceptada a la licitació, i finalment, va resultar guanyador del concurs.

Es publica la Llei 5/2011, de 29 de març, d'economia social (65).

A la jornada tècnica de l'ACEBA de novembre del 2011 s'evidencià l'interès de més de 200 professionals d'optar a l'autogestió (66). En aquestes jornades van participar professionals de l'ICS implicats en el projecte d'autonomia de gestió.

A finals de l'any 2011, els canvis que es volien promoure a l'ICS per avançar cap a l'autogestió (67) van transcendir vinculats al projecte de descentralització de l'ICS que el conseller Boi Ruiz volia impulsar amb voluntat de transformar els hospitals i els centres d'atenció primària en empreses autònomes. Així mateix, el CatSalut anunciava la voluntat de reactivar la fórmula de l'autogestió en mans d'EBA l'any 2012 (53).

A l'acte de presentació del llibre *La refundación de la atención primaria*, de Vicente Ortún, un cop més es reivindicà l'autogestió com a element de millora i prestigi per a l'APS (68).

L'any 2012, el Dr. Joan Aranalde substitueix el Dr. Jaume Sellarès en la presidència de l'ACEBA, i en una de les primeres declaracions va destacar la resiliència de les EBA a les retallades i l'expectativa de creixement amb dues EBA noves (69).

Un cop arxivada la via penal, el procés judicial del concurs de la gestió de l'ABS Igualada va seguir el seu curs i va transcendir que, en la via contenciosa administrativa, el jutjat número 10 de Barcelona podia obligar CatSalut a repetir el concurs (70), ja que, segons la sentència, no va respectar el principi d'igualtat de tracte i lliure competència. Però, finalment, això no va passar i el Consorci es va quedar la gestió de l'ABS Igualada-2 fins a l'actualitat.

De cara a les següents eleccions catalanes del 25 de novembre del 2012 era interessant veure el posicionament dels diferents partits polítics: destacava la postura en contra d'ERC (71) de donar més centres d'APS a la gestió segons la fórmula EBA.

Sens dubte, el més rellevant per a les EBA i per al model sanitari català va ser l'adjudicació de la gestió de l'ABS de l'Escala a Eulen (72). El sector sanitari català ho va considerar un trenca-ment perquè va suposar que una empresa de serveis generals sense arrelament territorial ni experiència en aquest servei entrava a la provisió de l'APS. Aquest capítol important de la història de la sanitat catalana encara s'ha d'estudiar en detall i transcendeix els objectius d'aquesta tesi doctoral.

A finals de l'any 2012 es va anunciar que es publicaria el primer informe de la CdR de l'APS, basat en dades del 2011 (73). Entre els catorze millors equips de l'APS catalana hi havia dues EBA (74). Els quatre millors equips (ICS) van ser Roda de Ter (Osona), Tortosa 1 Est-El Temple, Santa Coloma de Farners i Santa Eugènia de Berga (Osona). Quan s'analitza amb més profunditat aquest primer informe, es pot observar que, si tots els EAP es comportessin com la mitjana dels més eficients, es podrien estalviar 139 M€ (75).

El model d'autogestió es va reforçar en l'informe de CAREC (76), publicat a finals del 2012 (77), tot i que a les EBA se'ls demanava que assumissin part del risc financer associat amb l'ús dels equipaments.

A primers de l'any 2013, el nou conseller de Territori i Sostenibilitat, Santi Vila, es posicionà en contra de l'afany de lucre de la gestió dels serveis de salut (78). Anteriorment, com alcalde de Figueres, s'havia manifestat en contra de l'adjudicació de la gestió de l'ABS de l'Escala a Eulen. Cal recordar que aquesta adjudicació va ser recorreguda per la Fundació Salut Empordà (FSE) que ell mateix presidia. Com veurem més endavant, aquesta adjudicació a Eulen, l'empresa guanyadora del concurs públic, va ser criticada per sindicats, grups polítics i la majoria del sector de la salut que al·legaven que es trencava un consens majoritari dins del sistema de salut català.

I és així com, a finals de febrer del 2013, el Parlament de Catalunya va promoure la Moció 2 i 3/X/2013 (79) i instava el Govern a fer que el Departament de Salut no recorregués contra aquesta decisió, si l'Òrgan Administratiu de Recursos Contractuals de Catalunya (OARCC) estimava el recurs presentat per l'FSE. Així mateix s'instava a la creació d'un grup de treball en polítiques de contractació pública que havia de definir un nou marc normatiu que preservés el model públic actual, tot valorant especialment l'experiència i la trajectòria de les entitats sense ànim de lucre, per tal que l'ànim lucratiu no passés per davant de l'interès públic. La Moció 3 també instava a fer millores en l'Observatori de Salut, per tal que tota la informació referida a la gestió sanitària estigués a disposició de tots els ciutadans. Finalment, instava a disposar, en el termini de sis mesos, d'un document de bases per al Pacte Nacional de la Salut per a la sostenibilitat, la qualitat i la igualtat del sistema sanitari públic i universal de Catalunya.

Per tant, el context era políticament convuls, amb retallades, i el model sanitari català es veia amenaçat amb l'entrada d'empreses privades amb ànim de lucre al sector sanitari públic català, com havia estat el cas d'Eulen. Es va fer necessari reclamar el consens a l'entorn del model sanitari català i d'impulsar reformes per fer sostenible i viable el sistema. En aquest context cal emmarcar les reflexions sobre el que suposa l'autogestió (80).

L'abril del 2013 s'integrà a l'ACEBA la nova EBA, Muralles Salut SLP (81). La gestió de la nova EBA s'adjudicà a l'ABS Tarragona-8 (que ja funcionava i era gestionada per la Gestió i Presta-

ció de Serveis de Salut, GiPSS); es pot considerar que suposava la reactivació de l'autogestió. Segons va comentar el Dr. Ramon Monegal, el 16 de maig del 2011, entrà a registre del CatSalut una instància signada pel 97,3% de la plantilla del CAP Muralles en què sol·licitava al director del CatSalut, Dr. Josep M Padrosa, que considerés la possibilitat de transformar el CAP Muralles en un centre autogestionat sota la figura jurídica d'una EBA, i es notificava aquesta sol·licitud també al gerent de la Regió Sanitària Camp de Tarragona, i al gerent del Consell d'Administració de GiPSS (que llavors era el gestor del CAP). Cal esmentar també que, prèviament, s'havien mantingut moltes converses tant amb el president com amb d'altres càrrecs del COMB i amb diverses entitats financeres i, finalment, la sol·licitud de finançament va quedar concretada en l'entitat BBVA.

Es va obrir així un procés que va culminar amb la presentació a concurs públic AP01/13AD que es va acabar declarant desert perquè el Muralles Salut SLP no va poder aportar la solvència econòmica necessària, perquè, a darrera hora, el BBVA va retirar el compromís adquirit. El 19 de novembre del 2012, el director del CatSalut declarà desert el concurs.

Es van obrir noves negociacions amb el BBVA. Els responsables de Muralles van dur a terme una ampliació de capital i van presentar avals personals davant de l'entitat financera i van assolir l'aval.

L'11 de desembre del 2012, el CatSalut va obrir un procés negociat per a la gestió del CAP, AP13_AD/PN, al qual van convidar Muralles Salut SLP. Amb tota la documentació requerida, el 21 de febrer del 2013, el director del CatSalut va resoldre l'adjudicació del contracte a l'EBA Muralles Salut SLP, amb data d'inici l'1 d'abril del 2013 i amb una durada de deu anys. Es tractava d'un contracte de gestió de serveis públics en règim de concessió (això és així perquè la prestació –explotació– dels serveis públics es feia en un edifici de titularitat pública ordenat a la prestació de serveis públics –bé demanial– que se cedia a un operador econòmic privat –adjudicatari– precisament perquè pogués prestar aquests serveis i, a més a més, s'hi adscribia personal funcionari o estatutari). El procediment negociat era de selecció de proveïdors simplificat que consistia a demanar ofertes a tres o més operadors econòmics que disposessin de la solvència econòmica i financera necessària per prestar els serveis objecte del contracte i que eren escollits lliurement pel poder adjudicatari corresponent.

El poder adjudicatari solament podia fer ús d'aquest procediment negociat en algun dels supòsits taxats que determina la Llei de contractes del sector públic i, entre aquests, quan un procediment de licitació obert o restringit (amb convocatòria pública) es declara desert. Per tant, tot i que no es freqüent, com que es tracta de contractes de gestió de serveis públics per a la provisió de serveis d'atenció primària, en aquest cas, l'adjudicació pel procediment negociat va ser del tot ajustada al dret.

L'ACEBA va expressar la satisfacció per la nova EBA de Muralles (82) (83) i el posicionament vers el projecte d'autogestió a Madrid.

Mentrestant, la Comissió de Salut del Parlament de Catalunya va permetre, una vegada més, conèixer el posicionament dels diferents partits polítics (84); en aquest cas, amb un dels punts de l'ordre del dia sobre la conversió de l'EAP del CAP Martorell en una EBA. Per la rellevància de futur, és interessant destacar el posicionament d'Alba Vergés, d'ERC, que va comentar que caldria esperar les propostes del grup de treball instat pel Parlament sobre contractes d'atenció sanitària. Va dir que, per definició, el seu grup no estava en contra de les EBA (amb un cert canvi respecte de les opinions d'aquest grup parlamentari) i va reconèixer les aportacions al sistema de més autonomia de gestió dels professionals. Va explicar també que, en posicionaments futurs, el seu grup tindria en compte la fórmula jurídica de l'EBA, els objectius i el nombre i els estaments de professionals implicats. Es pot afirmar, segons les opinions expressades al Parlament, que existia un ampli consens polític a favor i no en contra de les EBA, per la qual cosa cal plantejar-se de nou perquè no avançava aquesta fórmula. També sembla oportú recordar que, en el termini de tres mesos, s'havia de disposar de les conclusions del grup de treball al qual se li havia encarregat proposar la definició d'un nou marc normatiu de contractació d'empreses al sector sanitari, i de disposar d'un document de bases per al Pacte Nacional de Salut per a la sostenibilitat, la qualitat i la igualtat del sistema sanitari públic i universal de Catalunya.

Sembla rellevant, en aquest relat històric, recollir el que passava a Madrid. En un moment d'un cert estancament i reflexió sobre el model sanitari català i, per extensió, del futur de les EBA, des de Madrid arribaven notícies en què sonava amb força l'impuls a la fórmula d'autogestió (85). Efectivament, a Madrid ciutat es va proposar la constitució de set societats limitades professionals per optar a l'autogestió de quatre centres de salut, segons va explicar Antonio Alemany, director general d'Atenció Primària, a la jornada de l'ACEBA a Barcelona. També va explicar que, a diferència de les EBA, no correrien cap risc econòmic i els estatutaris podrien formar part de la SLP conservant triennis i carrera professional.

A aquestes jornades van assistir vint metges madrilenys interessats per l'autogestió (86) que van participar en un taller sobre creació d'EBA.

El president de l'ACEBA, el Dr. Aranalde, en aquestes Jornades, va declarar que la disminució de costos de les EBA era d'un 30% (87) en comparació amb la resta de models de gestió de l'APS i també resultà destacable la defensa de Vicente Ortún de l'autogestió com a solució als problemes de l'APS.

Amando Martín Zurro s'incorporà al debat des d'aquesta tribuna (88). Entre les ombres del model que destacava hi havia l'afany de lucre, la teòrica preocupació excessiva per la reducció

de despeses que podrien posar en risc la qualitat i la seguretat i que no fos generalitzable per a tota l'APS, ja que podria suposar una atomització que podria dificultar la coordinació i la integració assistencial. Per tant, finalment convidà a una certa reconsideració del model sempre des d'un pla teóricoideològic, però sense cap dada objectiva en contra.

Posteriorment, el novembre del 2013, la cooperativa Pediatria dels Pirineus SCCLP es va unir a l'ACEBA que, com ja es va comentar, va ser creada el 2010 (57).

Es pot accedir a una descripció actualitzada del model EBA en aquest article (89), on s'intenta desmuntar alguns dels mites o de les crítiques que es fan al model i, finalment, els autors donen la seva visió del futur de les EBA, molt en particular, de l'accés a la provisió mitjançant el concurs.

Des de la incorporació de la nova EBA Muralles, els esforços de l'ACEBA es van concentrar, principalment, en el manteniment dels contractes vigents i en donar suport a les iniciatives legislatives i polítiques que tendien a consolidar aquest model professional de provisió pública.

A primers de l'any 2014 es coneix que hi havia cinc EBA entre els millors centres de l'APS de Barcelona (90). Així mateix, els EAP de Sardenya, Sarrià-Vallvidrera-Les Planes, Dreta de l'Eixample, Vallcarca-Sant Gervasi i Poble Sec van destacar en l'estudi de *benchmarking* del primer nivell assistencial de la RSB del CatSalut relatiu al 2012, i amb una participació de 216 EAP, amb resultats destacats en la dimensió de cost-efectivitat.

A finals de febrer del 2014 es publicà la 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 (91) que serà transcendent en la resolució de l'accés a la provisió dels serveis públics. Cal recordar que estem pendents encara de les conclusions del grup de treball de contractació i de la resolució de la licitació de la gestió de l'ABS de l'Escala inicialment assignada a Eulen, però recorreguda per l'FSE.

Ignacio Riesgo va exposar la seva visió sobre el fracàs de l'autogestió a Madrid (92).

El Dr. Aranalde, president de l'ACEBA, va expressar que les EBA eren l'experiència més innovadora a l'APS (93), es va tornar a lamentar de les dificultats del creixement del model a Catalunya i es va referir també a la paralització del projecte d'autogestió a Madrid per motius polítics.

Jaume Sellarès, expresident de l'ACEBA i director de l'EBA Sardenya, va afegir algunes reflexions professionals sobre l'autogestió a l'APS (94), feia referència a la particularitat espanyola que, per prestar un servei públic, calgués ser funcionari, característica que ens allunyava de la majoria de països europeus del nostre entorn i també comentà els excel·lents resultats de l'equip assistencial.

A les Jornades d'Estiu de la Professió Mèdica a Puigcerdà (95) sobre el lideratge dels metges en la gestió, la Dra. Silvia Narejos, de l'EBA Centelles, va defensar l'autogestió, perquè permetia el compromís, la responsabilitat i el sentiment de pertinença, i per l'aportació del 30% a l'eficiència del sistema.

En aquesta mateixa línia i concretant les xifres, el Dr. Carles Brotons, de l'EAP Sardenya, a la V Conferència del Fòrum Europeu d'Atenció Primària (EFPC) va explicar que la mitjana anual del cost per pacient a les EBA era de 320 €, mentre que, a la resta de centres, era de 459 €, la qual cosa representava un estalvi de 130 € de mitjana per pacient i any (96).

Josep Lluís Lafarga, en el context controvertit dels concursos per a la gestió dels serveis d'atenció primària, va aportar reflexions interessants (97) i apuntà el paper clau que hauria de tenir la transposició de la Directiva 2014/24/UE del Parlament i del Consell d'Europa, de 26 de febrer de 2014, sobre contractació pública, que establia que els estats membres haurien d'aprovar unes normes nacionals per a l'adjudicació dels contractes relatius als serveis de salut, l'educació i els serveis socials específicament.

Es pretén que, a l'hora d'adjudicar els contractes corresponents, es tinguin en compte l'especificitat d'aquests serveis públics essencials i valors com la qualitat, la continuïtat, l'accessibilitat, la sostenibilitat i la disponibilitat d'aquests serveis, les necessitats específiques dels diferents grups d'usuaris, la implicació, la responsabilització i la innovació.

Precisament, el DOGC núm. 6726 de 13 d'octubre publicà l'anunci de licitacions dels concursos d'Alcover, Vic Sud, Poble Sec i l'Escala (98,99,100,101). Cal destacar que, amb aquest anunci, surt a concurs la gestió de tres EBA (95,96,97) i la gestió de l'ABS de l'Escala (102) que va ser recorregut anteriorment amb l'adjudicació a Eulen pel recurs de FSE.

Un fet transcendent per a la història de l'ACEBA i per al model sanitari català i el de les licitacions va ser la presentació d'un recurs d'alçada al concurs de l'ABS Alt Camp Oest per part d'aquesta EBA amb el suport institucional de l'ACEBA (103). Els motius principals de la presentació d'aquest recurs d'alçada van ser que, en el plec de condicions, no s'exigia experiència en la prestació de serveis d'atenció primària (es parlava de serveis sanitaris) ni es concretava l'experiència en aquests serveis (en termes temporals ni en termes de quantia de contractes).

A finals de novembre del 2014 es va donar a conèixer la Moció 159/X del Parlament de Catalunya, sobre l'atenció primària de salut i concursos (104). L'autor d'aquesta tesi va recollir àmpliament la seva opinió respecte d'aquesta (105). Destaca el paper nuclear de l'APS i l'ampli consens polític amb la revisió dels concursos convocats. Pel que respecta als concursos convocats per a la contractació de la gestió dels serveis sanitaris d'atenció primària en l'àmbit de

l'ABS de l'Escala, de l'Alt Camp Oest, Barcelona 3A i Vic 2 Sud i, en concret, en els casos de l'Escala i de l'Alt Camp Oest, en què es va presentar més d'un licitador, s'instava a modificar els plecs en la línia de la Moció 3/X del Parlament de Catalunya i, especialment, pel que fa als aspectes següents:

- a) L'adequació de la solvència tècnica a l'objecte del contracte, és a dir, a la gestió de serveis d'atenció primària.
- b) Els criteris de valoració subjectius d'acord amb allò que diu l'informe relatiu a la Moció 3/X, respecte dels criteris de valoració de l'autonomia de gestió, organitzatius i corporatius amb un ús de la fórmula «fins a un màxim de X punts».

Pel que fa als possibles concursos futurs i atès l'ampli rebuig social, professional i polític davant la possibilitat que empreses amb ànim de lucre, sense arrelament territorial ni experiència en la gestió d'APS, com ara Eulen, SAR, etc., la moció deia que caldria evitar la convocatòria de concursos públics, i aplicar i desenvolupar les mesures previstes en l'informe relatiu a la Moció 3/X del Parlament de Catalunya sobre polítiques de salut, del Grup de Treball sobre Contractació Pública.

Així mateix, es va proposar elaborar un informe sobre el nombre d'ABS que estaven sotmeses a processos de concurs, tot indicant la data de venciment, i estudiant les diferents alternatives per evitar que l'atenció primària sortís a concurs, tot tenint present i respectant la disposició addicional desena de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (la qual permet que CatSalut contracti a EBA per a la gestió de serveis d'atenció primària), per mitjà de:

- a) L'aplicació del concepte que apareix a la Llei de contractes del sector públic «mitjà propi», «assimilat» o entitats de base municipalista per a centres de titularitat pública, impulsant els canvis que calguin (tot i que podria resoldre el problema caldria estar amatents que no generi d'altres, com podrien ser perdre l'autonomia de gestió dels centres per imposició de la dinàmica burocratitzant i administrativista).
- b) El desenvolupament del Decret 196/2010, de 14 de desembre, del SISCAT, per tal de consolidar la xarxa d'atenció primària i comunitària (106).

La moció també instava a estudiar les empreses públiques i els consorcis públics que poguessin gestionar equips d'atenció primària. Podria ser contradictori que, com a resultat d'aquest informe, es perpetués l'hospitalocentrisme tradicional del nostre Sistema Nacional de Salut (SNS) en compte de constituir una potent xarxa d'APS.

Sens dubte, els aspectes més polèmics de la moció eren els referents als concursos per a la gestió de l'APS. Hi havia consens en valorar l'amenaça i el rebuig que empreses alienes a l'atenció primària, amb ànim lucre i sense arrelament territorial, poguessin gestionar l'APS del nostre país. Davant

d'aquesta realitat, la moció instava perquè s'estudiés la possibilitat que l'APS no anés a concurs. El que quedava absolutament clar era que, si l'APS havia d'anar a concurs, ho hauria de fer amb uns plecs que recollissin i desenvolupessin el que ja deia la Moció 3/X, que les empreses que concorrien poguessin acreditar solvència econòmica i financera en l'àmbit de l'activitat del contracte, és a dir, els serveis sanitaris d'atenció primària, solvència tècnica o professional acreditant l'experiència en l'objecte del contracte (els serveis sanitaris d'atenció primària) i el pes de l'oferta tècnica caldria que fos superior a l'oferta econòmica tant com fos possible, en aquell moment era 51/49.

Aquesta polèmica amb els concursos va ser recollida a la premsa especialitzada (107), on es llegia que una EBA podria perdre la gestió de l'ABS Alt Camp Oest. El Pius Hospital de Valls i els grups privats Eulen i SARquavitae també es van presentar a aquest concurs. Cap dels altres candidats tenia experiència en la gestió de l'atenció primària pública (recordem que finalment no s'havia executat l'adjudicació de l'ABS de l'Escala a Eulen).

Pel que fa als concursos per a la gestió de l'ABS Vic Sud i de Barcelona 3A (Poble Sec), com que no hi va haver altres candidats, i malgrat que pogués tirar endavant el recurs presentat a la licitació de l'Alt Camp Oest, es preveia que podrien renovar el contracte per deu anys.

L'altre concurs era el de l'ABS de l'Escala, al qual van concórrer l'FSE actual gestora de l'ABS; una unió temporal (UTE) de les empreses Residencial i Assistencial SAU i Altersalus SL, i el grup Eulen.

Cal recordar que aquesta licitació nova per a la gestió de l'ABS de l'Escala va ser fruit del recurs de l'FSE i que l'OARCC va anul·lar la concessió a Eulen. Per la seva part, Eulen va presentar recurs davant del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya contra OARCC i en aquell moment estava pendent de resolució, la qual cosa no va impedir aquesta nova licitació.

A finals de novembre del 2014 transcendeix ja a la premsa local de Vic que l'EBA de Vic gestionarà de nou el CAP El Remei (108)(109).

A les jornades de l'ACEBA del 2014 va tenir lloc un debat interessant entre els representants de les diferents forces polítiques del Parlament. La conclusió, segons aquest mitjà especialitzat, era que el futur de les EBA estava en entredit (110).

El conseller Boi Ruiz, en aquestes Jornades de l'ACEBA, va manifestar que li agradaria que hi hagués més de 13 EBA, però que calia generar confiança i va instar que a les EBA elaboressin un codi de bones pràctiques.

A aquestes mateixes jornades, Josep Lluís Lafarga va recordar que Espanya havia de transposar la Directiva 2014/24/UE del Parlament i del Consell d'Europa, de 26 de febrer de 2014,

sobre contractació pública, que establia que els estats membres havien d'aprovar normes nacionals per a l'adjudicació dels contractes relatius als serveis de salut, educació i serveis socials específicament. Aquest fet hauria de suposar una oportunitat per resoldre el problema dels concursos públics per a l'adjudicació de centres d'APS a Catalunya. Al debat, l'autogestió catalana tenia un altre problema: la majoria dels partits polítics van mostrar reserves.

Ens trobem que el Parlament pressionava per aturar els concursos i que el CatSalut apostava per mantenir els concursos de gestió (111) al·legant que no es podia actuar en contra de la legislació estatal sobre contractació pública.

Des del punt de vista polític i per al sector de la salut, va ser rellevant el fet que Marina Geli renunciés al Parlament a finals de gener del 2015; prèviament havia abandonat el PSC (112).

Aquest inici d'any 2015 continuà marcat per la polèmica pels concursos i, en particular, per la gestió dels serveis d'atenció primària. En aquest context, l'ACEBA liderà la proposta per tal que s'aprofités el procés de transposició de la directiva (Directiva 2014/24/UE, del Parlament i del Consell d'Europa, de 26 de febrer de 2014) a la legislació nacional per tenir en compte l'especificitat del sector sanitari general, i el català en particular (113). Es proposà incorporar previsions específiques en dos camps concrets: solvència econòmica i financera de les empreses candidates, i solvència tècnica acreditada mitjançant requisits tècnics d'acreditació o estàndards de qualitat (experiència prèvia en la gestió dels serveis objecte del contracte per un termini no inferior a tres anys i per un import anual no inferior al 60% del preu anual del contracte), disposició d'equip humà professional en matèria de gestió dels serveis licitats i reinversió d'un mínim del 80% dels beneficis en la millora de la gestió dels serveis adjudicats.

La proposta també incloïa revisar els criteris d'adjudicació per tal que els criteris de valoració subjectiva tinguessin una valoració superior als criteris avaluable de manera automàtica (objectius), i l'exigència d'un comitè d'experts independents per a l'avaluació dels criteris subjectius. També es preveia que l'objectiu de les empreses candidates fos la realització d'una missió de servei públic, que els beneficis es reinvertissin i que les estructures de direcció o propietat de l'organització que executés el contracte es basessin «en la propietat dels empleats o en principis de participació o calgui la participació activa dels empleats, els usuaris o les parts interessades».

Una de les aportacions conceptuals més rellevants en el procés de com resoldre la licitació de la gestió dels serveis d'atenció primària va ser la publicació de l'informe de Josep Lluís Lafarga sobre EBA i economia social (114).

Es coneix la resolució del propi conseller Boi Ruiz de l'anul·lació dels concursos de l'ABS de l'Escala i de l'Alt Camp Oest (Alcover) (115). Tal com van demanar l'EBA Alcover i l'ACEBA,

el CatSalut va decidir incorporar el criteri d'experiència als següents concursos de gestió d'APS, inicialment al concurs de l'Alt Camp Oest, així com també al de l'Escala (116).

Per tal d'oferir sortides a la situació plantejada amb els concursos de gestió de l'APS, sembla rellevant l'informe sobre la viabilitat de la integració directa dels serveis d'APS i dels restants serveis sanitaris i sociosanitaris d'àmbit comunitari de la xarxa de centres i serveis sanitaris d'àmbit comunitari d'utilització pública de Catalunya sense l'exigència de licitar aquests serveis mitjançant procediments de concurrència pública o la reserva de la prestació d'aquests serveis per entitats que compleixin determinats requisits, en compliment de la Moció 159/X del Parlament de Catalunya (117).

L'ACEBA impulsà els primers contactes amb el professor Gimeno Feliu que, des del punt de vista acadèmic, arribà a conclusions similars pel que fa a les possibilitats que oferia la transposició de la Directiva 2014/24/UE del Parlament i del Consell d'Europa, de 26 de febrer de 2014.

El Parlament impulsà una moció nova sobre la situació de la sanitat, la 190/X (118) que proposava instar el Govern per no treure a concurs públic la gestió de les ABS –centres d'atenció primària i consultoris– fins que no s'hagués explorat tot allò que es manifestava en l'informe a què feia referència la Moció 3/X.

Com a conseqüència del Ple monogràfic en salut del Parlament del 17 al 19 de juny del 2015 es produí la Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya, sobre el sistema públic de salut (119), es tractava d'una resolució molt àmplia pel que fa als punts de més interès per a aquesta tesi. Cal destacar que el Parlament de Catalunya instà el Govern a aprovar un acord de govern que permetés el següent:

- a) Autoritzar la creació d'un grup de treball integrat per experts en matèria sanitària i de contractació, designats pel conseller del departament competent en matèria de salut, perquè elaborés, en un període de sis mesos, les bases d'un avantprojecte de text normatiu que transposés la Directiva 2014/24/CE en allò que corresponia a la contractació de serveis sanitaris del SISCAT en el marc d'una llei de contractació de serveis sanitaris i socials d'atenció a les persones.
- b) Autoritzar que els actuals convenis, contractes i autoritzacions formalitzats per a la gestió dels serveis sanitaris d'atenció primària, sociosanitaris i de salut mental, inclosos els d'atenció a les drogodependències, d'utilització pública d'àmbit comunitari, es mantinguessin vigents fins a l'entrada en vigor i l'aplicació de la llei.

Donant resposta a aquesta resolució, el 23 de juny es publicà l'acord de govern que tenia com a punts més rellevants: la constitució del grup de treball de contractació i el que possibilitava

la pròrroga dels contractes afectats fins que s'aprovés la llei de contractació de serveis a les persones que fessin transposició de la Directiva 2014/24/CE (120).

El següent text feia una valoració del Ple del Parlament (121) segons la visió de l'autor d'aquesta tesi en aquell moment. La dinàmica al Parlament feia temps que s'anava deteriorant, els pactes i acords es feien cada vegada més difícils. Cal recordar el fracàs del Pacte Nacional per la Salut. Les posicions majoritàries tenien un ampli consens, però el tacticisme feia que l'oposició i els grups que donaven suport al Govern no es posessin d'acord, malgrat que hi havia acord de fons quant als punts que calia considerar.

Fruit de les eleccions del 27 de setembre del 2015, el nou Parlament es va constituir el 26 d'octubre del 2015.

El mes de novembre, el grup de treball de contractació liderat pel professor Gimeno Feliu lliurà el seu document (122).

A les jornades de l'ACEBA, el 26 de novembre del 2015, es va produir un debat interessant en què hi van participar els consellers Boi Ruiz, Marina Geli i Xavier Trias. Trias va manifestar que li estranyava que no hi hagués més demanda de metges i infermeres per constituir l'EBA (123). Es va posicionar en contra dels concursos per a la gestió de l'APS que poguessin recaure en empreses tipus Eulen, perquè anaven en contra de la filosofia del model sanitari català. També en relació amb les EBA, el conseller Ruiz va afirmar que calien professionals que les volguessin gestionar i Administració que hi donés resposta. Geli va afegir que només hi hauria més EBA si els projectes els lideraven els professionals, però que no veia manifestacions, perquè hi hagués més EBA insinuant una certa manca d'interès dels professionals.

En aquestes mateixes jornades també van transcendir les dificultats econòmiques que suportaven les EBA com a part del sistema sanitari català i la càrrega que suposava suportar amb el patrimoni personal dels socis de les EBA un deute del CatSalut de gairebé 20 M€ (124). En el cas de les EBA corresponien a factures de quatre mesos i un terç d'un altre. Aranalde va comentar que, si CatSalut no començava a pagar factures, les EBA no podrien pagar les nòmines als professionals.

A les jornades, la consultora Benchmarking Sanitario 3.0 va presentar un estudi de comparació dels 369 EAP de Catalunya basat en indicadors de la CdR en què les 13 EBA van suposar un estalvi potencial per al CatSalut d'entre 150,5 y 171 M€ l'any 2014; i d'entre 154 i 171 M€ l'any 2013. Per fer aquests càlculs es tenien en compte la despesa farmacèutica, la taxa d'urgències hospitalàries i les hospitalitzacions evitables.

També destaquen les EBA quant a durada de la incapacitat temporal (un 14,8% inferior al conjunt de la xarxa); nombre de visites per població assignada (un 16,2% inferior), i població atesa al domicili (un 43,5% superior).

Aquests resultats permetrien ordenar les EBA en posicions significativament més favorables que la resta. Entre els aspectes més desfavorables en la mitjana dels equips de l'ACEBA hi hauria el percentatge de població assignada atesa, entre un 8,7% i un 14,1% inferior que la mitjana del conjunt de la xarxa, i amb els pacients polimedicats.

A la jornada també es va informar sobre el projecte de codi de bon govern de les EBA.

Aquest any 2015 va finalitzar amb la convocatòria d'eleccions a Catalunya el 20 de desembre del 2015, la qual comportaria la formació d'un nou govern i uns nous responsables a Salut: el conseller Toni Comín i el director del CatSalut, David Elvira.

Un dels aspectes que s'hauria de plantejar en aquesta nova legislatura seria la revisió de la LOSC (125) com posava de manifest la Unió Catalana d'Hospitals (UCH) al número monogràfic de *Referent*: 25 anys de la LOSC: nous reptes assistencials i de sostenibilitat del sistema (126).

A l'Assemblea de l'ACEBA del 17 de març del 2016 es van discutir i aprovar dos documents fonamentals per a aquest nou període de les EBA. D'una banda, el decàleg de les EBA (127), que representava un compromís amb els valors fonamentals de l'autogestió i, d'una altra banda, el codi de bon govern (128), que representava l'aposta de les EBA per la transparència i el bon govern d'aquestes organitzacions.

El nou equip directiu del Departament de Salut va plantejar als responsables de l'ACEBA la conveniència política que les EBA es transformessin en cooperatives. Per posar elements de racionalitat al debat, l'ACEBA aportà, a mitjans d'abril, el següent informe sobre la transformació eventual de les EBA constituïdes com a societat professional de responsabilitat limitada o com a societat de responsabilitat limitada en societats cooperatives (129). En aquest informe s'aportaven elements que demostraven que no es podia forçar la transformació a cooperatives, ja que aquesta transformació no aportaria cap avantatge al sistema sanitari que no fos una legitimitat més elevada per al debat polític.

Van ser mesos de treball intens als despatxos que també van transcendir a l'opinió pública mitjançant la premsa especialitzada, com en aquesta entrevista al conseller Comín (130), on explicava que les EBA funcionaven molt bé des del punt de vista assistencial i econòmic, encara que plantejava que haurien d'evolucionar cap a la fórmula cooperativa que les legitimaria més. Calia, segons el conseller, reinvertir els beneficis en tots els treballadors, que serien socis

i, per tant, que no hi hauria diferències entre propietaris de les EBA i assalariats. Finalment, Comín deia que, si s'avancés en aquesta línia, les EBA podrien créixer.

La majoria dels punts que el conseller Comín abordava en l'entrevista ja es recollien al codi de bon govern de les EBA.

L'ACEBA es trobava, probablement, en el moment més fructífer pel que fa a proposar solucions i, en aquesta línia, el mes de maig presentà de nou un altre document rellevant: *Estratègia per a la gestió de serveis sanitaris d'utilització pública a Catalunya* (131).

El tema de la contractació continuava ocupant el debat públic dins del sector sanitari, el 10 de maig es promovia l'Acord de Govern sobre la creació d'un grup de treball de contractació (132).

Aquell mateix dia, a l'auditori de l'ONCE, tindria lloc una jornada sobre contractació (133) en la qual les entitats socials i sanitàries urgien el Govern a transposar les directives europees de concertació per protegir la qualitat dels serveis públics que gestionaven.

El 6 de juny del 2016, el conseller Comín va dictar una conferència a ESADE (134), que va ser criticada per molts agents del sector sanitari pel fet de defensar una preeminència de la gestió pública més enllà dels resultats assistencials i econòmics.

Aquest període, com veiem, és un tant convuls, amb un cert desacord entre el sector sanitari i el Departament de Salut, al qual se suma Oriol Güell del diari *El País* (135), que va escriure un article descontextualitzat i que va causar un gran malestar a l'ACEBA.

L'opinió de l'ACEBA queda reflectida en aquest article «Que los árboles no impidan ver el bosque» (136). Es critica que les EBA reparteixen dividendes com qualssevol empresa privada o de sobrepagar les vendes de participacions obligades quan els socis professionals, ja sigui per jubilació, mort o per desig exprés, cessen l'activitat a l'EBA, obligatòria segons la LOSC. Vint anys abans era difícil de preveure què passaria amb el valor de les participacions dels socis fundadors de les EBA.

Tampoc es podia preveure ni imaginar l'abast de la crisi econòmica, que disminuiria la percepció de recursos i que, a més, seria irregular. Aquest fet va motivar la necessitat de capitalitzar-se (no és la missió de les EBA), també va motivar l'augment de les reserves i, per tant, el valor de les participacions.

Segons el codi de bon govern (128), entre altres mesures es van incloure incorporar com a socis tots els treballadors amb contracte fix que ho desitgessin i estudiar totes les mesures legals per tal

de disminuir el capital social i així disminuir el valor de les participacions i el cost de les jubilacions. Cal entendre aquest codi com una aposta estratègica de les EBA per a l'economia social.

Convençuts de les bondats del model d'autogestió (àmpliament reconegut per referents acadèmics i de gestió de la sanitat catalana), les EBA farien totes les adaptacions que fossin necessàries per continuar aportant valor afegit als ciutadans i a la societat en conjunt.

El 26 de juliol del 2016, el conseller Comín i els seus antecessors van mantenir una reunió en l'agenda de la qual, entre d'altres temes, hi havia l'episodi del cap de l'oficina antifrau amb el ministre de l'Interior i la polèmica quant al fet que «hem destrossat el sistema sanitari» (137).

L'octubre del 2016 se celebrà el vintè aniversari de la primera EBA, gestora del CAP El Remei. La premsa local recollia les declaracions dels responsables que es queixaven de les dificultats que patien les EBA, malgrat els innegables bons resultats assistencials, de gestió i de satisfacció professional i dels pacients (138). La premsa local també recollia la polèmica que representava el debat sobre la privatització (139) i la premsa especialitzada la polèmica sobre les incerteses pel que feia al model en un futur (140). El president del COMB, el Dr. Jaume Padrós, deia que una de les fortaleses principals de les EBA era l'eficiència, i arribava a plantejar que d'estendre's d'aquest model a tota l'APS podria suposar un estalvi d'uns 900 M€.

Ricard Bosch, editor del blog rba, un dels més rellevants sobre el model i el sistema sanitari català, se sumà a l'aniversari del CAP El Remei amb el seu post (141). L'exconsellera Geli també va expressar la seva felicitació en aquest article (142), no només per l'autogestió, sinó per l'APS i pel model; finalitzava amb aquestes interessants reflexions generals: «treballen, tenen gran estabilitat laboral i millors salaris. La CdR permet afirmar que les EBA, en el seu conjunt, tenen iguals o millors resultats en tots els indicadors que la mitjana de les 368 ABS, però aconsegueixen més confort professional amb costos inferiors. Cal ressaltar també que la solvència de les EBA ha permès fer front als retards dels pagaments del CatSalut. Davant d'aquests resultats caldria fer-nos moltes preguntes. El model d'autogestió per part dels professionals és generalitzable? En tot cas, caldria un acord majoritari amb els professionals d'atenció primària. És clar que el Departament de Salut disposa de tots els controls per garantir els resultats i, per tant, no hi ha cap dubte ètic. Diria que hauria de ser almenys generalitzable l'autonomia de gestió amb un pressupost finalista a cada ABS amb independència de si la gestió és a través de mitjà propi, de l'ICS, d'altres empreses públiques i consorcis o d'altres entitats d'economia social, sanitària, professionals o institucionals. Alhora, caldria aprofundir sobre si la ja llarga experiència del CAP El Remei que gestiona els recursos econòmics per les derivacions a especialistes i a proves diagnòstiques amb una molt menor llista d'espera, fins i tot en plena crisi econòmica i de recursos públics, pot ser ràpidament generalitzable a cada CAP, a cada ABS. Els sistemes sanitaris tenen reptes molt rellevants que cal afrontar: canvis demogràfics, la incorpo-

ració de la innovació, creixents desigualtats socials. Tot això requereix un nou contracte social reformista amb els ciutadans i els professionals basat en l'orgull del sistema sanitari aconseguit entre tots i en la confiança mútua. La medicina, la salut, només es construeix de manera participada entre tots els actors, ciutadans-pacients apoderats, comunitats saludables, professionals valorats i treball cooperatiu entre administracions locals i Generalitat. L'autogestió, l'autonomia de gestió, són instruments. Al meu entendre, bons instruments».

El 20 d'octubre del 2016 tingué lloc la Jornada de l'ACEBA a Vic i el 10 de novembre del 2016, el tercer Congrés de la Professió Mèdica en el qual el suport a l'autogestió professional va ser una de les constants a les ponències debatudes i aprovades (143).

Per seguir dotant el debat públic d'elements de reflexió, l'ACEBA, el 16 de novembre, incorpora el document «Nota sobre l'acreditació de les entitats de base associativa (EBA) i les formes jurídiques alternatives per bastir aquestes entitats» (144).

El 14 de desembre del 2016 se celebrà la jornada de commemoració dels 25 anys del CatSalut.

I per finalitzar aquest any 2016, el 19 de desembre, l'ACEBA repcepciona el document elaborat pel professor José Luis Monzón del Centro Internacional de Investigación e Información sobre la Economía Pública, Social y Cooperativa (CIRIEC), *Las entidades de base asociativa (EBA) y la economía social* (145), que, sens dubte, va ser clau per posar rigor acadèmic, entre d'altres aspectes, en l'afany de lucre, les fórmules jurídiques de les entitats d'economia social i l'abast de l'economia social, en les quals aquest informe situa, sense cap mena de dubte, les EBA.

A inicis de l'any 2017 es publicà l'Avantprojecte de llei de fórmules de gestió de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics mitjançant el CatSalut (146). L'ACEBA elaborà propostes de modificació de l'avantprojecte (147). La premsa especialitzada ho recollí (148) i comentà que determinats serveis –entre els quals hi havia els que implicaven l'atenció sanitària directa al ciutadà– només podien ser prestats per entitats d'economia social. Aquest avantprojecte incloïa una modificació de la disposició addicional desena a de la LOSC en la qual es regulava la creació de les EBA, per la qual Catalunya obligava les EBA ja existents o de nova creació a assimilar-se a entitats de l'economia social mitjançant la definició de requisits específics.

Durant el mes de febrer del 2017, l'ACEBA acollí i va acompanyar el professor José Luis Monzón, que es va reunir amb els principals agents del sector sanitari català i les autoritats polítiques de Salut, el conseller Comín i el director de CatSalut, David Elvira. En aquestes reunions, el professor Monzón va explicar el seu informe respecte de les EBA i l'economia social i la seva visió sobre contractació, concertació i el paper de l'economia social en la gestió dels serveis públics d'atenció a les persones.

El Govern aprovà la memòria preliminar de l'Avantprojecte de llei de contractes de serveis a les persones (149) i l'ACEBA elaborà un escrit d'al·legacions i esmenes al text articulat de l'Avantprojecte de llei de contractes de serveis a les persones en el tràmit de participació pública obert pel Departament d'Afers Institucionals, Exteriors i Transparència (150).

En aquest període es realitzà un treball intens per tal d'assolir l'acreditació de les EBA a l'empara de la disposició addicional desena de la LOSC i del Decret 309/1997, de 9 de desembre. El full de ruta del procés el va marcar el document de l'ACEBA «Notes sobre l'acreditació de les entitats de base associativa (EBA)» (151). Aquest procés finalitzà amb èxit, com acredita el certificat signat pel director del CatSalut (152).

A mitjans d'abril del 2017, l'ACEBA va elaborar un informe en el qual analitzava i valorava la Memòria preliminar del decret d'empreses socials (153).

Durant aquest 2017, l'ACEBA va treballar intensament durant el període transitori en què, en compliment del codi de bon govern de les EBA, feia que aquestes s'adaptessin a tots els preceptes de l'economia social. Per dur a terme aquest procés va rebre el suport del Dr. Felix Pedrosa, que va lliurar el memoràndum, l'autèntic full de ruta per a aquest període transitori (154).

Un altre punt d'interès de les accions de l'ACEBA va ser la tramitació davant del Departament de Justícia per al reconeixement de l'ACEBA com a grup d'interès (155).

La publicació del Decret 151/2017, de 17 d'octubre, pel qual s'estableixen els requisits i les garanties tecnicosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre (156) comportà, per part de l'ACEBA, l'elaboració d'unes notes de valoració (157).

En el context polític, jurídic i de sector sanitari, l'ACEBA va elaborar el document «Mesures de finançament de l'estratègia de consolidació institucional del model d'autogestió i professionalisme que encarnen les EBA com a instrument de consolidació i millora de l'atenció primària de salut a Catalunya» (158).

En l'àmbit estatal es publicà la Llei 9/2017, de 8 de novembre, de contractes del sector públic (159).

El 27 octubre del 2017 entrà en vigor a Catalunya l'article 155 de la Constitució espanyola. Es va suspendre temporalment el Govern de la Generalitat de Catalunya. La màxima autoritat política catalana a la conselleria de Salut passà a ser David Elvira, director del CatSalut sota el control polític de la ministra Dolors Montserrat.

Ens apropàvem a unes noves eleccions, el 21 de desembre del 2017, i l'ACEBA, com sempre, va fer les gestions amb els partits polítics principals per tal de seguir impulsant el model de professionalisme i autogestió que encarnaven les EBA.

El 25 de gener del 2018 es van celebrar les eleccions a la Junta Directiva de l'ACEBA, que tenien com a conseqüència l'elecció del Dr. Ramon Vilatimó com a nou president de l'ACEBA en substitució del Dr. Joan Maria Aranalde. En aquell moment, el Departament de Salut i el CatSalut encara insistien, tot i que amb menys intensitat, en la conveniència de transformar les EBA en cooperatives i en cercar fórmules alternatives a la SLP per bastir jurídicament aquestes entitats.

A finals de gener del 2018, David Elvira comunicà a l'ACEBA que la ministra Dolors Montserrat qüestionava la vigència de l'Acord del Govern del 23 de juny del 2015, de pròrroga dels convenis i contractes d'atenció primària, sociosanitària, salut mental i atenció a les addiccions mentre no es transposessin les directives europees sobre contractació pública i concessions de serveis.

A l'Assemblea General de l'ACEBA, que es va celebrar a Picamoixons, el 15 de març del 2018, s'aprovà el document comú per a l'avaluació del codi de bon govern de les EBA-any 2017, les bases del procés d'avaluació del codi de bon govern de les EBA-any 2017. Es determina que la titularitat dels drets de propietat intel·lectual sobre el document comú per a l'avaluació del codi de bon govern de les EBA correspon a l'ACEBA, salvant els drets d'autoria.

Després de l'entrevista del 2 de maig del 2018 de l'ACEBA amb el secretari general de Salut i director del CatSalut (David Elvira) es posen, a sobre de la taula, els dubtes plantejats per la ministra sobre la validesa de l'Acord del Govern del 23 de juny del 2015 i les successives pròrroques periòdiques dels contractes.

Seguint en la línia propositiva i de posar elements al debat de la provisió dels serveis d'atenció primària, el 3 de maig, ACEBA publicà el document «Notes sobre la possibilitat de bastir noves EBA» (160).

Al Congrés de semFYC de l'any 2018 celebrat a Barcelona es va debatre sobre les EBA, la vigència i els resultats (161), Nieves Barragán, del CAP Vallcarca de Barcelona, va expressar que les EBA permetien experimentar i innovar, que aportaven eficiència i més satisfacció professional. Bayona va dir que mentre un 12% dels professionals dels centres d'atenció primària cercava de manera activa una sortida, a les EBA aquest percentatge tornava a ser sensiblement inferior, de només un 2% (162).

El 28 de maig del 2018 es formà el nou Govern de la Generalitat amb el nomenament de la consellera Alba Vergés i, seguidament, de l'equip directiu del Departament de Salut: Laura Pelay, secretària general; Adrià Comella, director del CatSalut; Josep Ma Argimon, director

general de l'ICS. S'explicità el compromís de reprendre els projectes que s'havien iniciat en la darrera legislatura i que s'havien paralitzat amb l'aplicació de l'article 155 de la Constitució.

El 21 de juny del 2018 va tenir lloc l'Assemblea General de l'ACEBA celebrada a Calella de Palafrugell (Girona). Es va produir el compromís d'adhesió de totes les EBA al codi de bon govern aprovat en l'Assemblea General celebrada a l'Escala (Girona) el 16 de juny del 2016 (128). Es va reiterar la voluntat dels autors de cedir els drets de propietat intel·lectual sobre el document comú per a l'avaluació del codi de bon govern de les EBA-any 2017 a l'ACEBA, salvant els drets d'autoria.

El Govern aprovà el Projecte de Llei de contractes de serveis a les persones el 10 de juliol del 2018 i la remissió al Parlament d'aquest projecte de llei per a la seva tramitació i aprovació (163). L'ACEBA va redactar les esmenes corresponents a aquest projecte (164).

El 20 de juliol del 2018, l'ACEBA va publicar l'Informe sobre alternatives versemblants a l'extinció dels contractes amb el CatSalut (165) en la línia propositiva que caracteritzava l'ACEBA per donar sortida a la situació de contractes prorrogats i la manca de nous concursos, i la vigència de la nova llei de contractes i de concertació en salut.

A la reunió del 12 de setembre del 2018 de l'ACEBA amb Adrià Comella i Marta Chandre es va parlar que, davant la dificultat d'aprovar un nou Acord del Govern que prorroguessin els convenis i contractes formalitzats amb el CatSalut, es podien licitar els contractes de gestió de serveis d'atenció primària i comunitària la vigència dels quals hauria exhaurit.

En una reunió de l'ACEBA amb Fòrum de Salut Mental es parlà de la problemàtica relativa a la contractació dels serveis d'atenció primària i comunitària (licitacions eventuais i viabilitat dels concursos restringits a l'empara de la disposició addicional quaranta-vuitena de la Llei de contractes del sector públic, incorporada a iniciativa de l'ACEBA, per mitjà del professor Gimeno Feliu, en l'avantprojecte d'aquesta llei).

El 25 d'octubre en l'Assemblea General celebrada a la Seu d'Urgell s'aprovà l'estratègia de vinculació estable de les EBA al SISCAT a través de la fórmula de la concertació per un termini de deu anys (un cop aprovada la Llei de formes de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics) i la contractació de serveis mitjançant la figura dels contractes reservats, amb una durada de tres anys, a l'empara de la Llei de contractes del sector públic i l'article 38 de la Llei de contractes del sector públic (termini en el qual s'havia de tramitar i aprovar aquella llei) (166).

El 26 d'octubre va tenir lloc la Jornada de l'ACEBA a la Seu d'Urgell, sota el títol «Autogestió, professionalisme i economia social: present i futur de les EBA».

La Junta Directiva de l'ACEBA, el 15 de novembre, aprovà les esmenes al Projecte de llei de contractes de serveis a les persones, aprovat pel Govern en la sessió del dia 10 de juliol del 2018. Es va incloure una esmena per garantir l'aplicació dels contractes reservats a les entitats convingudes o contractades pels poders adjudicadors abans de la licitació d'aquests contractes.

Un fet rellevant va ser la vaga dels centres d'atenció primària (convocada pel sindicat de metges de Catalunya) que va tenir lloc del 26 al 30 de novembre del 2018.

El 20 de desembre del 2018 va tenir lloc la presa de coneixement del Govern sobre l'extensió dels efectes dels convenis i contractes d'atenció primària i comunitària fins al 31 de desembre del 2019 (167).

En l'Assemblea General extraordinària del 20 de desembre del 2018 a Centelles es va treballar i aprovar l'avaluació del codi de bon govern (aspectes jurídics, contractuals i econòmics, procés d'avaluació i resultats).

Aquell mateix any, es va publicar l'article de Xavier Ballart (168), les conclusions del qual eren que la diversificació del model de gestió mitjançant el model EBA mostrava resultats favorables de l'ampliació d'aquest model de gestió. Malgrat que els centres gestionats mitjançant el model EBA s'havien implantat en àrees de nivell socioeconòmic mitjà o alt, els resultats continuaven essent positius un cop es controlava el nivell socioeconòmic de l'àrea. Aquesta conclusió és molt rellevant, ja que desmunta una de les crítiques principals dels detractors de les EBA.

L'any 2019 s'inicià amb la valoració de l'ACEBA de la necessitat de reprendre la tramitació de l'Avant-projecte de llei de formes de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics.

Així mateix, durant els dos primers mesos d'aquell 2019, l'ACEBA es va reunir amb els diversos membres de la ponència creada en el si de la Comissió d'Economia i Hisenda per impulsar el Projecte de llei de contractes de serveis a les persones i consensuar l'estratègia de vinculació estable de les EBA al SISCAT aprovada en l'Assemblea General de 25 d'octubre del 2018.

L'ACEBA estava interessada a consensuar amb UCH el suport a les entitats d'economia social perquè així es treballés sobre la contractació de serveis sanitaris d'atenció primària i comunitària (en especial, per assegurar la via dels contractes reservats per a les entitats d'economia social).

El 25 de febrer, Dr. Ramon Vilatimó va comparèixer com a president de l'ACEBA a la Comissió d'Economia i Hisenda del Parlament de Catalunya sobre el Projecte de llei de contractes de serveis a les persones (169). Durant els mesos de març i abril, l'ACEBA va tenir una ronda de reunions amb els diversos membres de la ponència creada en el si de la Comissió d'Economia i Hisenda del Parlament de Catalunya per impulsar el Projecte de llei de contractes de serveis

a les persones i consensuar l'estratègia de vinculació estable de les EBA al SISCAT aprovada en l'Assemblea General de 25 d'octubre del 2018.

El 27 de maig del 2019, el president de l'ACEBA va remetre una carta a la consellera de Salut, amb còpia a la secretària general de Salut i al director del CatSalut per sol·licitar la inclusió de l'Avantprojecte de llei de fórmules de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics (concertació en salut) al Pla normatiu de la Generalitat (170).

El 9 de juny del 2019 es va fer arribar una carta del president de l'ACEBA als membres de la ponència creada en el si de la Comissió d'Economia i Hisenda del Parlament de Catalunya sol·licitant la inclusió d'una disposició addicional al Projecte de llei de contractes de serveis a les persones per obligar el Govern a aprovar el Projecte de llei de formes de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics (concertació en salut) (171).

El 13 de juny del 2019 tingué lloc l'Assemblea General de l'ACEBA al Cap Sa Sal (Begur).

El dia 26 de juny va tenir lloc una reunió amb el secretari general de la Vicepresidència i d'Economia i Hisenda (Albert Castellanos), la secretària general de Salut (Laura Pelay), la directora general de Contractació Pública del Departament (Mercè Corretja) i l'ACEBA. Aquesta associació donava suport al Projecte de llei de contractes a les persones davant la campanya de descrèdit promoguda per diverses forces polítiques i socials a aquest projecte i demanava que s'impulsés la tramitació de l'Avantprojecte de llei de formes de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics (concertació en salut).

El dia 4 de juliol del 2019 l'ACEBA va publicar un comunicat sobre el Projecte de llei de contractes de serveis a les persones (172). També es va publicar l'article «Transposició de directives comunitàries i privatització de serveis públics a les persones. Al fil de la tramitació del projecte de llei de contractes de serveis a les persones» (Ramon Vilatimó, Josep Lluís Lafarga i Toni Iruela) (173).

El 9 de setembre de 2019 l'ACEBA rebé l'escrit del director del CatSalut, on reconeixia les EBA com a entitats d'economia social i assumia el compromís d'impulsar l'Avantprojecte de llei de formes de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics (174).

El treball de Xavier Bayona, publicat a la *Revista Española de Salud Pública* (162), el va recollir la premsa especialitzada (175) i va concloure que l'autonomia de gestió de l'EAP estaria relacionada amb una capacitat resolutiva més gran. Els professionals de l'atenció primària que treballen en organitzacions amb més autonomia de gestió (EBA) i més capacitat de gestió de recursos estan més motivats. I observa diferències que condicionen els resultats i el compromís dels seus membres. Crida l'atenció que, de manera genèrica, un 29,3% dels professionals que

van contestar el qüestionari de l'estudi van declarar que els agradaria canviar d'organització i el 12,2% van manifestar que estaven buscant un canvi activament. El treball no investiga específicament la qualitat de vida dels professionals.

A l'Assemblea General celebrada a Peralada (Girona) el 21 de novembre del 2019 s'acordà, per unanimitat, donar suport a l'esmena proposada pel Grup Socialista que incorporava una disposició addicional en la qual s'exigia al Govern que, en el termini d'un any des de l'aprovació de la Llei de contractes de serveis a les persones, aprovés el Projecte de llei de formes de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics i el remetés al Parlament de Catalunya perquè el tramités.

A primers de l'any 2020, l'ACEBA continuava fent el seguiment amb els diputats de la ponència creada en el si de la Comissió d'Economia i Hisenda del Parlament de Catalunya per a la tramitació del Projecte de llei de contractes de serveis a les persones (176).

El 13 de gener del 2020 es publicà el document «AESCOT: Impuls d'un marc normatiu que reconegui l'ESS i la seva voluntat transformadora de l'economia» (177). L'ACEBA va tenir en compte aquest document per a la publicació del següent document (178).

La Comissió d'Economia i Hisenda del Parlament de Catalunya va refusar el Dictamen proposat per la ponència creada en el seu si per a la tramitació del Projecte de llei de serveis a les persones amb data de 3 de febrer (179). El posicionament de l'ACEBA davant aquesta notícia va quedar reflectit a l'article següent «La Llei de contractes de serveis a les persones, una oportunitat en el període de descompte» (180).

Atenent a la invitació del professor Monzón del CIRIEC, l'ACEBA es va desplaçar a València, el 21 de febrer del 2020, per lliurar tota la informació requerida que permetés l'elaboració dels comptes satèl·lit de l'economia social (que incloïa l'anàlisi dels comptes anuals de les EBA de l'any 2019) (181).

Donada la situació plantejada pel refús de la Comissió d'Economia i Hisenda del Dictamen de la ponència sobre el Projecte de llei de contractes de serveis a les persones, l'ACEBA va presentar esmenes al Projecte de llei de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic. Una exigència d'aprovació per part del Govern del Projecte de llei de formes de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics en el termini d'un any, des de l'entrada en vigor de la Llei i pròrroga de convenis i contractes d'atenció primària, sociosanitària, salut mental i atenció a les drogodependències mentre no s'aprovi aquella llei (182).

El 29 d'abril del 2020 el Parlament de Catalunya aprovà la Llei 5/2020, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic, que incloïa l'exigència d'aprovació per part del

Govern del Projecte de llei de formes de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics en el termini de dos anys des de l'entrada en vigor d'aquesta llei (disposició final segona) i la pròrroga de convenis i contractes d'atenció primària, sociosanitària, salut mental i atenció a les drogodependències mentre no s'aprovi aquella llei (disposició transitòria segona) (183).

El 9 de juliol del 2020, a l'Assemblea General de l'ACEBA, a Roses, s'acordà la inscripció de l'ACEBA com a soci del CIRIEC.

Quan l'ACEBA va tenir coneixement del document «Bases de la llei d'economia social i solidària», elaborat per la Direcció General d'Economia Social, Tercer Sector i Autoocupació del Departament de Treball, Benestar Social i Famílies (184), va publicar «Notes al document “Bases de la Llei d'economia social i solidària”» (185) on en feia la seva valoració.

Al XVIIIè Congrés Internacional d'Investigadors en Economia Social i Cooperativa, organitzat pel CIRIEC, celebrat a Mataró els dies 17 i 18 de setembre, Josep Lluís Lafarga i Toni Iruela van presentar la comunicació «Las entidades de base asociativa sanitarias (EBA). Un instrumento de la economía social para la gestión de los servicios públicos sanitarios» (186).

El 14 de desembre es publicà l'editorial per al núm. 102 de la revista *Fer Salut*: «Les EBA, entitats d'Economia Social» (187).

A finals de desembre es va publicar el *Libro Blanco de la Economía Social en España* (Ministeri de Treball i Economia Social i CIRIEC), que inclou l'estudi dels comptes satèl·lit de les EBA de l'any 2017 (181).

A les eleccions a la junta directiva del 17 de desembre del 2020, l'ACEBA guanya la candidatura única d'unitat, presidida pel Dr. Ramon Vilatimó.

A primers de l'any 2021, el professor Guillem López Casasnovas va publicar l'estudi sobre diferències en la vacunació antigripal entre ICS i EBA (en el qual l'ACEBA va col·laborar l'any 2020 amb documentació i diferents entrevistes) (188).

L'ACEBA va fer una ronda de contactes amb els principals responsables dels partits polítics per al programa Salut Eleccions Parlament.

A finals d'aquest mes de gener del 2021, l'ACEBA va tenir coneixement del document de Francesc Moreu «Un nuevo modelo de salud para una nueva sociedad» amb comentaris i bones referències a les EBA (189).

El 14 de febrer del 2021 es van celebrar les eleccions al Parlament de Catalunya.

El 24 de març del 2021 es va publicar el document «Innovant en l'atenció primària a Catalunya: una aproximació a la realitat» de la Societat Catalana de Gestió Sanitària (SCGS) (190).

A finals d'abril del 2021, l'ACEBA va valorar i va fer propostes de millora de l'esborrany de l'Avantprojecte de llei d'harmonització de les fórmules de gestió no contractuals i d'ordenació funcional dels serveis de salut amb càrrec a fons públics.

L'ACEBA va tenir coneixement del document de trenta mesures per enfortir el sistema sanitari que va elaborar un Comitè d'Experts (191) i, després de fer-ne una anàlisi profunda, va constatar el grau d'acord i de suport a aquest.

A mitjan juny del 2021, la Generalitat de Catalunya publicà el document *Reset* (192) que, per a l'ACEBA, va ser destacable perquè incloïa la llei de l'acció concertada per a la provisió dels serveis d'atenció a les persones.

El 2 de juliol de 2021 l'ACEBA s'incorporà al Cercle de Salut com a soci institucional.

La CAMFiC va elaborar un document sobre l'atenció primària en l'era postcovid i l'ACEBA el valorà de manera molt positiva (193).

El mes d'agost del 2021, l'ACEBA elaborà el document «Proposta estratègica per a les EBA i el seu finançament i eventualment la creació de noves» (194). També va fer arribar a l'Assessoria Jurídica de CatSalut esmenes i comentaris sobre l'Avantprojecte de fórmules de gestió (195).

El 20 de setembre es va publicar al *Diario Médico* «Las EBA (autogestión), ahora que tenemos 25 años» (196).

El 8 d'octubre del 2021 va tenir lloc l'acte institucional dels 25 anys del CAP El Remei, amb un seguiment ampli, tal com recull el web de l'ACEBA (197); aquest fet també va motivar un posicionament favorable de Roser Fernández des de la UCH (198).

Des del CIRIEC es va tornar a demanar la col·laboració de l'ACEBA per participar en el *Libro blanco de l'economia social en España*.

Quan l'ACEBA va tenir coneixement de l'Avantprojecte de la llei d'equitat, universalitat i cohesió de l'SNS, el va analitzar, va observar amb precaució la seva aposta per la gestió directa i els va fer arribar al·legacions (199).

A principis de l'any 2022, l'ACEBA va estudiar el document de la UCH «L'economia social i solidària en l'àmbit de la concertació sanitària i social» comentat per Josep Maria Bosch (200).

A mitjans de març del 2022, l'ACEBA va valorar la publicació del «Pla d'ordenació de recursos humans de l'ICS». Segons l'article de Francesc José María (201), la publicació resulta reveladora pel rigor amb la qual està feta i crida l'atenció el nivell d'eventualitat, molt superior al de les EBA.

Quan l'ACEBA va saber que s'havia publicat l'informe 1/2022 de la Sindicatura de Comptes de Catalunya, relatiu a l'anàlisi comparativa dels serveis prestats pels EAP, exercici 2018, en va fer una lectura crítica i va publicar un article al *Diario Médico* (202) i al bloc del Cercle de Salut (203).

Des del 31 de març del 2022, moment de tancar el relat històric d'aquesta tesi, encara estem pendents de la publicació dels resultats del Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA[®]) 2021. Serà interessant observar, en futures investigacions, el comportament de l'efecte covid en la satisfacció dels usuaris de l'APS catalana i de les EBA en particular.

1.2. Definició i característiques de les EBA

Les EBA prenen carta de naturalesa amb la disposició addicional desena de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (4), que disposa que «d'acord amb el que estableixen els articles 7, apartat 2, i 22, apartats 2 i 3, d'aquesta Llei, el Servei Català de la Salut i, si s'escau, les regions sanitàries poden establir contractes per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària, que han d'ésser acreditats a aquest efecte, amb EBA legalment constituïdes, amb personalitat jurídica pròpia, totalment o majoritàriament per professionals sanitaris, amb prioritat els que es troben compromesos en qualsevol dels col·lectius de personal a què es refereix l'article 49, apartat 1, en els termes i amb les condicions previstos per la legislació vigent, amb la finalitat de promoure un major grau d'implicació dels professionals en el procés de desenvolupament, racionalització i optimització del sistema sanitari públic». Aquesta disposició addicional desena va ser incorporada en virtut de la Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (8).

Així mateix, el Decret 309/1997 de la Generalitat de Catalunya, de 9 de desembre (21), pel qual s'estableixen els requisits d'acreditació de les EBA per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària, exigeix que les entitats mencionades «han de gaudir de personalitat jurídica pròpia, estar legalment constituïdes i inscrites en el registre corresponent» (art. 2.1), i «han de revestir qualsevol de les fórmules

següents: a) societat anònima; b) societat de responsabilitat limitada; c) societat laboral i d) cooperativa» (art. 2.2).

Així mateix, el decret assenyalat exigeix el compliment de determinades condicions relatives als professionals sanitaris que participen en les referides entitats. Així, l'article 3 del decret de referència determina el següent:

«3.1 Almenys el 51% del capital social de l'entitat ha de pertànyer als professionals sanitaris compresos en qualsevol dels col·lectius de personal a què es refereix l'article 49.1 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, que hi prestin els seus serveis». (Aquest decret té per objecte establir els requisits d'acreditació de les EBA a l'efecte del reconeixement dels avantatges que en relació amb la situació i l'expectativa de reincorporació preveu la disposició addicional desena de la LOSC pel que fa als professionals sanitaris compresos en l'article 49.1 de l'esmentada llei que presten els seus serveis a les esmentades entitats. Això no és cap obstacle perquè hi poden haver EBA integrades exclusivament per professionals sanitaris no inclosos en cap dels col·lectius previstos en el precepte indicat, atès que la disposició addicional desena de la LOSC prioritza aquests col·lectius professionals als efectes d'integrar les entitats de referència, però no exclou els professionals de la salut d'altres dispositius de protecció de la salut i d'atenció sanitària o sociosanitària.)

«3.2 Els professionals a què es refereix l'apartat anterior han de tenir una relació laboral o de prestació de serveis amb l'entitat formalitzada adequadament, com a mínim, per un temps no inferior al de la vigència del contracte per a la gestió de serveis sanitaris o sociosanitaris que se subscrigui amb el Servei Català de la Salut.

«3.3 Els professionals referits han d'acreditar experiència en la prestació de serveis sanitaris o sociosanitaris, segons es tracti, i han de desenvolupar en l'entitat una jornada mínima equivalent a la jornada laboral ordinària que regeix amb caràcter general per als professionals sanitaris al servei de la Generalitat a l'àmbit de què es tracti. Amb caràcter excepcional i per motius directament relacionats amb la prestació de serveis, podrà haver-hi algun professional sanitari amb una jornada laboral diferent a l'ordinària.

El Servei Català de la Salut valorarà si concorre aquesta circumstància als efectes de l'atorgament de la corresponent acreditació».

De la mateixa manera, l'article 4 de l'esmentat decret imposa a les EBA el compliment de les condicions següents quant a la participació en aquestes entitats d'altres persones físiques o jurídiques:

«4.1 Les persones físiques que no siguin professionals sanitaris que prestin els seus serveis a l'entitat o les persones jurídiques només podran participar, com a màxim, amb un 49% del capital social de l'entitat.

«4.2 En el cas de la participació de persones jurídiques, aquestes hauran de tenir com a objecte social la gestió o la prestació de serveis sanitaris o sociosanitaris, segons escaigui».

També, l'article 5 del decret que ens ocupa exigeix que les EBA compleixin els requisits següents en relació amb la distribució d'accions o participacions:

«5.1 Cap dels professionals sanitaris a què es refereix l'article 3.1 no pot tenir una participació superior al 25%.

«5.2 Cadascuna de les persones físiques o jurídiques a què es refereix l'article 4 no poden tenir, individualment, una participació superior al 25% del capital social de l'entitat.

Així mateix, el decret de referència, en el seu article 6, imposa a les EBA el compliment dels següents requisits en relació amb la transmissió d'accions o participacions:

Les entitats han de preveure en els seus estatuts un règim de transmissió d'accions, o de participacions, que garanteixi que no s'alteraran els percentatges màxims establerts en els articles anteriors pel que fa a la participació dels socis en el capital social. Així mateix, s'ha de garantir que en la transmissió d'accions i participacions es compleixi que els professionals sanitaris que participin prestin els seus serveis en l'entitat en els termes previstos en l'article 3».

Igualment, l'article 7 del decret de referència exigeix a les EBA el compliment dels requisits següents relatius a la representació dels socis en els òrgans de participació:

«En cas d'existir les dues classes de socis a què es refereixen els articles 3 i 4, ambdues classes estaran representades, proporcionalment a les seves aportacions al capital social, en l'òrgan superior d'administració de l'entitat».

Finalment, l'article 8 del mateix decret exigeix que les EBA compleixin els requisits següents pel que fa a la seva organització:

«8.1 Les entitats han de disposar d'un reglament de règim intern recollit documentalment, en el qual es fixi la seva forma d'actuació.

«8.2 Igualment, les entitats han de comptar amb un organigrama que faciliti l'execució àgil i correcta dels acords adoptats pels òrgans de govern i determini els òrgans que tenen cura de les funcions de gestió. Aquest organigrama ha de preveure el nomenament d'un professional que en últim terme sigui el responsable dels serveis que presta l'entitat».

Un altre punt d'interès és la definició de les empreses d'economia social. El fet que la majoria d'EBA tinguin la forma jurídica de SLP va motivar que alguns agents del sector de la salut i de

l'administració sanitària fossin de l'opinió que no es podien incloure les EBA dins de la família de l'economia social. Un informe de Josep Lluís Lafarga (114) ja apuntava clarament que la forma jurídica en cap cas podia ser el factor determinant per a la inclusió o no dins de l'economia social de les EBA. Posteriorment, l'informe que va dur a terme el professor José Luis Monzón (145) va ser determinant per canviar l'estat d'opinió referent a això.

En virtut de les normes que regulen les EBA, i independentment de la personalitat jurídica que adopten, entre les quatre possibles, les EBA tenen les següents característiques:

- a) Són empreses autogestionades pels socis treballadors, que treballen obligatòriament a l'EBA a temps complet.
- b) Entre els socis treballadors, els professionals sanitaris tenen el control efectiu i majoritari de tots els òrgans socials de l'entitat.
- c) Tenen processos participatius i democràtics en la presa de decisions en garantir que cap soci, professional sanitari o no, posseeixi capital o participacions superior al 25% i que les decisions dels òrgans d'administració col·legiats requeriran el vot favorable de la majoria dels socis professionals.
- d) Cap persona jurídica podrà participar en l'entitat, excepte que tingui com a objecte social la gestió o prestació de serveis sanitaris o sociosanitaris, amb els límits de participació indicats en els punts anteriors i sense que entre tots els socis no professionals puguin participar amb més del 49% del capital social.

El professor Monzón és contundent quan, en el seu informe (145), diu que les EBA, qualsevol que sigui la seva forma jurídica, han de constituir-se com a societats professionals en els termes previstos en la Llei 2/2007, de 15 de març, de societats professionals.

Les EBA, qualsevol que sigui la seva forma jurídica, formen part de l'economia social, de conformitat amb el «Manual de comptes satèl·lit de les empreses de l'economia social», de la Comissió Europea, i la Llei 5/2011, de 29 de març, d'economia social.

Les EBA, amb qualsevol forma jurídica, han estat incloses en la proposta de catàleg de les entitats de l'economia social elaborat pel CIRIEC-Espanya per a la Direcció General del Treball Autònom, de l'Economia Social i de la Responsabilitat Social Empresarial, del Ministeri de Treball i Seguretat Social. En aquesta proposta, les EBA són qualificades com a societats no financeres productores de mercat de l'economia social.

Les EBA, sigui quina sigui la seva forma jurídica, verifiquen els requisits exigits per la Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de febrer de 2014, sobre contractació pública.

A finals del 2019, les EBA, mitjançant l'ACEBA, van ser convidades pel CIRIEC-Espanya a participar a l'estudi sobre els comptes satèl·lit (181) de diverses classes d'agents de l'economia social que elabora el CIRIEC per al Ministeri de Treball i Economia Social. L'any d'estudi va ser el 2017 i, a més de les EBA, van ser motiu d'estudi les cooperatives, societats laborals i els centres especials de treball.

Els comptes satèl·lit presenten diverses dades econòmiques agregades de les empreses, algunes d'elles monetàries (producció, valor afegit, etc.), així com altres dades no monetàries (ocupació, qualificació professional, gènere, etc.).

Alguns dels principals resultats d'aquest estudi són, en primer lloc, els comptes de producció i explotació que caracteritzen clarament les EBA com a **empreses de servei**, en les quals els consums intermedis (11.749.000 €) representen el 28,7% de la producció total (40.896.000 €) i el valor afegit brut (29.147.000 €) representa el 71,3% de la producció. El **94% del valor afegit brut es destina a la remuneració d'assalariats**, i resulta un excedent d'explotació net de 814.000 €, clarament residual.

En segon lloc, aquests resultats mostren que **els beneficis empresarials de les EBA tenen un caràcter marginal** (2% sobre la producció), i és lògic que sigui així, ja que el *leitmotiv* dels professionals que creen l'EBA no és el lucre, la rendibilització financera del capital invertit, sinó desenvolupar en el si de l'empresa, amb la seva feina, la seva activitat laboral com a professionals sanitaris, en un escenari participatiu, autogestionat, innovador i de responsabilitats compartides.

En tercer lloc, els sous i salaris de les EBA (22.890.000 €) revelen una retribució mitjana per als 565 treballadors de 40.513 €/any, molt superior al salari brut mitjà a Espanya el 2017, de 23.646 €/any, però auster, si es considera que el 74% dels professionals de les EBA disposa d'una titulació universitària i que el 52% són metges (els metges d'atenció primària a Espanya tenen un salari mitjà de 59.000 €/any). Aquestes darreres dades permeten afirmar que les EBA, amb un immobilitzat material molt reduït, **se situen clarament en l'àmbit productiu de l'economia del coneixement** (204), on el principal actiu està constituït pel capital humà.

En quart lloc, les dades no monetàries de les EBA referides a l'ocupació, permeten afirmar que es tracta d'**empreses amb una alta qualitat de l'ocupació**, on el 90,4% dels treballadors tenen una relació laboral indefinida i el 71,2% són dones. Aquest aspecte de la relació laboral indefinida contrasta notablement amb les dades de l'ICS, tal com s'ha publicat recentment (201).

Sembla rellevant destacar que les EBA tenen una inspiració de model assistencial i empresarial en la fórmula dels GP britànics (3) (205), amb especial interès pel model de *commissioning* (206) que no ha tingut un desenvolupament ple a l'APS catalana.

1.3. Osona i les seves aportacions a la sanitat catalana. Les primeres EBA

La comarca d'Osona està situada al nord-oest de Catalunya, a la província de Barcelona. Comprèn una superfície d'1.263,8 km² i està constituïda per 51 municipis i una població resident de 158.684 habitants segons dades del Registre Central d'Assegurats de CatSalut de l'1 de gener de 2019.

Alguns dels fets més rellevants de les aportacions d'Osona a la sanitat i ordenats cronològicament serien:

- L'any 1978 es crea la **Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona (Osonament)**, inicialment per atendre problemes de comportament i maduració d'infants i adolescents a la comarca d'Osona. Posteriorment amplià els seus serveis a la població adulta en els àmbits de la salut mental i les drogodependències així com diferents serveis d'àmbit comunitari. A partir de l'any 2003, amb l'aprovació del Projecte Osona Salut Mental, **Osonament** se centrarà en els serveis comunitaris i en l'actualitat és un referent de l'economia social en aquests tipus de serveis (207).
- **Programa vida als anys** va néixer l'any 1986 a Catalunya, amb un paper destacat en la gestació de l'Hospital de la Santa Creu de Vic. El primer Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (**PADES**) també va néixer a Vic. En el si d'aquest programa també es va constituir una de les primeres Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (**UFIS**) entre l'Hospital de la Santa Creu i el CHV. Des de llavors, es van anar consolidant i estenent a la resta de Catalunya (208).
- L'**ABS Santa Eugènia de Berga** va ser creada el març del 1988 i va ser la **primera ABS rural reformada**. Es tracta d'una ABS referent a Osona i Catalunya pel seu nivell de qualitat contrastable a la CdR, i amb una important activitat docent i de recerca (209).
- En l'àmbit jurídic, a Vic es va constituir, l'any 1988, el **primer consorci** del sistema sanitari de Catalunya, per fer possible la gestió de l'Hospital General de Vic (210).
- La Comarca d'Osona des del punt de vista docent especialitzat va començar la singladura l'any 1993 amb la **primera promoció de residents de MFiC**. Posteriorment, s'hi van anar incorporant diferents especialitats mèdiques.
- Les primeres **EBA de Catalunya (Vic i Centelles)** van néixer a Osona els anys 1996 i 2000, com s'ha explicat a bastament en el capítol anterior d'aquesta tesi.
- **Prova pilot de model de finançament capitatiu a Osona**. L'any 2002, el CatSalut va posar en marxa una prova pilot de pagament capitatiu en cinc territoris: Alt Maresme-Selva Marítima, Osona, Baix Empordà, Alt Empordà (Terra Alta, Ribera d'Ebre i Priorat), segons l'Ordre SSS/172, de 17 de maig. L'objectiu del CatSalut era fomentar la integració assistencial entre els diferents proveïdors del territori. Un cop avaluada i com que no va supe-

rar la finalitat que s'havia fixat, la prova pilot es va donar per acabada l'any 2014 i es va tornar al model de finançament fragmentat de la resta de Catalunya (211).

- Com a conseqüència de la prova pilot del model capitatiu a Osona, es va posar en marxa el **Sistema Integrat de Salut d'Osona (SISO)** per intentar assolir una coordinació de totes les entitats proveïdores comarcals i una integració assistencial més profunda, tot respectant l'entitat jurídica de les institucions (212).
- L'**atenció continuada i de les urgències de base territorial (ACUT) Osona** va començar l'activitat el maig de 2008 després d'una polèmica en l'àmbit municipal donada la concentració que representaven les urgències nocturnes en comptes dels nou punts que hi havia a la comarca (213). És un model de gestió nou de les urgències més integrat i de base territorial amb la participació de l'Hospital Universitari de Vic i l'APS (ICS i les EBA de Vic i Centelles). Es tracta d'un model consolidat i referent pel país per la seva efectivitat i eficiència, ja que a Osona s'atenen més urgències al CUAP i la taxa d'urgències hospitalàries és molt inferior a la mitjana de Catalunya (214).
- En el capítol d'**aliances estratègiques territorials** entre proveïdors cal destacar el que s'anomenà Triangle del Senglar entre el CHV, l'Hospital de Campdevàrol i l'Hospital Sant Jaume d'Olot, que es va formalitzar el novembre del 2010 (215).
- El **Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC)** es va crear l'any 2011, amb la finalitat d'impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions dutes a terme per millorar el procés d'atenció a la cronicitat, per tal de desplegar un model interdepartamental d'atenció a la cronicitat que abordi les problemàtiques derivades de les malalties cròniques, de manera integral i multidisciplinària, amb una atenció des de les fases més incipients fins als estadis de més complexitat. El lideratge d'aquest programa es va exercir des d'Osona amb la direcció del Dr. Albert Ledesma i el Dr. Carles Blay (216).
- Després de molts anys d'esforços liderats pel Dr. Arimany, la **Facultat de Medicina** s'incorporà a la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya el curs 2017-2018, en què la universitat celebrava el seu vintè aniversari (217).

Caldria reflexionar per què Osona ha estat un territori tan prolífic en l'aportació d'innovació al sistema sanitari català. Durant un temps, dir Osona era sinònim de prova pilot del CatSalut/ Departament de Salut.

Se'n podrien assenyalar alguns factors:

- 1) Participació de professionals de la gestió / assistencials al Departament Salut / CatSalut, entre d'altres, Josep Arimany, Oriol Morera, Xavier Gómez Batiste, Albert Ledesma, Jordi Roca, Carles Blay, Pere Soley, Marta Chandre, Toni Iruela, Sara Manjón, Jordi Roca, etc.
- 2) Osona ha comptat amb un elevat nombre d'entitats proveïdores (8) amb diferent titularitat: ICS, CHV, 3 fundacions privades (Fundació Hospital Sant Jaume de Manlleu, Fun-

dació Hospital de la Santa Creu, Osonament), dues EBA i la Mútuam (en l'actualitat ja no). Cultura de col·laboració interinstitucional. Important nivell de gestió de les entitats d'Osona, a partir del coneixement i de l'interès dels professionals.

- 3) En alguns casos, professionals assistencials de base que es coneixen de sempre i han col·laborat en petits projectes (per exemple, Butlletí de la Comissió d'infeccions d'Osona, entre d'altres) i que, al llarg del temps, es van retrobant en responsabilitats de gestió en avançar les seves carreres professionals.

En un estudi demogràfic promogut per la Delegació d'Osona del COMB de l'any 2013 es preguntava sobre el valor afegit de fer de metge a Osona (218). Els principals factors implicats van ser: les característiques i la possibilitat de coneixement de la població, inclosa la multiculturalitat, les característiques de la comarca (natura, la dimensió rural-semiurbana, qualitat de vida, comunicacions), la coneixença, la relació i comunicació entre professionals, i la connexió i coordinació entre àmbits assistencials que facilita l'atenció integrada.

1.4. El model EBA. Codi de bon govern. Decàleg de les EBA

Les EBA són empreses de professionals sanitaris integrades en el Sistema Públic de Salut per prestar els Serveis d'Atenció Primària a la població de referència. Cada un dels centres té l'objectiu d'encarregar-se de l'Atenció Primària de la població integrada en la seva ABS.

Les EBA van néixer a Catalunya amb l'objectiu que equips de metges i infermeres, amb una àmplia experiència en atenció primària proporcionessin els serveis d'atenció primària reformada a un determinat nombre d'habitants del territori. Aquestes societats es van crear mitjançant un contracte amb el CatSalut i actuen sota la seva supervisió. L'administració sanitària estableix uns criteris de control i seguiment per tal de conèixer la qualitat del treball que desenvolupem. La seva capacitat gestora es mesura mitjançant uns indicadors assistencials, de coordinació i d'eficiència.

Aquest model, escollit pel CatSalut per donar assistència sanitària pública a la nostra població, promou la implicació, motivació i el desenvolupament professionals. L'autogestió dona un important marge organitzatiu, amb molta agilitat en la presa de decisions, ja que són els mateixos professionals els que fan les tasques assistencials i els que decideixen en el dia a dia quines són les millors formes d'atendre les necessitats de salut de la població.

El ventall de gestió a l'EBA és ampli i comprèn tots els àmbits de l'empresa: des de la gestió dels recursos humans fins a la negociació amb els proveïdors, passant per les proves diagnòstiques (anàlisi, radiologia, ecografia, etc.) i la prescripció farmacèutica. També són responsables del manteniment del CAP, la informatització i la posada en funcionament de les noves tecno-

logies. Les semblances semblen clares amb el model dels GP britànics, molt en especial els anglesos (219), tot i que a Catalunya la capacitat de compra de la medicina especialitzada no es va generalitzar des de l'EBA de Vic Sud a la resta d'EBA per part del CatSalut molt probablement per les reticències de les patronals hospitalàries.

El model EBA, recollit per la LOSC (8), promou la responsabilització i vinculació més directa entre els professionals i els pacients amb la intenció de millorar la qualitat de l'atenció que es dona als ciutadans, un dels aspectes que serà motiu d'estudi en aquesta tesi.

Els requisits i les condicions legalment i reglamentàriament establerts es complementen amb les pautes del codi de bon govern de l'EBA (128), aprovat i consensuat per totes les EBA, que determina el bon funcionament i la transparència de les societats professionals. Aquest codi es va aprovar a l'Assemblea de l'ACEBA el 25 de novembre del 2015.

Com es recull al preàmbul, en la redacció del codi de bon govern de les EBA es van tenir en compte, entre d'altres, les Recomanacions per al Bon Govern dels Sistemes de Salut del Consell d'Europa, CM/Rec (2012). Aquestes recomanacions es basen en els valors fonamentals (drets humans, estat de dret i democràcia), els principis del sector de la salut (universalitat, equitat i solidaritat) i els objectius propis del sector públic i els serveis sanitaris: transparència, responsabilitat, accés, participació, eficàcia, qualitat i seguretat. Així mateix, es van tenir en compte la Charte de l'Economie Sociale (1980), la Carta de Principis de l'Economia Social de la Conferència Europea de Cooperatives, Mutualitats, Associacions i Fundacions (actualment, Associació Europea d'Economia Social) (2002) i la Comunicació de la Comissió Europea cap al Parlament Europeu, el Consell, el Comitè Econòmic i Social Europeu i el Comitè de les Regions (Social Business Initiative) (2011), així com l'article 77 de la Directiva 2014/24/UE, del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de febrer de 2014, sobre contractació pública. Aquests instruments instauren els principis de primacia de les persones i de la finalitat social per damunt del capital, que es tradueix en una gestió autònoma i transparent, democràtica i participativa; aplicació dels resultats en funció del treball aportat i el servei o l'activitat duta a terme i, quan s'escaigui, a la finalitat social, i la promoció de la solidaritat interna i el valor afegit envers la societat.

També es van tenir en compte la idiosincràsia de les EBA com a organitzacions de professionals que promouen una direcció participativa on les persones que integren l'equip humà, siguin socis o no, puguin influir en la governança de l'entitat, encara que no formin part de la direcció executiva o de l'òrgan de govern.

El capítol de monitorització i avaluació mereix ser destacat d'aquest codi de bon govern. Esmenta que anualment cada EBA autoavaluarà l'aplicació del codi de bon govern a la seva organització segons un document comú en el qual es ponderen diversos principis i valors d'aquest

codi segons els criteris següents: nivell d'assoliment, planificació, implementació, valoració global i esmenes d'errors. Un cop feta l'autoavaluació, cada EBA presentarà els resultats mitjançant un informe a l'assemblea de l'ACEBA.

Des del meu punt de vista, no hi ha res que defineixi millor les senyes d'identitat de les EBA que el seu decàleg (127). Tot seguit el reproduïm per la seva rellevància i perquè al final d'aquest apunta quina és la clau dels resultats de les EBA, motiu d'estudi d'aquesta tesi.

1. Les EBA són organitzacions de professionals que basen el seu model en desenvolupar un espai on les persones que hi treballen puguin créixer i desenvolupar la seva carrera, facilitant la seva capacitat d'innovació i desenvolupament de l'excel·lència, tot treballant en equip, coresponsabilitzant-se en la gestió, organització i resultats, participant en la governança per aconseguir incrementar l'efectivitat i l'eficiència dels serveis prestats, millorar els resultats en salut i la satisfacció dels ciutadans i dels professionals, tot col·laborant a fer sostenible el sistema sanitari públic.
2. Els valors de les EBA són: professionalisme, qualitat, compromís ètic, equitat, eficiència, servei públic, transparència democràtica, i principis i pràctiques de bon govern.
3. L'ACEBA és el paraigua de les EBA. Actualment formen part de l'ACEBA 13 EBA, de les quals 11 són EAP, una és una cooperativa de serveis de pediatria i una altra presta serveis de salut mental i addiccions. Territorialment estan distribuïdes per tot Catalunya: nou a la província de Barcelona, dues a Tarragona, una a Girona i una a Lleida.
4. Les EBA són empreses de professionals sanitaris integrades en el Sistema Públic de Salut, regides i regulades pel CatSalut de la Generalitat de Catalunya. Com a tals, es deuen i vetllen per la salut i el benestar dels seus usuaris i de tota la població en general. Com a agents de salut del territori, les EBA són properes a la població i proactives en el territori, ofereixen serveis de salut de qualitat i treballen permanentment per aconseguir resultats d'excel·lència, amb una elevada eficiència i un elevat grau de satisfacció dels usuaris.
5. Les EBA es regeixen pel bon govern dels Sistemes de Salut del Consell d'Europa:
 - Valors fonamentals: drets humans, estat de dret, democràcia.
 - Principis del sector de la salut: universalitat, equitat, solidaritat.
 - Objectius propis del sector públic i dels serveis sanitaris: transparència, responsabilitat, accés, participació, eficàcia, qualitat i seguretat.
6. Les EBA són empreses d'economia social participades pels professionals del centre. Qualsevol treballador d'una EBA amb un contracte continuat i un alt percentatge de dedicació té dret a formar part de la societat, i ser-ne soci. És una voluntat ferma de totes les EBA repartir les participacions de l'empresa entre treballadors-socis nous, per tal que el percentatge d'accions siguin proporcionades i equitatives. A aquest efecte, la societat facilita noves oportunitats als professionals perquè participin en l'empresa.

7. La compravenda de participacions permet l'entrada de socis nous a l'organització, així com als socis que surtin de la societat recuperar la inversió feta en la compra de les accions, amb una petita plusvàlua fruit del valor generat en el temps.
8. L'excedent generat per l'empresa ho és per l'esforç del treball dels professionals i no per l'aportació del capital i, per tant, aquest s'ha de gestionar sota el principi de prudència en la gestió (reserves apropiades, sense generar valor de manera desmesurada), reinversió, creació de valor, noves prestacions, incentius consensuats i transparents entre els socis, que fomentin l'esforç assistencial i la qualitat dels resultats.
9. Les EBA es regeixen per un codi de bon govern, aprovat i consensuat per totes, que determina el bon funcionament i la transparència de les societats professionals.
10. Els professionals de les EBA són partícips d'un projecte en comú, referents de salut dels seus usuaris, agents de salut en el territori i màxims responsables de la correcta gestió del seu centre de salut. En definitiva, l'empoderament dels professionals i l'autonomia de la gestió són la clau de l'èxit de les EBA.

A continuació, per completar l'estudi del model EBA, recollirem una anàlisi elaborada per l'autor d'aquesta tesi dels principals factors interns de les EBA desglossats en el que poden ser les seves principals debilitats i fortaleces.

Debilitats:

- Insuficient suport de l'Administració i, per tant, polític. Poca presència en els àmbits més rellevants de decisió. La representació de les EBA davant del CatSalut s'exerceix a través de la patronal d'hospitals.
- Dificultats de visualització com a principals referents de l'autogestió professional en l'APS. Recentment, en la constitució del Consell Assessor de l'Atenció Primària i Comunitària, l'ACEBA no ha estat convidada formalment a formar-ne part (220).
- Insuficient relació institucional amb tots els col·legis professionals implicats en la feina d'un EAP.
- Les EBA, per les seves característiques, són més sensibles als impagaments del CatSalut, la qual cosa en alguns moments ha ocasionat importants tensions de tresoreria en algunes EBA.
- La diversitat de les EBA és una riquesa però, en alguns casos, la gestió d'aquesta diversitat interna ha ocasionat dificultats. És un clàssic sentir: «no totes les EBA sou iguals».
- Per a l'ACEBA és un repte ser capaç de dur a terme projectes comuns (revista *Fer Salut* (221), docència (222), recerca (223), etc.) que aglutinin les diferents EBA, per tal de fomentar el sentiment de pertinença entre tots els treballadors i professionals de les EBA.
- Relleu dels lideratges dels promotors de les EBA a causa de les jubilacions. El procediment de separació i jubilació de socis podria generar malentesos (135).
- La seva escassa implantació (només 13 EBA) i la dificultat d'implicar més professionals per assumir el risc.

- Una certa inseguretats jurídica amb l'actual situació majoritària de contractes prorrogats, pendent que el Parlament legisli quina ha de ser la fórmula per tal de vincular l'accés a la provisió de les EBA. Aquesta situació, entre d'altres aspectes, condiciona les dificultats en la planificació a mitjà i llarg termini.
- Per la pròpia dinàmica de les EBA i a vegades pel context polític, durant molts anys no s'han fet prou esforços per valorar-ne els resultats.
- En les etapes inicials de les EBA, no es van fer prou esforços de transparència.
- Manca de prou aliances polítiques i sectorials en la defensa d'aquest model.
- Sistemes d'informació clínica, epidemiològica i financera diversos i no integrats entre les EBA, que dificulten la defensa del model i l'avaluació de resultats.
- La fórmula jurídica de les EBA i l'afany de lucre ha estat durant molt de temps la principal crítica ideològica, que no sempre s'ha pogut contrarestar, perquè és un debat profundament polaritzat.

Fortaleses:

- L'alineament inequívoc amb el professionalisme.
- Davant les amenaces, han demostrat cohesió i unitat d'acció suficients (concursos, lleis, etc.).
- La seva capacitat d'innovació i d'adaptació.
- La qualitat de vida dels professionals a les EBA se situa en nivells per sobre de la mitjana del sistema i més els darrers anys en els quals el grau d'esgotament professional (*burnout*) a la nostra APS arriba gairebé al 70%, tal com s'ha recollit en el darrer Congrés de la CAMFiC a Girona (224).
- La satisfacció dels nostres usuaris que se situen com els principals aliats en la defensa d'aquest model (225).
- L'alt compliment del contracte del CatSalut (226), que ens situa com a excel·lents proveïdors de l'autoritat sanitària.
- L'aposta decidida per l'economia social (alineats amb els corrents europeus) (227).
- La possibilitat d'obtenir ingressos addicionals als del CatSalut per cartera complementària amb unes mínimes despeses estructurals.
- Lideratges molt consolidats en la majoria de les EBA.

Alguns d'aquests aspectes seran motiu de reflexió al llarg d'aquesta tesi; aquests factors interns no hi ha cap dubte que són els més susceptibles de ser treballats pel món de les EBA i, per tal de millorar-ne el posicionament estratègic, es tractaria de disminuir les debilitats i augmentar les fortaleces.

Per completar aquesta anàlisi estratègica, en un altre apartat d'aquesta tesi es comentaran els factors externs i que, en la lògica de la millora estratègica, caldria treballar en la mesura que es pugui per tal de disminuir les amenaces i augmentar les oportunitats.

1.5. Normativa aplicable a les EBA

En aquest apartat, i per ordre cronològic, es descriuen les principals disposicions legals i reglamentàries parlamentàries, així com de l'entorn associatiu d'aplicació rellevant a les EBA.

La **Constitució espanyola** (228), a l'article 43, reconeix el dret a la protecció de la salut i l'accés de tots els ciutadans als serveis i prestacions sanitaris; i els articles 148.1.21 i 149.1.16 atribueixen a l'Estat les bases, la coordinació general i l'alta inspecció, i a les comunitats autònomes (CA), el desenvolupament legislatiu i l'execució dels serveis i prestacions sanitaris, incloent-hi la planificació, la gestió i el control d'aquests serveis i prestacions.

El **Decret 84/1985**, de 21 de març, de mesures per a la RAP de salut a Catalunya (2), regula el primer graó de l'atenció sanitària, crea els equips d'atenció primària, integrats per metges, pediatres, infermeres i assistents socials, els quals cobreixen l'àmbit territorial que configura una ABS i presten serveis en règim de jornada continuada en el marc d'una atenció integral que comprèn la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'atenció sanitària en el seu primer graó assistencial.

La **Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat (LGS)** (229), en els articles 43, 148.1.21 i 149.1.16 de la Constitució, estableix les bases de la sanitat interior, crea l'SNS, conjunt dels serveis i prestacions sanitaris finançats públicament, integrat per l'Administració sanitària de l'Estat i els diferents serveis de salut autonòmics, sobre els quals s'assenta l'SNS. Els serveis de salut autonòmics estan integrats per diverses àrees de salut -configurades al seu torn per un conjunt de zones (àrees) bàsiques de salut-, en l'àmbit de les quals s'ha d'assegurar l'accés dels ciutadans a tots els serveis i prestacions sanitaris. Es tracta d'un sistema equitatiu, d'accés universal i finançat públicament per mitjà dels impostos, a través dels pressupostos generals i, per tant, desvinculat del sistema de protecció social (Seguretat Social). Aquesta llei regula les competències estatals (bases, coordinació general i alta inspecció), i s'atribueix a les CA, a través dels serveis de salut autonòmics, la gestió i l'execució dels serveis i prestacions sanitaris.

La **Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya** (4) desplega la LGS en l'àmbit territorial de Catalunya i crea el CatSalut, que integra el conjunt dels serveis i prestacions sanitaris, sociosanitaris i de salut pública, al qual correspon la planificació, la gestió i el control d'aquests serveis i prestacions, i que és configurat per tots els centres, serveis i establiments, qualsevol que en sigui la titularitat, que proveeixen aquests serveis i prestacions. La LOSC faculta el CatSalut per gestionar els serveis mitjançant les diverses formes de gestió directa (serveis no personificats, organismes autònoms, empreses públiques o consorcis públics) o indirecta (acords, convenis i contractes amb entitats públiques o privades), separant clarament

les funcions d'asseguradora pública (finançament, compra, planificació, avaluació i control) de les funcions de proveïdor de serveis i prestacions sanitaris, sociosanitaris i de salut pública. Aquesta llei organitza el CatSalut en vuit regions sanitàries, integrades cadascuna per un conjunt de sectors sanitaris, en l'àmbit dels quals s'ha d'assegurar l'accés dels ciutadans a tots els serveis i prestacions sanitaris, sociosanitaris i de salut pública finançats públicament, i que resten integrats, al seu torn, per diverses ABS, i en regula els òrgans de direcció i participació, tant centrals (consell de direcció i consell català de la salut) com territorials (consell de direcció de les regions i els sectors sanitaris, i el consell de la salut de les regions i sectors sanitaris). Finalment, la llei ordena l'APS, i recull els trets més rellevants de la reforma d'aquest graó de l'assistència instrumentada en virtut del Decret 84/1985, de 21 de març, que els confereix carta de naturalesa mitjançant una norma amb rang legal, i també l'atenció especialitzada, que crea el SISCAT, integrat per les diverses xarxes de centres i serveis sanitaris i sociosanitaris, tots degudament acreditats, per tal de garantir els nivells de qualitat assistencial adequats en cada una de les tipologies de serveis.

La Llei 11/1995, de 25 de setembre, de modificació parcial de la LOSC (8), que completa alguns aspectes de la LOSC, i atribueix al Consorci Sanitari de Barcelona, integrat per la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, les funcions que corresponen a la RSB Barcelona ciutat, i regula les EBA, integrades majoritàriament per professionals sanitaris (metges i infermeres) com a forma de gestió de serveis i prestacions sanitaris, sociosanitaris i de salut pública finançats públicament, fundat en els principis d'autogestió i professionalisme. Alhora, aquesta llei estableix determinades mesures perquè els professionals sanitaris amb plaça al Departament de Sanitat, a l'ICS i a les empreses públiques i consorcis sanitaris que hi són adscrits puguin promoure la creació d'EBA, i impulsar-ne la implantació.

La Llei 15/1997, de 25 d'abril, sobre habilitació de noves formes de gestió de l'SNS (230), que possibilita que els centres, serveis i prestacions del sistema siguin gestionats pels diferents serveis de salut mitjançant qualsevol forma de gestió directa (serveis no personificats, organismes autònoms, fundacions sanitàries, entitats públiques empresarials o consorcis públics) i indirecta (acords, convenis i contractes amb entitats públiques o privades), tot reproduint l'article 7.2 de la LOSC.

El Decret 309/1997, del 9 de desembre, que estableix els requisits d'acreditació de les EBA per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària (DOGC núm. 2539, de 16.12.1997) (21), que han de complir les societats anònimes, de responsabilitat limitada, laborals o cooperatives que poden adoptar aquestes entitats. Els requisits que han de complir les EBA perquè puguin ser acreditades d'acord amb la disposició addicional desena de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, segons la redacció donada per la Llei 11/1995, de 29 de setembre, són, d'acord amb aquest decret, els

següents: 1) l'entitat ha de gaudir de personalitat jurídica pròpia, i estar legalment constituïda i inscrita en el registre oficial corresponent (Registre Mercantil o administratiu); 2) almenys el 51% del capital social de l'entitat ha de pertànyer als professionals sanitaris compresos en qualsevol dels col·lectius de personal a què es refereix l'article 49.1 de la LOSC (funcionaris del Departament de Salut, estatutaris de l'ICS, funcionaris sanitaris locals, etc.) que prestin serveis a l'entitat; 3) els professionals assenyalats han de tenir una relació laboral o de prestació de serveis amb l'entitat formalitzada adequadament, com a mínim, per un temps no inferior al de la vigència del contracte subscrit amb el CatSalut; 4) els esmentats professionals han d'acreditar experiència en la prestació de serveis sanitaris de què es tracti i han de desenvolupar a l'entitat una jornada mínima equivalent a la jornada laboral ordinària que regeix amb caràcter general per als professionals sanitaris al servei de la Generalitat; 5) les persones físiques que no siguin professionals sanitaris o les persones jurídiques no poden tenir més del 49% del capital social de l'entitat, i les persones jurídiques han de tenir per objecte social la gestió o la prestació de serveis sanitaris o sociosanitaris, segons escaigui; 6) cada una de les persones físiques o jurídiques esmentades anteriorment no poden tenir individualment una participació superior al 25% del capital social de l'entitat, i els seus estatuts han de preveure així mateix que aquests percentatges màxims no s'alteraran en el futur, i que en el cas d'existir les dues menes de socis assenyalades, ambdues classes de socis estaran representades en l'òrgan superior d'administració de l'entitat proporcionalment a les seves participacions en el capital social; 7) l'entitat ha de disposar d'un reglament de règim intern recollit documentalment, en el qual es fixi la seva forma d'actuació, i 8) l'entitat ha de comptar amb un organigrama que faciliti l'execució àgil i correcta dels acords adoptats pels òrgans de govern.

El Decret 378/2000, de 21 de novembre, pel qual es crea el SISCAT (30). Per tal de definir un marc estable d'entitats proveïdores de serveis assistencials, es crea el SISCAT, que integra les diverses xarxes assistencials (atenció primària, hospitalària, sociosanitària i de transport sanitari) en un sol sistema. El SISCAT ha ajudat a optimitzar les infraestructures existents, consolidar aliances estratègiques entre proveïdors i afavorir el contínuum i la integració assistencials. Aquest decret fou derogat i substituït pel Decret 196/2020, de 14 de desembre.

La Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat de l'SNS (231). Aquesta llei complementa la Llei general de sanitat en els aspectes de coordinació i cooperació entre les CA i l'Administració Sanitària de l'Estat. És el fruit de l'experiència acumulada en la gestió sanitària autonòmica durant vint anys, i té per objecte adoptar les mesures adients per millorar el funcionament de l'SNS per assolir els objectius d'equitat i eficiència. La llei té dos propòsits fonamentals: assegurar la cohesió entre els serveis autonòmics de salut i facilitar-ne la modernització. La llei consta d'onze capítols, d'entre els quals els sis primers es refereixen al nucli bàsic de l'SNS (prestacions, medicaments, professionals sanitaris, investigació, sistema d'informació i qualitat); uns altres dos regulen sengles instruments de cooperació entre l'Administra-

ció Sanitària de l'Estat i les CA (els Plans Integrals de Salut i les accions de cooperació en Salut Pública), i els tres capítols darrers fan referència als instruments de coordinació prínceps en el marc del sistema: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que aquesta llei reforma; l'Alta Inspección Sanitaria, funció que la llei completa amb el seguiment dels acords adoptats pel Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, i el Consejo Consultivo del Sistema Nacional de Salud, que és el mecanisme de participació dels agents socials.

L'article 162 de l'Estatut d'autonomia, aprovat per la Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol (232), atribueix a la Generalitat de Catalunya, en matèria de sanitat i salut pública, la competència exclusiva sobre l'organització, l'avaluació, la inspecció i el control dels centres, serveis i establiments sanitaris i sociosanitaris per ordenar els serveis de salut, en el marc dels articles 148.1.21 i 149.1.16 de la Constitució.

La Llei 2/2007, de 15 de març, de societats professionals (41) modificada per la **Llei 25/2009, de 22 de desembre**, de modificació de diverses lleis per a la seva adaptació a la llei sobre el lliure accés a les activitats de serveis i el seu exercici (233).

La llei de societats professionals té per objecte possibilitar la consolidació d'una nova classe de professional col·legiat, les societats professionals, mitjançant la seva constitució d'acord amb aquesta llei i la inscripció en el Registre de Societats Professionals, així com la regulació de les seves relacions amb els socis d'aquestes entitats, tots professionals individuals que en formen part integrant.

Decret 196/2010, de 14 de desembre, del SISCAT (106). Resulta d'interès el dictamen del CTESC (234) preceptiu a l'aprovació d'aquest decret. Amb la voluntat d'avançar en la concepció integral i integrada del sistema, es va reformar el SISCAT incloent-hi totes les xarxes pels tipus de serveis que presten (intern, comunitari, transport sanitari i altres serveis sanitaris).

Llei 5/2011, d'economia social (65). L'objectiu fonamental d'aquesta llei és configurar un marc jurídic que permeti el reconeixement i la millor visibilitat de l'economia social, entesa com una tercera via entre l'economia de capital i l'economia d'estat, que li atorga una seguretat jurídica més gran mitjançant la seva definició i la fixació dels principis i dels criteris identitaris que han de complir les entitats i empreses que en formen part, tot recollint com a labor d'interès social la promoció, l'estímul i el desenvolupament de les entitats d'economia social i les seves organitzacions representatives.

Moció 2 i 3/X del 2013 (79). El Parlament de Catalunya va adoptar la Moció 3/X, sobre polítiques de salut, de 28 de febrer del 2013, com a conseqüència del malestar que va generar l'adjudicació de la gestió dels serveis d'atenció primària de l'ABS de l'Escala a l'empresa mul-

tiservei Eulen. Aquesta moció va donar lloc a la creació d'un grup de treball amb l'objectiu de «proposar un nou marc normatiu de contractació que estableixi els criteris vinculants en la contractació pública que permetin preservar les especificitats del model sanitari públic», el qual va emetre un informe formulant un seguit de propostes en la línia d'explotar els marges que les Directives 2004/17/CE, 2004/18/CE i 2004/81/CE, sobre contractació pública i concessions, conferien als efectes de preservar les peculiaritats del sistema sanitari català en el marc del model públic de l'estat del benestar.

Moció 159/X sobre APS (104). Arran del malestar generat per l'adjudicació de la gestió dels serveis d'atenció primària de l'ABS de l'Escala a l'empresa multiservei Eulen, i en la mateixa línia que la Moció 3/X, el Parlament de Catalunya va adoptar posteriorment la Moció 159/X, sobre l'APS, de 27 de novembre del 2014, per la qual s'insta el Govern a evitar els concursos públics per a la contractació de la gestió de les ABS.

Moció 190/X, sobre la situació de la sanitat, de 19 de març de 2015 (118). La moció a l'apartat 1.d) insta el Govern, igualment, a no promoure cap concurs públic per a la contractació de la gestió de les ABS fins que no s'hagi explorat tot el que es posava de manifest a l'informe al qual fa referència la Moció 3/X.

Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 26 febrer del 2014, sobre contractació pública (91). Aquesta directiva, fundada en l'article 106.2 del Tractat de Funcionament de la Unió Europea (TFUE) i afavorida pel moviment Europa 2020, concep els serveis d'atenció a les persones com a serveis d'interès general (i no com a serveis d'interès econòmic general), els quals no es regeixen per les normes del mercat interior i responen als principis d'universalitat, igualtat d'accés, equitat, continuïtat de prestacions, transparència, qualitat i no-discriminació; han de respectar el principi de llibertat de circulació de les persones, però no els principis de llibertat d'establiment i llibertat de prestació de serveis, ni les regles sobre competència, ni sobre ajuts públics (principis aquests darrers que sí són exigibles als serveis d'interès econòmic general). Així mateix, als serveis d'atenció a les persones els és d'aplicació l'article 2 del Protocol núm. 26 del Tractat de Lisboa (desembre de 2007), segons el qual «les disposicions dels tractats no afectaran en absolut la competència dels estats membres per prestar, encarregar i organitzar els serveis d'interès general que no tinguin caràcter econòmic», de tal manera que «els estats són competents per organitzar els seus serveis sanitaris determinant el grau de protecció de la salut pública que volen garantir i la forma d'assolir-lo» (art. 168.7 del TFUE) i, per tant, poden regular la contractació de serveis a les persones amb un ampli marge de maniobra per tal de preservar els principis i els objectius del model sanitari, social i educatiu de cada estat membre o poder subestatal amb competències plenes en aquesta matèria, com és el cas de Catalunya. Tot plegat a diferència de la Directiva 2004/18/CE (derogada per la Directiva 2014/24/UE), que concebia els serveis d'atenció a les persones com a serveis d'interès econòmic

general, indiferenciadament dels restants serveis públics, i els regulava de manera uniforme i rígida sense reconèixer als estats membres cap mena de marge de maniobra a aquests efectes.

Resolució 1069/X, sobre el sistema públic de salut, de 19 de juny del 2015 (119). La resolució fa una anàlisi molt exhaustiva del sistema públic de salut de Catalunya, aborda aspectes com el model sanitari; el finançament del sistema; l'avaluació i el retiment de comptes a la ciutadania; la governança; els drets dels ciutadans; la planificació sanitària; la contractació amb els centres del SISCAT; l'atenció privada a centres públics; el cobrament a tercers per assistència sanitària; lluita contra el càncer; VIH/SIDA; salut mental i addiccions; integració dels serveis socials i sanitaris; les desigualtats en salut; la participació territorial; els professionals de la salut; la recerca i la innovació, i la política del medicament, entre d'altres, i insta el Govern a prendre les mesures adients per redreçar i millorar el funcionament de l'SNS de Catalunya en tots els àmbits analitzats. Pel que fa a l'apartat relatiu a la contractació amb els centres del SISCAT, aquesta resolució insta el Govern a autoritzar la creació d'un grup de treball integrat per experts en matèria sanitària i de contractació, designats pel conseller de Salut perquè elabori, en un període de sis mesos, les bases d'un avantprojecte normatiu que transposi la Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de febrer del 2014, en el que correspon a la contractació de serveis sanitaris del SISCAT en el marc d'una llei de contractació de serveis sanitaris i socials d'atenció a les persones i, així mateix, a autoritzar la pròrroga dels convenis, contractes i autoritzacions fins a l'entrada en vigor i l'aplicació de la llei de referència.

Acord de govern de 23 de juny del 2015 sobre el grup de treball de contractació pública i pròrroga de contractes (120). En compliment de les Mocions 3/X, sobre les polítiques de salut, de 28 de febrer del 2013; 159/X, sobre l'atenció primària de salut, de 27 de novembre del 2014; 190/X, sobre la situació de la sanitat, de 19 de març del 2015 i, especialment, la Resolució 1069/X, sobre el sistema públic de salut, de 19 de juny del 2015, l'Acord del Govern de 23 de juny del 2015 crea un grup d'experts (el qual serà coordinat per José Ma Gimeno Feliu, catedràtic de Dret Administratiu de la Universitat de Saragossa i assessor de diversos estats membres de la Unió Europea i del Ministeri d'Hisenda i Administracions Territorials en matèria de contractació pública, i integrat per uns altres sis especialistes en contractació pública: la directora general de Contractació Pública del Departament d'Economia i Hisenda, la secretària del Tribunal Català de Contractes del Sector Públic, la cap de l'Assessoria Jurídica del Departament de Salut, el cap de l'Assessoria Jurídica del CatSalut i dos experts en contractació pública vinculats a les universitats catalanes) amb l'objectiu d'elaborar un Avantprojecte de llei que transposi la Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell de 26 de febrer del 2014, pel que fa a la contractació dels serveis sanitaris a les persones i, d'altra banda, autoritza la pròrroga dels convenis, contractes i autoritzacions per a la provisió d'aquests serveis finançats publicats mentre no s'aprovi i entri en vigor l'esmentada llei. En el termini de sis mesos

que se li va conferir a l'efecte, el grup d'experts anomenat anteriorment va elaborar els documents «Bases per a la regulació de la gestió sanitària a Catalunya. Novembre de 2015» i «Esborrany d'Avantprojecte de Llei d'ordenació del sistema de gestió sanitària pública de Catalunya. Març de 2016».

Decàleg de les EBA (127). El «Decàleg de les EBA», aprovat en l'Assemblea de l'ACEBA celebrada el dia 16 de juny del 2016, és un recull dels trets principals que defineixen les bases de l'autogestió en salut i, per tant, constitueixen l'ADN de les EBA. El decàleg defineix les EBA com a entitats fundades en el professionalisme i l'autogestió, i determina els seus valors, posant en relleu la seva condició d'entitats d'economia social, la subjecció a les recomanacions de bon govern dels sistemes de salut del Consell d'Europa i al codi de bon govern de les EBA, aprovat i consensuat per totes les entitats, que en garanteix el bon funcionament i la transparència; la distribució d'excedents per complir els objectius de l'entitat (reserves), sense generar valor de manera desmesurada, basat en l'esforç del treball i no per l'aportació del capital, i l'objectiu d'empoderar els professionals, entre d'altres.

Codi de bon govern de les EBA (128). El codi de bon govern de les EBA fou aprovat en l'Assemblea de l'ACEBA celebrada el dia 16 de juny del 2016, i es basa en les recomanacions de bon govern dels sistemes de salut del Consell d'Europa, CM/Rec (2012), fundades en els valors fonamentals (drets humans, estat de dret i democràcia), els principis del sector de la salut (universalitat, equitat i solidaritat) i els serveis sanitaris (transparència, responsabilitat, accés, participació, eficàcia, qualitat i seguretat), i ha tingut en compte la Charte de l'Économie Sociale (1980), la Carta de Principis de l'Economia Social de la Conferència Europea de Cooperatives, Mutualitats, Associacions i Fundacions (actualment Associació Europea d'Economia Social) (2002) i la Comunicació de la Comissió Europea al Parlament Europeu, el Consell, el Comitè Econòmic i Social Europeu i el Comitè de les Regions (Social Business Initiative) (2011). Aquest codi de bon govern instaura la primacia de les persones i de la finalitat social per damunt del capital, que es tradueix en una gestió autònoma i transparent, democràtica i participativa; l'aplicació dels resultats en funció del treball aportat i el servei o l'activitat duta a terme i, si escau, a la finalitat social, i la promoció de la solidaritat interna i el valor afegit envers la societat. En aquest sentit, el codi de bon govern de les EBA, que és un instrument que s'ha d'avaluar periòdicament segons indicadors i resultats ben definits que permetin corregir els biaixos observats, concep aquestes entitats com a organitzacions en l'àmbit de les quals els professionals que hi treballen puguin créixer i desenvolupar la seva carrera, facilitant la seva capacitat d'innovació i la consecució de l'excel·lència, en el marc del treball en equip, i coresponsabilitzar-se de la seva gestió i el seu funcionament, participant en la governança per augmentar l'efectivitat i l'eficiència dels serveis prestats, millorar els resultats en salut i la satisfacció dels ciutadans i de l'equip humà, tot col·laborant a fer sostenible el sistema sanitari públic de Catalunya.

Avantprojecte de llei de fórmules de gestió (146). L'Avantprojecte de llei de fórmules de gestió de l'assistència sanitària pública, ve a reproduir en bona mesura l'esborrany de l'Avantprojecte de llei reguladora de la gestió sanitària pública a Catalunya i respon a la voluntat de bastir un sistema sanitari públic i d'abast universal basat en la cooperació pública institucional i la col·laboració del sector privat, per millorar l'eficàcia i la qualitat del sistema, facilitant la consolidació de les entitats d'economia social i del tercer sector sanitari, referents en el compromís solidari de la societat civil per a la prestació de serveis a persones en situacions especials, en la línia de la Unió Europea i dels Estats socialment més avançats de la Unió (Suècia, Dinamarca, Finlàndia, Holanda, Bèlgica, França, etc.). En el marc d'aquest sistema, la gestió dels serveis sanitaris d'atenció a les persones (no els serveis col·laterals) es farà efectiva a Catalunya mitjançant l'estratègia següent:

- 1) La integració directa dels centres i serveis gestionats per l'ICS, els consorcis i les empreses públiques del CatSalut a les xarxes de centres d'internament i de centres i serveis sanitaris d'àmbit comunitari d'utilització pública de Catalunya (en raó de la seva naturalesa pública).
- 2) La integració dels centres i serveis de titularitat privada (amb preferència els centres i serveis gestionats per entitats sense ànim lucratiu i d'economia social) a les xarxes de centres d'internament i de centres i serveis d'àmbit comunitari d'utilització pública de Catalunya, mitjançant l'acció concertada (paràgraf 114 de la Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de febrer del 2014, sobre contractació pública), que «publiquen la gestió privada». Aquests centres i serveis, que juguen un paper complementari de caràcter estable en la provisió dels serveis sanitaris d'utilització pública, han de superar uns requisits tècnics determinats fixats pel Govern, que garanteixin uns nivells homogenis de qualitat en tot el sistema, i s'han de sotmetre a unes obligacions de control assistencial i econòmic comunes a tots els centres i serveis del SISCAT inherents al caràcter públic del sistema.
- 3) La integració en la xarxa de serveis sanitaris de caràcter complementari d'utilització pública de Catalunya (que inclou els dispositius que proveeixen els serveis sanitaris o de suport tradicionalment bastits a través d'operadors privats, com ara la rehabilitació funcional, la diàlisi ambulatoria, el transport sanitari i l'oxigenoteràpia i altres teràpies respiratòries a domicili finançats públicament) mitjançant mecanismes de contractació pública que, tot i respectant l'adequada transparència i igualtat de tracte, poden obviar les regles de la concurrència competitiva per tal de garantir la correcta prestació dels serveis pel que fa a les entitats que compleixin determinats requisits, donat el caràcter estratègic d'aquests serveis, i subjectes a un procediment simplificat que posi l'atenció en les pròpies característiques del servei, basat en els principis d'universalitat, solidaritat, eficiència econòmica i adequació (art. 76 de la Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de febrer del 2014, sobre contractació pública).

En l'articulació d'aquest procediment especial, juntament amb mesures de simplificació administrativa, es podran incloure altres previsions com ara: a) la valoració especial de la solvència

de les empreses licitadores (en especial, la solvència tècnica o professional essencialment lligada a la qualitat del servei, amb inclusió de l'experiència en la provisió dels serveis objecte de contractació); b) la determinació de criteris d'adjudicació que valorin la qualitat del servei oferta pels licitadors vinculada a la qualificació i l'experiència dels professionals que prestaran efectivament els serveis; c) la necessària regulació de supòsits d'anormalitat des de la perspectiva del compliment de determinats requeriments socials de l'oferta (protecció de l'ocupació, condicions de treball, costos salarials mínims per categoria professional, etc.), i d) la determinació de condicions especials d'execució que garanteixin la correcta prestació del servei. S'observa que la formalització d'aquests contractes comporta la integració dels centres i serveis respectius en el SISCAT, per mitjà de la xarxa de serveis complementaris d'utilització pública de Catalunya, durant el termini de durada del contracte, amb l'obligació de complir els requisits tècnics d'homologació dels serveis i les obligacions de control assistencial i econòmic que se'n deriven de la pertinença a la xarxa esmentada.

Aquesta estratègia es completa amb la possibilitat de reservar els contractes per a la provisió de serveis i prestacions sanitaris a favor de les entitats d'economia social (tercer sector sanitari) a l'empara de l'article 77 de la Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de febrer del 2014, sobre contractació pública, per un període màxim de tres anys, obert a les entitats que compleixen els requisits que s'estableixen en aquest precepte (missió de servei públic, governança democràtica i reinversió de beneficis en la finalitat o finalitats de l'organització o la distribució atenent a criteris de participació).

La regulació que proposa aquest avantprojecte de llei suposa un conjunt harmònic de solucions juridicopúbliques que garanteixen la viabilitat del sistema sanitari de Catalunya i no imposa un únic model ideològic, la qual cosa n'afavoreix l'estabilitat, així com també la seva neutralitat com a política pública essencial i el respecte a la legislació comunitària en aquesta matèria, allunyada de la idea de mercat i imbuïda dels principis d'universalitat, solidaritat, eficàcia, sostenibilitat i qualitat del servei públic.

Decret 151/2017, de 17 d'octubre (156). La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, preveu a l'article 29 que als centres i establiments sanitaris, sigui quin sigui el nivell i la categoria o el titular, se'ls ha d'exigir que tinguin autorització administrativa prèvia per a la instal·lació i el funcionament, així com per a les modificacions que respecte de la seva estructura i règim inicial es puguin establir. L'autorització administrativa prèvia també es refereix a les operacions de qualificació, acreditació i registre de l'establiment. En desplegament d'aquest precepte legal, el Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre, estableix les bases generals sobre autorització de centres, serveis i establiments sanitaris, regulant les bases generals del procediment d'autorització d'aquests dispositius que han de fixar les CA en el seu àmbit territorial respectiu, alhora que determina una classificació, denominació i definició comunes per a tots

els centres, i crea un registre i un catàleg general d'aquests centres, serveis i establiments sanitaris. D'altra banda, la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, recull a l'article 10.k), que corresponen al Departament de Salut, en relació amb l'ordenació sanitària que estableix aquesta llei, les competències per a l'autorització de la creació, la modificació, el trasllat i el tancament dels centres, els serveis i els establiments sanitaris i sociosanitaris, si escau, i la cura del seu registrament, catalogació i acreditació, si n'és el cas. En aquest marc normatiu, el Decret 151/2017, de 17 d'octubre, regula els requisits i les garanties tecnicosanitàries mínimes comunes que han de complir els centres i serveis sanitaris per obtenir l'autorització prèvia d'instal·lació, de funcionament, de modificació i de tancament; així com la regulació del procediment per a la seva autorització i registre, manteniment o revocació. És també objecte d'aquest decret la regulació del registre de centres, serveis i establiments sanitaris de Catalunya. Per acabar, el decret regula les funcions del departament competent en matèria de salut en la inspecció, vigilància i control de l'activitat d'aquests centres. A aquests efectes, el Decret 151/2017, de 17 d'octubre, substitueix el Decret 183/1981, de 2 de juliol, sobre normes per a condicions i requisits que han d'acomplir els centres, serveis i establiments sanitaris assistencials; el Decret 118/1982, de 6 de maig, sobre autorització de centres, serveis i establiments sanitaris assistencials; l'Ordre de 24 de gener del 1983, per la qual s'estableix la normativa per a la sol·licitud i l'atorgament d'autorització administrativa per a la creació, la modificació, el trasllat o el tancament de centres, serveis o establiments d'assistència hospitalària, i l'Ordre de 9 d'agost del 1989, de creació del registre de centres, serveis i establiments sanitaris de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària.

Llei 9/2017, de 8 de novembre, de contractes del sector públic (159). La Llei 9/2017, de 8 de novembre, de contractes del sector públic, transposa la Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de febrer de 2014, sobre contractació pública i per la qual es derogava la Directiva 2004/18/CE. En l'exposició de motius, aquesta llei posa de manifest la seva voluntat de preservar les competències plenes de les CA pel que fa a la regulació dels contractes de serveis a les persones, i en la seva disposició addicional quaranta-vuitena preveu la reserva de contractes de serveis de caràcter cultural, social i de salut per un termini que no excedirà de tres anys a favor de les organitzacions a què es refereix l'article 77 de la directiva de referència (organitzacions que compleixin els trets identitaris de les entitats d'economia social).

Projecte de llei de contractes de serveis d'atenció a les persones, aprovat pel Govern el dia 10 de juliol de 2018 (163). Les directives comunitàries 2014/23/UE i 2014/24/UE, de 26 de febrer del 2014, del Parlament europeu i del Consell, sobre el règim d'adjudicació de concessions i sobre contractació pública, respectivament, faculten els estats membres de la Unió Europea i els poders subestats amb competència plena en la matèria, com és el cas de la Generalitat de Catalunya, per legislar sobre els contractes de serveis a les persones (sanitaris, socials, educatius i altres serveis personals), a fi de preservar el model sanitari, social i educatiu respectius, els

seus valors i els seus objectius, d'acord amb els principis de transparència, d'igualtat i de no-discriminació, exclusivament. Això és possible, segons el TFUE, en tant que els serveis a les persones constitueixen el cor de les polítiques dels estats membres i els poders subestatsals competents (serveis d'interès general) i tenen un règim especial, a diferència dels restants serveis públics (serveis d'interès econòmic general), als quals els són d'aplicació, a més, les regles sobre competència i sobre ajuts públics.

El Projecte de llei de contractes de serveis a les persones, aprovat pel Govern el dia 10 de juliol del 2018, fa ús d'aquestes facultats, atribuïdes a la Generalitat de Catalunya per les directives comunitàries i per la Llei estatal de contractes del sector públic, per regular els contractes de serveis a les persones, tot garantint la qualitat, la continuïtat, l'accessibilitat i l'assequibilitat en la prestació d'aquests serveis en interès de tots els ciutadans, valorant especialment a efectes de la seva adjudicació aquelles entitats que aporten un valor afegit a la societat (entitats d'economia social i del tercer sector) i aquelles empreses que apliquen polítiques de responsabilitat social corporativa, igualtat de gènere, responsabilitat ambiental, inserció laboral de les persones amb discapacitat o que han signat el Pacte Mundial de les Nacions Unides en matèria de corrupció, comerç just, etc., afavorint la qualitat sobre el preu de les ofertes (amb una limitació important del pes relatiu del preu en la valoració de les ofertes), prohibint la selecció de les empreses prestadores de serveis per subhasta i exigint el compliment de les condicions salarials i laborals establertes en els convenis col·lectius de referència a totes les empreses adjudicatàries, a més de fixar mecanismes d'avaluació, control i seguiment continuats en l'execució d'aquests contractes i de sanció de les empreses que incompleixin les seves obligacions en la prestació dels serveis adjudicats, entre d'altres mesures ordenades a garantir uns serveis públics personals de qualitat i una especial cura i atenció en l'accés i la prestació dels serveis assenyalats a les persones que en són tributàries.

A més, el Projecte de llei de contractes de serveis a les persones preveu mecanismes que permeten l'accés o la continuïtat en la prestació d'aquests serveis a les entitats que compleixen els requisits establerts en la directiva comunitària sobre contractació pública (missió de servei públic, participació democràtica en la governança, i reinversió de beneficis en la consecució dels objectius de l'entitat o distribució de beneficis socialment acceptables segons els criteris de participació), mitjançant la fórmula dels contractes reservats, per un termini de tres anys.

Aquest projecte de llei finalment fou refusat per la Comissió de Pressupostos i Hisenda del Parlament de Catalunya, malgrat haver-se aprovat un text consensuat entre la majoria dels grups parlamentaris en la Ponència a finals del 2019.

Llei 5/2020, de 29 d'abril, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic (183). Davant la impossibilitat d'aprovar el Projecte de llei de contractes de serveis d'atenció

a les persones, la Llei 5/2020, de 29 d'abril, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic, estableix en la seva disposició final segona que el Govern ha d'aprovar, en el termini de dos anys, un projecte de llei per revisar el marc regulador de la gestió concertada de naturalesa no contractual per a la prestació de serveis sanitaris, i també per a la prestació de serveis de caràcter social.

Així mateix, aquesta llei determina, en la seva disposició transitòria primera, que fins a l'entrada en vigor de la llei reguladora de les formes de gestió no contractuals en matèria de salut, es mantenen els actuals convenis, contractes i concerts per a la provisió de serveis sanitaris d'internament, d'atenció primària, d'atenció sociosanitària, d'atenció a la salut mental i d'atenció a les drogodependències, i que fins a l'entrada en vigor de la nova llei reguladora de les formes de gestió no contractuals en matèria de serveis socials, es mantenen les normatives vigents sobre concertacions i convenis en aquest àmbit.

Bases Llei ESS (184). La Direcció General d'Economia Social, Tercer Sector i Autoocupació va fer públic el mes de juny del 2020 el document «Bases de la Llei d'economia social i solidària». Aquest document, com també el document «Impuls d'un marc normatiu que reconegui l'Economia Social i Solidària i la seva voluntat transformadora» elaborat per l'AESCAT, publicat pocs mesos abans, fa una definició de l'economia social i solidària (ESS) excessivament formalista, basada en la forma jurídica que basteixen les entitats més que en la prevalença dels trets identitaris de l'ESS, qualsevol que sigui la fórmula jurídica que adoptin aquestes, contràriament a com ho entenen les organitzacions internacionals més reconegudes en la matèria i les institucions de la Unió Europea, com es dirà.

Així, aquest document vincula l'ESS a les formes jurídiques clàssiques (cooperatives, mutualitats de previsió social, confraries de pescadors, societats laborals i societats agràries de transformació), com també a d'altres iniciatives no emmarcades en les formes jurídiques assenyalades, com ara el tercer sector social (que és un mosaic d'entitats d'iniciativa social o sense ànim lucratiu) i les finances ètiques i solidàries i, també, a determinades pràctiques emergents no personificades com són «el procomú digital, els horts comunitaris o les iniciatives agroecològiques». Finalment, sosté que també poden ser ESS aquelles iniciatives que «tenen la consciència de formar part d'un mateix àmbit que expressen les iniciatives d'ESS, quan s'identifiquen amb els seus valors més enllà de les formes jurídiques» (categoria aquesta última que el document relaciona amb una «noció d'autoreconeixement» de l'ESS i que, tot i ser d'una gran ambigüïtat, sembla que apunta cap a altres fórmules no institucionalitzades. En aquest sentit cal assenyalar la influència del document «L'Economia Social i Solidària a Catalunya: caracterització, elements clau, tendències de futur i propostes de foment» elaborat per La Ciutat Invisible, SCCL, a instància de l'Ajuntament de Barcelona (citada en la bibliografia del document que ens ocupa).

Per tant, el document sembla deixar fora de l'ESS les formes juridicomercantils, excloent de l'abast d'aquestes entitats les societats professionals. Es tracta, per tant, d'una definició que no s'ajusta a la visió molt més àmplia que de l'ESS en tenen les organitzacions internacionals i les institucions europees pel que fa a les iniciatives institucionalitzades. Contràriament, incorpora com a iniciatives de l'ESS altres fenòmens no institucionalitzats de caire comunitari (el procómu digital, els horts comunitaris o les iniciatives agroecològiques).

D'altra banda, el document que ens ocupa incorpora una llarga relació de principis i valors que va molt més enllà dels principis i valors de l'ESS reconeguts internacionalment. Així, els «processos de producció i consum conscients i responsables»; el «foment de la intercooperació entre organitzacions membres de l'ESS»; la «paritat en raó de gènere» i la «no-discriminació en raó de qualsevol circumstància personal o social i fomentar les diversitats, especialment la diversitat cultural i d'origen», entre d'altres.

Es pot observar que el document que ens ocupa afegeix un últim principi com és «sense finalitat de lucre o distribució limitada i transparent d'excedents vinculada a les persones i no al capital», en la línia de la nova redacció de la disposició addicional desena de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, proposada pel Departament de Salut en el Projecte de llei de formes de gestió no contractuals de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics, i contràriament a allò que exigia el document l'«Impuls d'un marc normatiu que reconegui l'ESS i la seva voluntat transformadora de l'economia», elaborat per l'AESCAT.

1.6. L'accés a la provisió de serveis

Quan el Parlament de Catalunya va obrir la possibilitat que societats professionals gestionessin serveis d'APS, l'autoritat sanitària va utilitzar l'instrument del concurs públic per vehicular l'accés d'aquestes a la provisió pública, d'acord amb la legislació vigent sobre contractes públics.

Inicialment, es convocaven concursos públics, però és cert que només acostumava a presentar oferta un licitador. Més endavant, potser per la crisi econòmica, la gestió dels serveis d'APS es veu com una oportunitat per a nous operadors, especialment per a les empreses multiservei sense cap implantació ni experiència en l'àmbit sanitari, com el cas paradigmàtic d'Eulen (72).

Com recordava el conseller Boi Ruiz en una reunió amb l'ACEBA, els contractes de gestió en atenció primària, a diferència del que va passar als hospitals (se'n va valorar la singularitat jurídica d'acord amb la LOSC), es van sotmetre a concurs públic el 2006 i ara adjudicar-los directament seria una vulneració flagrant del marc jurídic pel qual es regeixen els contractes públics.

Segons Padrosa, director de CatSalut, la solució per evitar promoure concursos públics, als quals puguin concórrer tot tipus d'empreses, va proposar que als consorcis i empreses públiques que compleixin els requisits establerts per la legislació de contractes del sector públic se'ls reconegui en els seus estatuts la condició de mitjans propis de l'Administració de la Generalitat i s'encarregui directament la gestió de serveis d'atenció primària finançats públicament.

En aquest moment els contractes subscrits entre el CatSalut i aquestes entitats (EBA), que apleguen un total d'uns 600 treballadors, molts dels quals en són socis, i presten serveis a un 3,7% dels ciutadans de Catalunya, mantenen la seva vigència mentre no s'aprovi la Llei de concertació de serveis sanitaris a l'empara de la disposició transitòria primera de la Llei 5/2020, de 29 d'abril, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic.

D'altra banda, l'Avantprojecte de llei de concertació sanitària, que promou el Departament de Salut, sembla ser que es tramitarà conjuntament amb l'Avantprojecte de llei de contractes del sector públic de Catalunya, que impulsa el Departament d'Economia i Hisenda. S'ha d'observar que el Govern està treballant alhora en l'elaboració de l'Avantprojecte de llei d'economia social, tots inclosos en el Pla Normatiu del Govern 2021-2023 i, a hores d'ara, no sabem quin serà el grau de congruència i cohesió entre aquests tres instruments legislatius amb els quals s'han de transposar les Directives 2014/23/UE i 2014/24/UE, de 26 de febrer del 2014, del Parlament Europeu i del Consell, relatives a l'adjudicació de contractes de concessió i sobre contractació pública i per a les quals es deroga la Directiva 2004/18/CE.

1.7. Aportacions del model d'autogestió de les EBA

Amb la creació de les EBA es va posar en marxa a Catalunya per primera vegada l'elecció de CAP i de metge (16), la qual cosa es va generalitzar posteriorment.

La seva posada en marxa va permetre avançar en la contractació amb partides com la de les proves complementàries, i molt rellevant també, la gestió a risc de la despesa de farmàcia de la recepta amb l'establiment de la despesa màxima autoritzada (DMA), que també es va generalitzar amb posterioritat.

L'experiència de Vic Sud també va incloure la contractació de part de l'atenció especialitzada; malauradament, aquesta iniciativa no s'ha generalitzat a tot el sistema sanitari català, molt probablement per resistències de les corporacions hospitalàries.

Per tant, es pot dir que la posada en marxa de les EBA va representar un impuls a la innovació de la gestió tant per a l'APS com per extensió a tot el sistema sanitari català.

S'apunten a continuació altres aspectes rellevants que podem considerar aportacions de les EBA:

- Innovació en la gestió pels mateixos professionals fent viables els canvis legislatius que va representar principalment la modificació de la LOSC (8).
- L'autonomia organitzativa i de gestió de l'EAP. Tot seguit, recullo les característiques principals de l'autogestió més enllà dels aspectes d'autonomia jurídica o empresarial:
 - Disposar interacció / relació directa amb l'autoritat sanitària (contractadora), més enllà de centres corporatius o gerències integrades.
 - El propi CONTRACTE amb CatSalut que marca els OBJECTIUS i et situa com a proveïdor del sistema públic de salut (SISCAT).
 - No dependència d'una altra entitat de gestió (hospital, centre corporatiu, etc.).
 - Capacitat de configurar l'equip assistencial, possibilitat de triar i contractar els treballadors i professionals sense cotilles administrativistes i amb criteri empresarial (mèrit, capacitat, etc.). Flexibilitat per configurar contingents adaptant contractes a la dedicació real.
 - Política pròpia de recursos humans (RH) i d'incentivació.
 - Presa de decisions participada (democràcia participativa, característica fonamental de l'economia social).
 - La base ha de ser el PROFESSIONALISME, contraposat al GERENCIALISME; tothom ha de tenir activitat assistencial.
 - És fonamental treballar amb sistemes d'informació propis (tant en l'àmbit clínic-assistencial, objectius, econòmics, etc.) per a una gestió INTEGRAL.
 - Possibilitat de compra de productes intermedis (laboratori, RX, etc.).
 - Seria més que desitjable la compra de l'atenció especialitzada (que és excepcional dins del SISCAT).
 - Decidir de manera pròpia l'agenda dels professionals (tipus visita, durada, etc.).
 - Organitzar la consulta de manera autònoma (unitat bàsica assistencial (UBA) a 2, a 3, a 5, trencar UBA, incorporació assistent clínic o no, etc.).
 - Gestionar demanda de manera autònoma, segons el coneixement profund de la població de referència.
 - Aposta per l'activitat comunitària.
 - Disposar d'una política pròpia d'aliances estratègiques.
- Demostrar que és possible (i amb bons resultats) la gestió pels propis professionals d'un servei públic essencial com l'APS.
- Demostrar que és possible l'assumpció de riscos financers per part dels professionals.
- Obrir el debat sobre la desfuncionarització per a la provisió de serveis públics en Salut.
- Estimular i fer possible el *benchmarking* entre els diferents models de gestió de l'APS.
- Resultats excel·lents assistencials, econòmics i de satisfacció dels usuaris i professionals.

- Ser referència del professionalisme, amb harmonia entre la vocació de servei públic i la defensa dels legítims interessos dels professionals, posant en evidència que els professionals són els determinants clau de la qualitat d'un sistema sanitari.
- Augmentar l'autoestima, el sentiment de pertinença i la importància de l'APS amb una cerca constant de la major accessibilitat i capacitat resolutiva possible.
- Aposta per la transparència i rendició de comptes tant en l'àmbit assistencial com de gestió econòmica.

En l'actual context de crisi del sistema sanitari, amb importants reptes quant a la seva sostenibilitat i viabilitat, als canvis en la demografia epidemiològica i professional, a l'impacte social de la pandèmia, cal plantejar-se quins podrien ser els **valors de les EBA en el futur**.

En el context de la manca de professionals que s'ha comentat (235) (236), sembla inevitable explorar i ampliar solucions professionals a problemes territorials com, per exemple, la fórmula d'èxit de la cooperativa Pediatria dels Pirineus (57).

A causa de l'elevada implicació que requereix el model, aquest no es pot generalitzar a tota l'APS, però aquest motiu no hauria de servir d'excusa per evitar-ne el creixement.

Les EBA hauran d'intensificar i promoure el *benchmark* entre els diferents models de gestió de l'APS; en aquest sentit, s'espera que la CdR torni a publicar els seus informes a partir de juny del 2022 (el darrer informe és del 2018, motiu d'anàlisi en aquesta tesi). Contribuir perquè l'SNS avanci en transparència, avaluació i rendició de comptes.

Cal afegir, en aquest sentit, que seguir avançant en l'avaluació del codi de bon govern (128) és un exercici de responsabilitat que les EBA haurien de seguir potenciant.

És necessari que el model s'estengui, si cal, amb les reformes necessàries i pactades amb l'autoritat sanitària, que pugui actuar com el canari a la mina i que sigui l'indicador que l'autonomia de gestió i la competència per comparació en qualitat arrenen.

Tot i que s'ha acreditat l'alineament de les EBA a l'economia social (no repartiment d'excedents, incentivació per criteris de mèrit i participació, possibilitat de ser soci a qui ho vulgui ser, etc.) amb independència de la seva fórmula jurídica, es podrien plantejar canvis en els models d'EBA, explorar altres fórmules jurídiques, es podria valorar la incorporació de l'ICS com a soci, entre d'altres propostes.

Les EBA com a organitzacions de coneixement professional hauran d'avançar en la integració i en la potenciació de tots els professionals que les integren més enllà dels metges.

Si el sistema sanitari avança cap a la insostenibilitat, les EBA poden ser una alternativa real, donada la seva aportació a l'eficiència del sistema.

Als canvis motivats per la complexitat i la cronicitat, les EBA hi podríem aportar flexibilitat, noves formes de fer, d'organitzar-se amb capacitat d'innovació.

Les línies d'avenç que es podrien conduir a les EBA, per tal d'introduir millores en tot el sistema podrien ser, entre d'altres, la gestió de l'atenció especialitzada, la gestió de residències geriàtriques, la gestió dels CUAP o millores en la coordinació amb les oficines de farmàcia.

Les EBA donen sentit a l'existència del CatSalut i del seu contracte i han de seguir sent lleials i eficients proveïdores de salut.

1.8. Condicionants actuals de la sanitat que justifiquin la necessitat d'avaluar el model EBA. Anàlisi dels factors externs de les EBA. Proposta d'expansió del model. Per què no hi ha més EBA?

En aquest apartat es descriuen, des del punt de vista del doctorand, els condicionants actuals de la sanitat que justifiquen l'avaluació dels models de gestió de l'APS, entre aquests, el model EBA. L'anàlisi es completa amb l'estudi dels factors externs de les EBA que se centra en les amenaces i oportunitats principals. Es reflexiona així mateix sobre una proposta d'expansió del model i sobre el nombre limitat de les EBA.

1.8.1. Condicionants del sistema sanitari i de l'APS catalana

Tal com recull el document de 30 mesures per enfortir el sistema de salut, de 21 de setembre del 2020 (191), el nostre sistema sanitari públic es caracteritza per la universalitat de l'assistència, el finançament mitjançant impostos, la gratuïtat en el punt d'accés i l'equitat. És un model que aposta per l'aprofitament de tots els recursos sanitaris existents amb independència de la seva titularitat.

La pandèmia de la covid-19 ha posat de manifest la necessitat d'abordar reformes estructurals, entre d'altres la millora del finançament, augmentar les plantilles, millorar la coordinació entre nivells assistencials i entre els sistemes de salut i el social, renovar les infraestructures i instal·lacions i els recursos tecnològics.

Són molt rellevants les conclusions recollides al document de la CAMFiC sobre l'atenció primària en l'era postcovid (193). Vull destacar, entre d'altres, la que es refereix al fet que el 78%

dels enquestats consideren que cal dotar els EAP d'autonomia de gestió i dels recursos humans amb o sense personalitat jurídica. Aquesta opinió l'hauria de tenir en compte l'autoritat sanitària a l'hora d'abordar molts dels problemes de l'APS, com diu Jordi Varela en el seu reconegut bloc, «L'autogestió és el camí» (237).

1.8.2. Anàlisi dels factors externs de les EBA

Presentem a continuació una sèrie de factors externs que dividim en amenaces i oportunitats per a les EBA, elaborats per l'autor d'aquesta tesi.

1.8.3. Amenaces

- La pandèmia de la covid i les seves repercussions en tots els àmbits, i també l'esgotament professional.
- La situació econòmica de crisi fa preveure restriccions pressupostàries, noves retallades i caldrà una aposta important per a l'eficiència i la bona gestió.
- La incertesa política en l'escenari català, amb una certa sensació de paràlisi o eventualitat. El Parlament està més fragmentat i no sembla en condicions d'abordar els projectes legislatius pendents (economia social, contractació, etc.), i tampoc no està clar si podria estar en crisi el consens sobre el model sanitari català.
- La situació de contractes prorrogats en la majoria de les EBA (també en altres entitats proveïdores) amb una certa fragilitat / inestabilitat jurídica i pendents d'un marc legal estable i clar que fixi la participació de les EBA a la provisió de la sanitat pública catalana.
- Radicalització del discurs sobre la titularitat i la gestió per sobre dels resultats amb plantejaments polititzats tant des de posicions conservadores (gestió pública directa) com extremismes populistes. Es posa en qüestió el model sanitari català que va crear les EBA sobretot per entorns com, per exemple, Guanyem Barcelona, CUP, etc. La col·laboració publicoprivada està en revisió. En aquest context, les EBA podrien ser un dany col·lateral de determinats pactes polítics.
- Dificultat de tenir una veu pròpia (ACEBA), ja que el discurs de l'autogestió ha quedat durant molt de temps vinculat al COMB.
- La gran dependència del CatSalut pel funcionament econòmic, ja que aquest representa, en la majoria de les EBA, el 95% dels ingressos.
- La incomprensió de l'Administració que malpena de tot el que no controla directament.
- Una certa percepció de manca de transparència de les EBA enfront de les més «controlades» com l'ICS.
- Fa anys, des de la posada en marxa de la darrera EBA, s'ha estancat el model; a la natura, diuen que el que no es reproduïx està en perill d'extinció.
- La naturalesa mercantil de les societats genera desconfiança en l'entorn social i polític.

- Excés de requeriments administratius emergents que necessiten molts recursos i debiliten la capacitat de gestió de cada entitat, que està dimensionada per les tasques assistencials (plans d'igualtat, procediments d'acreditació de qualitat i RSB, gestió de residències amb responsabilitat en la implantació dels sistemes d'informació, implantació de l'Esquema Nacional de Seguretat de dades, diverses auditories i requeriments d'informació duplicats i oportunistes per part del sistema, etc.).
- La presència d'un ICS gran i potent que, en molts casos, és el proveïdor principal i preferit per les economies d'escala de gestió i s'imposa el seu funcionament (ECAP, gestió a la demanda, etc.). Tot plegat, qüestiona l'autonomia de gestió dels centres que es veu amenaçada per la tendència recentralitzadora i homogeneïtzadora de l'ICS i del CatSalut.
- La manca de professionals que vulguin agafar el relleu generacional dels qui han estat pioners en la implantació del model EBA.

1.8.4. Oportunitats

Alguns dels punts comentats anteriorment com a amenaces, la veritat és que també podrien ser considerats com a oportunitats.

- La pandèmia obliga a reformar o revolucionar l'organització de l'APS, com diu el darrer informe de la CAMFiC (193), i el model EBA amb adaptacions seria una possibilitat que es podria generalitzar. Ara hi ha una percepció col·lectiva d'urgència de canvis.
- La millora de l'avaluació dels resultats (CdR, CatSalut, etc.) podria ser una oportunitat en la mesura que els decisors externs influents valorin els resultats. Hauríem d'avançar cap a un retiment de comptes i una gestió per resultats més gran.
- L'entorn de crisi econòmica hauria de legitimar cada vegada més organitzacions com les EBA, amb bons resultats assistencials, econòmics i de satisfacció.
- La inestabilitat general de l'entorn polític i econòmic, però sobretot els canvis socials que s'estan produint, poden posar en primera línia les EBA si juguen bé les seves opcions. De la mà dels usuaris, aquests les poden fer imprescindibles per a ells i per a la sostenibilitat del sistema públic de salut.
- La flexibilitat a tots els àmbits és el reclam fonamental per a què el sistema vulgui fer proves pilot amb les EBA. Un exemple podria ser la incorporació de nous rols i perfils professionals que a l'entorn EBA poden ser més fàcils que en entorns com l'ICS, més limitats per negociacions sindicals.
- Les EBA poden ser un instrument d'innovació en la necessària integració sanitària i social. Ser un col·lectiu petit pot permetre fer innovacions d'alta aposta i de baix risc.
- La demografia professional, en particular la manca de metges i infermeres, pot afavorir entorns amb un augment de la flexibilitat i un millor clima laboral. La gestió importa i l'organització també en la fidelització dels professionals (162).

- La marca del cooperativisme i l'alineament amb l'economia social, més si es té en compte la seva potenciació en l'àmbit europeu (227).
- L'accés definitiu a contractes estables, l'encàrrec de gestió o la concertació.
- La possibilitat d'ampliar la gestió a la compra dels serveis d'atenció especialitzada.
- La innovació en la provisió de serveis sanitaris que ens diferenciïn de l'ICS, amb uns sistemes d'informació més desenvolupats.
- Reforçar les aliances amb els agents sanitaris del territori, autoritats municipals amb responsabilitat en la gestió de serveis comunitaris siguin o no sanitaris de l'atenció especialitzada, salut escolar, escola inclusiva, residències, persones sense llar, disminuïts, comunitats religioses, etc.
- Adquirir innovacions valuoses amb més agilitat que l'actual: integració de serveis, treball en equip, *right care*, decisions compartides, etc.

1.8.5. Proposta expansió del model

Aquesta tesi analitza les diferències entre els tres models de gestió de l'APS catalana, en la majoria dels casos, amb resultats a favor de les EBA. La motivació i la implicació jurídica dels professionals es demostrarà com a rellevant en l'obtenció de millors resultats assistencials i de gestió.

Segons els nostres resultats, les organitzacions sanitàries integrades (OSI) es mostren amb els pitjors resultats i podrien ser un entorn adequat per assajar experiències d'autogestió. A banda de la voluntat de l'autoritat sanitària, caldria una demanda professional inequívoca i vèncer les resistències gerencials d'aquestes entitats que, en molts casos, consideren l'APS un servei més hospitalari i una font d'ingressos que ajuda a equilibrar el compte d'explotació dels seus hospitals.

No hi ha cap motiu per pensar que la fórmula EBA no pogués ser una fórmula d'èxit en altres entorns assistencials, com, per exemple, en determinats serveis hospitalaris allunyats de la conurbació de Barcelona, on la problemàtica per trobar professionals és més intensa i ho serà més en el futur (238), i aquesta fórmula que introdueix més flexibilitat horària, de contractació, etc. podria ser una alternativa a la manca de professionals i a l'esgotament professional que es va instal·lant en el sistema (224).

1.8.6. Per què no hi ha més EBA a Catalunya gestionant l'atenció primària?

Es recullen a continuació una sèrie de factors que poden explicar per què no s'han desenvolupat més EBA com a gestores de l'APS catalana.

- Perquè hi ha una manca d'interès per part dels professionals. En un estudi amb professionals de l'APS de Mallorca es mostraven a favor de l'autonomia de gestió, però no volien assumir compromisos, com ara el risc econòmic o la renúncia al règim estatutari (239).

La veritat és que aquest factor de vegades sona com a excusa dels responsables polítics per no haver de prendre decisions valentes. En l'estudi recent de CAMFiC (193), un 78% dels professionals estaria disposat a avançar cap a l'autonomia de gestió amb o sense fórmula jurídica.

- Perquè el COMB, tradicional avalador d'aquesta fórmula, no té tant d'èxit davant de la Conselleria de Salut per defensar aquesta fórmula.
- Perquè el model, després dels diversos anys, no ha demostrat fefaentment els seus avantatges assistencials i de gestió. Per les acusacions de manca de transparència lligades a l'afany de lucre. Per a alguns responsables no es visualitzen prou com a organitzacions professionals de l'economia social.
- Perquè el territori de Catalunya ja no permet fer noves ABS perquè té el mapa sanitari tancat. Això obligaria a cedir alguns equips de les OSI o de l'ICS. D'altra banda, a hores d'ara, no s'ha resolt encara sota quina fórmula les EBA podran vincular-se a l'Administració pública com a gestores dels serveis públics (com comentem en l'apartat de l'accés a la provisió en aquesta tesi).
- Perquè l'Administració sanitària no vol aprofundir en la implementació del model, ja que, en el fons, tampoc sembla que el més rellevant siguin els resultats, com demostra el recent «Proyecto de ley para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del sistema nacional de salud» (240), ni disposar de prou base per al que han de ser les centrals de resultats (241).
- Perquè representa més complexitat per a l'avaluació i el seguiment que si tot ho gestionés l'ICS.
- Perquè l'ICS ha millorat molt el seu posicionament i la influència en el sistema, i cultiva un sentiment de pertinença important.
- Perquè hi ha un rebuig per part de les patronals sanitàries, per a les quals la influència de les seves entitats hospitalàries té més pes que les entitats més petites, com les EBA.
- Perquè els sindicats no veuen bé aquesta fórmula, probablement, perquè la seva influència a les EBA és més aviat escassa.
- Perquè hi ha un discurs gerencialista enfrontat al del professionalisme de les EBA. Hi ha un corrent d'opinió entre els gerents del sistema més influents que estarien més a favor de les OSI, ja que com més gran és l'organització, més capacitat d'influència té en el sistema.
- Perquè els requeriments formals per gestionar una EBA (laborals, econòmics, organitzatius, socials,...) han augmentat molt els darrers anys i això ha creat tensió i ha sobrecarregat molt els equips.
- Perquè hi ha una manca de promoció externa per part de l'ACEBA i de totes les EBA. Massa temps han estat ocultes, potser, fins i tot, en ocasions, poc transparents, i no han compartit prou resultats, experiències d'organització, etc.

Hi ha un ampli consens quant a reconèixer la importància de l'APS per tal d'assegurar la sostenibilitat i la viabilitat del sistema i més en l'època postcovid actual (242); seria important conèixer quin model de gestió de l'APS resulta millor en termes de qualitat, eficàcia, efectivitat

i satisfacció dels usuaris i dels professionals. La SCGS ha fet una aportació interessant amb la definició de l'EAP com a estàndard de referència (gold standard) (190), però desconexim si aquestes característiques predominen més en alguns models de gestió que en d'altres.

1.9. Justificació de la tesi

S'han realitzat diferents treballs i estudis d'avaluació dels models de gestió de l'APS que han estat recollits en la bibliografia d'aquesta tesi (24)(36)(38)(52)(162)(168)(243)(226), però, fins a l'actualitat, cap amb l'enfocament més ampli d'aquesta tesi.

Fins ara, no hi ha hagut prou consens quant a la interpretació dels resultats que aporten aquests treballs publicats i sembla que aquesta està més influenciada per posicionaments ideològics i apriorístics.

Sembla clara la necessitat d'avançar en el coneixement dels models de gestió de l'APS i més en un context de diferents crisis professionals i de sostenibilitat i viabilitat del sistema (191).

Algunes de les qüestions principals que hauríem de poder respondre (com a societat, com a sistema sanitari, com a professionals, com a gestors) serien les següents:

- Per què neix el model EBA a Osona?
- Hi ha diferències entre els tres models de gestió de l'APS catalana?
- Quin paper pot jugar la implicació jurídica i econòmica dels professionals en la provisió de serveis d'atenció primària?
- Hi ha diferències entre l'autonomia de gestió i l'autogestió?
- Com es comporten els diferents models de gestió respecte dels indicadors d'activitat, efectivitat i eficiència?
- El percentatge de compliment del contracte del CatSalut és un bon indicador per avaluar els EAP? Té capacitat discriminativa entre els diferents models de gestió?
- Quina és la importància de la qualitat de vida dels professionals? Tenim informació d'aquesta en els tres models de gestió?
- Quina és la qualitat de vida dels professionals a les EBA?
- Quina és la satisfacció dels usuaris dels diferents EAP de Catalunya? Hi ha diferències segons el model de gestió?
- Quines han estat les aportacions més rellevants de les EBA?
- Per què no s'ha desenvolupat més el model EBA?

La intenció d'aquesta tesi és intentar oferir llum a algunes d'aquestes qüestions amb el màxim rigor científic.

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

2. HIPÒTESI I OBJECTIUS

2. Hipòtesi i objectius

Es descriuen a continuació quines són les hipòtesis i els objectius principals i secundaris d'aquesta tesi.

2.1. Hipòtesi principal

La hipòtesi principal es desglossa en dues subhipòtesis:

La implicació jurídica i econòmica dels professionals en la provisió de serveis d'atenció primària millora la qualitat de vida dels professionals (satisfacció professional), la qual cosa millora alhora l'efectivitat i l'eficiència del procés assistencial i la satisfacció dels usuaris.

El model d'autogestió professional comporta millors resultats d'activitat, efectivitat, eficiència, satisfacció, que els altres models de gestió existents a l'APS a Catalunya.

2.2. Objectius principals

Descriure i avaluar el model d'autogestió de les EBA nascut a Osona.

Comparar els resultats dels equips d'atenció primària de Catalunya en funció del seu model de gestió (ICS, OSI i EBA).

2.3. Objectius secundaris

- Analitzar diferents variables, com ara els indicadors d'activitat, l'efectivitat del procés assistencial i l'eficiència.
- Analitzar el percentatge de compliment del contracte de CatSalut segons els diferents models de gestió i estudiar-ne el comportament com a possible indicador sintètic de praxis dels diferents EAP de Catalunya.
- Analitzar la qualitat de vida dels professionals de les EBA.
- Descriure la satisfacció dels usuaris dels diferents EAP i comparar-la segons el model de gestió.

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

3. METODOLOGIA

3. Metodologia

Es descriuen a continuació el disseny, el marc teòric, la mostra, les variables de l'estudi, l'anàlisi estadística i els aspectes medicolegals i ètics.

3.1. Disseny

Estudi transversal epidemiològic descriptiu i analític.

3.2. Marc teòric

A Catalunya hi ha tres models de gestió de l'APS. El majoritari, l'empresa pública ICS que gestiona gairebé el 80% de l'APS.

Les OSI que representen al voltant del 15% de la provisió que es fa des de diferents tipus de fórmules (consorcis, fundacions, etc.) que tenen en comú disposar de diverses línies assistencials, com a mínim l'hospitalària d'aguts i l'APS. Aquesta fórmula va ser impulsada per les patronals hospitalàries amb un aparent marc conceptual atractiu de millorar la coordinació i la integració de la gestió assistencial tot i que amb resultats poc concloents (244).

Les EBA que representen aproximadament el 5% de les ABS catalanes amb una fórmula d'autogestió professional.

L'anàlisi de les EBA respecte dels altres proveïdors sanitaris (ICS/OSI) es realitza prenent com a referència el model del Triple Aim de Berwick. A la literatura internacional hem trobat alguna referència inspiradora per al nostre treball de l'avaluació del Triple Aim (245).

Berwick reconeix aquells projectes clínics que assoleixen simultàniament el triple objectiu (246):

- Millorar l'experiència dels pacients (satisfacció i qualitat).
- Millorar els resultats clínics a la població.
- Reduir costos per càpita de l'atenció sanitària (eficiència).

Segons Berwick, únicament concentrant-nos en assolir de manera equilibrada els objectius a les tres dimensions simultàniament podem millorar l'atenció sanitària d'una població.

Posteriorment, Bodenheimer (247) i Sikka (248) introdueixen el concepte de quàdruple objectiu, que inclou, a més a més, la satisfacció del professional. Segons aquests autors, sense professionals satisfets no es podrà assolir el triple objectiu i, per això, proposen el concepte Quadruple Aim com més ajustat per assolir la millora de l'atenció sanitària d'una població. És curiós que els legisladors catalans promoguessin la modificació parcial de la LOSC (8): es van anticipar més de deu anys amb aquesta mateixa visió (Fig. 1).

Quan es parla de satisfacció del professional, la Clínica Mayo de Rochester va ser pionera quant a la investigació i la innovació en aquest camp i ja el 2007 va crear el Program on Physician Well-Being, que va ser liderat pel Departament de Medicina, Psiquiatria i Psicologia, i l'objectiu principal del qual és promoure la recerca sobre l'espectre de factors personals, professionals i organitzacionals que influeixen en el benestar, la satisfacció i la productivitat dels professionals (249).

En aquesta tesi doctoral farem servir indicadors per a cadascuna d'aquestes dimensions i compararem els tres tipus principals d'organitzacions sanitàries existents a Catalunya.



Figura 1. Representació gràfica del Quadruple Aim

3.3. Mostra i procedència

La mostra objecte d'anàlisi va ser la totalitat de les dades disponibles publicades per la CdR de tots els **equips d'atenció primària de Catalunya**. La CdR és un instrument que mesura, avalua i difon els resultats assolits en l'àmbit de l'assistència sanitària per part dels diferents agents integrants del SISCAT.

Si bé es disposaven d'informes de l'àmbit de l'atenció primària des de l'any 2011, s'estimava que l'anàlisi que la tesi plantejava seria més útil si se centrava en l'anàlisi d'un període més proper al moment actual pel fet que reflectiria de manera més fidedigna la gestió actual i no estaria sotmesa a biaixos per possibles efectes com a conseqüència de dades antigues. Dit això, en el moment en què es va plantejar aquest projecte, les darreres dades disponibles eren de l'any 2018. En conseqüència, es va considerar que l'anàlisi de les dades del període de quatre anys comprès entre el 2015 i el 2018 seria representativa de la gestió actual a l'atenció primària de Catalunya (250)(251)(252)(253).

A més a més, el PLAENSA® és un projecte que va començar l'any 2001 per avaluar la qualitat del servei i el grau de satisfacció de les persones usuàries amb els diferents serveis sanitaris públics per tal d'obtenir una informació que resulta molt valuosa per dissenyar i implementar estratègies de millora de la qualitat en la provisió d'aquests serveis. Els darrers estudis d'atenció primària disponibles en el marc del PLAENSA® daten dels anys 2015 i 2018 (254). Recentment s'han publicat les dades corresponents a l'any 2021 (255), però ja no han pogut ser treballades en aquesta tesi.

Des de finals de l'any 2018 es disposa d'una Direcció General de Professionals de la Salut que recentment ha elaborat un primer document de conclusions del fòrum de diàleg professional sobre els disset reptes professionals de present i futur en el marc del sistema sanitari català. En aquests no es va observar cap pla d'enquestes que pogués sistematitzar l'estudi de la qualitat de vida dels professionals del sistema sanitari català a diferència del que passava amb PLAENSA®. Per aquest motiu es va analitzar un estudi específic de la **qualitat de vida dels professionals de les EBA mitjançant el QVP-35**. Aquest qüestionari validat és un instrument sensible al canvi des del punt de vista poblacional (256).

Malgrat això, aquest indicador no era disponible als informes de la CdR per la qual cosa no es va poder efectuar una comparativa amb la resta de proveïdors del sistema.

3.4. Variables

Les variables principals de l'estudi s'enumeren a continuació:

Font de dades de la CdR

Activitat-freqüentació-ús
• Població assignada atesa (%) • Nombre de visites • Mitjana de visites per pacient assignat atès

Efectivitat- Procés assistencial
• Incapacitat laboral mitjana • Hospitalitzacions evitables per 1.000 habitants • Puntuació índex de qualitat de la prescripció farmacèutica (IQF) • Cobertura vacunal antigripal de la població de seixanta anys o més (%)

Eficiència
• Nombre de receptes per usuari • Cost per usuari • Taxa d'usuaris polimedicats (superior a deu fàrmacs)

Dades generals
• Índex socioeconòmic compost • Despesa de contractació • Despesa per càpita • Índex de morbiditat • Factor territorial • Compliment del contracte

Font de dades de les enquestes de satisfacció (PLAENSA®)

Enquestes de satisfacció
• Grau de satisfacció global

Qualitat de vida dels professionals de les EBA
• Qüestionari de qualitat de vida dels professionals QVP-35

En els annexos 1-9 hi ha una descripció dels indicadors avaluats per any, de com es computen individualment, l'enquesta de satisfacció i el qüestionari de qualitat de vida dels professionals QVP-35.

3.5. Anàlisi estadística

Es van preveure dues fases de l'anàlisi estadística.

En la primera fase es va dur a terme una anàlisi descriptiva de les variables registrades per any i entitat. Les variables quantitatives es van resumir amb la mitjana, la desviació estàndard (DE), el mínim, màxim i nombre de respostes associades, les variables qualitatives, amb el nombre de respostes associades a cada categoria de resposta i el percentatge associat. Es van estudiar les possibles associacions entre els models de gestió durant l'últim any avaluat (2018) mitjançant una anàlisi bivariable per comparar les variables quantitatives dels tres models de gestió de l'atenció primària (ICS, EBA, OSI), es va obtenir la mitjana de cadascun dels indicadors per als diferents models de gestió i es va efectuar la comparació de mitjanes entre els diferents models amb l'anàlisi de la variància (ANOVA), incloent-hi comparacions *post hoc* amb el mètode de Bonferroni per detectar diferències entre entitats dos a dos, les variables categòriques es van comparar entre entitats amb la prova de la χ^2 . La hipòtesi era que el model de gestió influïa i que els models que representaven més autonomia de gestió per als professionals obtindrien resultats millors. Es va correlacionar la qualitat de vida dels professionals amb la satisfacció de l'usuari utilitzant el coeficient de correlació d'Spearman. Es va realitzar una subanàlisi al grup de les EBA en funció de si estaven situades en un entorn rural o urbà. Es van comparar els principals indicadors assistencials, d'efectivitat i eficiència, així com també la satisfacció dels pacients i la qualitat de vida dels professionals entre grups utilitzant la prova no paramètrica U de Mann-Whitney i la prova de la χ^2 , en funció del tipus de variable analitzada (continua o categòrica).

Es va utilitzar el paquet estadístic STATA/MP 14.2 per estudiar, mitjançant mesures de freqüència, la distribució dels casos en les diferents variables (257).

Es va preveure que en l'anàlisi bivariable s'utilitzés una tabulació creuada per obtenir taules de contingència per representar els valors de les freqüències creuades de dues variables.

Es va fer una subanàlisi per avaluar la relació entre el percentatge d'assoliment del contracte i la selecció dels principals indicadors d'adequació, efectivitat i eficiència. Es van fer servir les mateixes tècniques estadístiques descrites prèviament en cas que haguessin resultat adients.

En la segona fase de l'anàlisi estadística es van plantejar diferents models multivariants per avaluar l'impacte sobre les variables seleccionades de diferents variables d'interès. Es van esti-

mar els models de regressió lineal per estudiar l'impacte del model de gestió, el nombre de persones assignades, l'índex de morbiditat, l'índex socioeconòmic compost, la despesa per càpita i el nombre de visites sobre l'indicador, com ara l'IQF, la taxa d'hospitalitzacions evitables, la cobertura vacunal de la grip de pacients més grans de seixanta anys, la durada dels episodis d'incapacitat laboral i la satisfacció dels usuaris.

Quan es va considerar d'interès, es van representar gràficament les dades analitzades. Les gràfiques que es van fer servir van ser les següents: gràfics de barres; gràfics de línies; diagrames de caixa (*box plot*), que incloïen la descripció dels quartils, inclosa la mediana (Q2) i els valors extrems d'una variable; gràfics de violí, que representaven la distribució i la densitat d'una variable; histogrames i gràfics de dispersió entre variables (*scatterplot*).

3.5.1. Anàlisi de les dades assistencials (font de dades CdR)

Es van descriure totes les dades relatives a l'activitat, la freqüència, l'ús dels serveis, l'efectivitat, el procés assistencial i l'eficiència de tots els centres d'atenció primària agrupats per entitat entre els anys 2015 i 2018.

Les variables quantitatives es van descriure amb la mitjana, la mediana, la desviació estàndard, el mínim, el màxim i el nombre d'observacions vàlides. Les variables qualitatives es van descriure amb el nombre de casos vàlids per categoria i el percentatge vàlid associat.

Es van comparar els resultats entre les entitats per a l'any 2018. Es va realitzar una ANOVA per comparar les mitjanes entre entitats, amb comparacions *post hoc* amb el mètode de Bonferroni per detectar significacions dos a dos.

3.5.2. Anàlisi de les dades sobre satisfacció dels usuaris (font de dades PLAENSA®)

Es van tenir en compte els darrers informes disponibles (2015 (258) i 2018 (254)) de PLAENSA®, i es van comparar amb la mitjana catalana. Es van descriure les dades de satisfacció amb la mitjana, la mediana, la desviació estàndard, el mínim, el màxim i nombre d'observacions vàlides.

Es van comparar els resultats entre entitats per a l'any 2018. Es va realitzar una ANOVA per comparar les mitjanes entre entitats, amb comparacions *post hoc* amb el mètode de Bonferroni per detectar significacions dos a dos.

3.5.3. Anàlisi de les dades sobre qualitat de vida dels professionals (font de dades ACEBA)

Es va analitzar una enquesta anònima feta a tots els treballadors i professionals de les EBA durant l'any 2019.

Es va registrar la informació sociodemogràfica (agrupada per categories), el qüestionari de qualitat de vida dels professionals QVP-35 i altres qüestions d'interès estratègic per a l'ACEBA.

El QVP-35 s'estructurava en tres dimensions: suport directiu, càrrega de feina i motivació intrínseca.

Es va analitzar la relació entre la qualitat de vida dels professionals (font de dades ACEBA, 2019) i la satisfacció dels pacients (font de dades PLAENSA®, 2018).

3.5.4. Anàlisi multivariant dels resultats d'eficiència principals

Es van analitzar les diferències entre les entitats per a cadascuna de les variables:

- IQF.
- Cobertura de la vacuna de la grip.
- Taxa d'hospitalitzacions evitables.
- Mitjana de dies d'incapacitat laboral.
- Satisfacció dels pacients.

Construint models multivariants que permetessin ajustar per les variables següents:

- Població assignada.
- Nombre de visites anuals per pacient.
- Índex de morbiditat.
- Índex socioeconòmic.
- Despesa per càpita.

També es va intentar identificar els possibles determinants del percentatge d'assoliment del contracte entre els indicadors disponibles: IQF, vacunació de la grip, durada de les incapacitats laborals, taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables, nombre de visites anuals per pacient i cost estandarditzat en farmàcia per usuari.

Amb aquest plantejament la idea era saber **quin pes tenia el model de gestió** ajustat per a altres variables en els resultats d'efectivitat o d'eficiència seleccionats.

L'anàlisi es va centrar en l'any 2018, darrer any disponible de dades de la CdR.

3.6. Aspectes medicolegals i ètics

El projecte de recerca d'aquesta tesi es va presentar al Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) del COMB (2020 002 CTE), el 7 de gener del 2020, i va ser avaluat favorablement. La resolució del CEIC es recull en l'annex 10 d'aquesta tesi.

Les dades necessàries per tirar endavant aquesta tesi són d'accés públic i obert mitjançant la CdR i, per tant, no ha estat necessari demanar cap permís ni fer cap tractament especial de les dades des del punt de vista de la llei de LOPD (la legislació espanyola i l'europea).

El doctorand no ha tingut cap font de finançament per dur a terme aquesta tesi.

Cal esmentar que el doctorand és el director tècnic de l'ACEBA i que, tot i això, el tractament de les dades i l'anàlisi han estat escrupolosos. El doctorand, per fer l'anàlisi estadística, ha rebut el suport de la diplomada en estadística per la UAB Irene Moral, de la Unitat de Recerca d'EAP Sardenya de l'Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau acreditat per l'Institut de Salut Carlos III de Madrid.

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

4. RESULTATS

4. Resultats

Es mostren en aquest capítol els resultats de la tesi que donen resposta a la hipòtesi i els objectius plantejats.

4.1. Distribució de centres per entitat

Durant els anys 2015-2018, el nombre de centres per entitat es va mantenir constant. A l'ICS es registraven prop de 284-288 centres; a les OSI, 70-71 centres; i a l'ACEBA, 13 centres durant els quatre anys avaluats. L'any 2018, la CdR va publicar dades procedents de 372 centres d'atenció primària repartits pel territori català. El 77% dels centres eren gestionats per l'ICS, el 19% per les OSI i el 4% eren centres de l'ACEBA (Fig. 2).

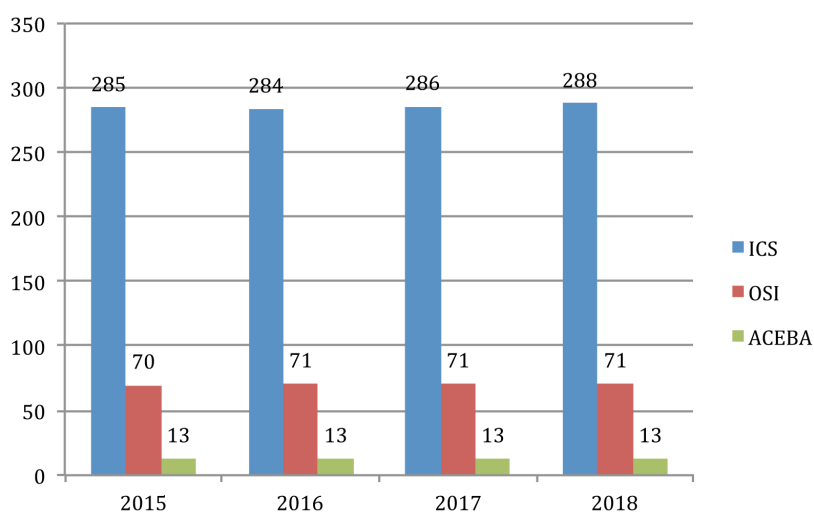


Figura 2. Distribució de les freqüències del nombre de centres per entitat entre els anys 2015-2018

4.2. Anàlisi de les dades assistencials (font de dades CdR)

En aquest apartat s'analitzaran els indicadors classificats en quatre grups: activitat assistencial, efectivitat, eficiència i generals.

4.2.1. Resultats dels principals indicadors d'activitat assistencial, freqüència i ús

4.2.1.1. Descripció de la població assignada per centre i entitat

Les OSI són el model de gestió que mostra més població assignada per centre de manera constant entre els anys 2015-2018; mentre que l'ICS i l'ACEBA mostraven dades similars, amb una diferència d'entre 2.000-3.000 pacients. Les dades eren sostingudes durant tots els anys avaluats (Fig. 3).

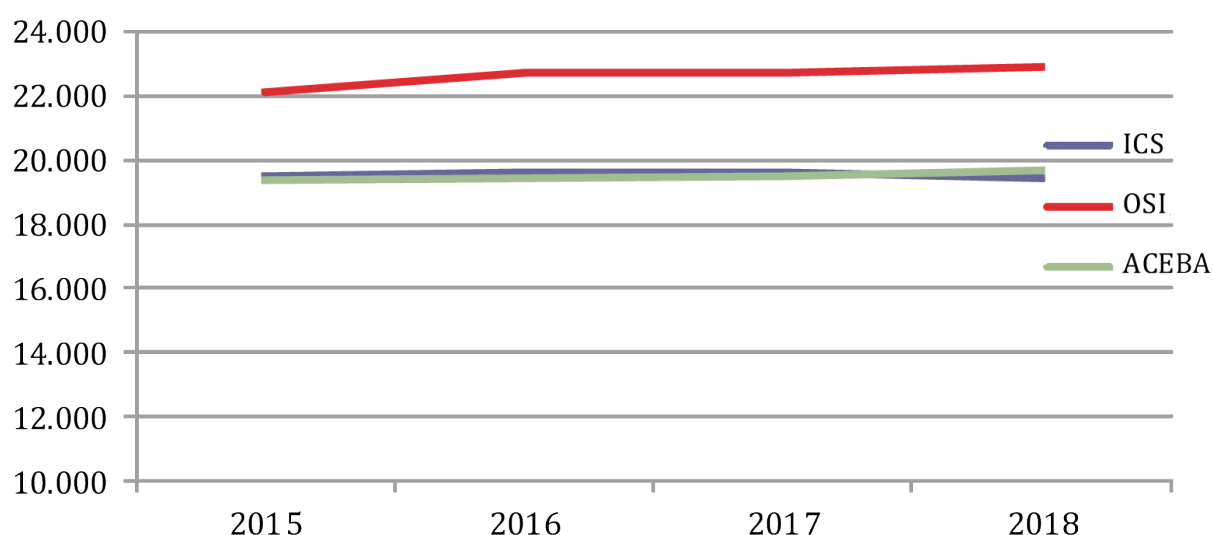


Figura 3. Evolució del nombre de persones assignades per centre i entitat entre els anys 2015-2018

En la taula següent es mostren les dades referents a la població mitjana assignada per entitat i per any avaluat.

Taula 1. Distribució del nombre de persones assignades per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	19.494,82	19.615,28	19.598,93	19.434,42
	DE	8.911,68	9.355,28	9.257,47	9.093,51
	mínim	2.163	2.142	2.131	2.137
	màxim	46.967	54.155	54.568	54.908
	N	285	284	286	288
OSI	mitjana	22.097,79	22.700,47	22.693,52	22.933,56
	DE	10.581,56	11.068,94	11.063,27	11.167,86
	mínim	5.588	5.521	5.530	5.533
	màxim	62.260	63.025	63.230	63.601
	N	70	71	71	71
ACEBA	mitjana	19.346,69	19.440,77	19.523,00	19.650,77
	DE	6.651,06	7.508,78	7.357,16	7.259,79
	mínim	6.106	6.091	6.179	6.121
	màxim	25.378,5	30.494	30.264	30.385
	N	13	13	13	13

L'any 2018, la mitjana de persones assignades per centre era **significativament diferent** entre entitats ($p=0,021$), principalment entre les entitats de l'ICS i les OSI. La mitjana de persones assignades als centres de les OSI era de 22.933,6 (DE 11.167,9); als centres de l'ACEBA, de 19.650,77 (DE 7.259,8); i als centres de l'ICS, de 19.434,42 (DE 9.093,5). Els centres de les OSI eren els que mostraven més dispersió quant al nombre de persones assignades per centre, tant a l'ICS com a les OSI hi havia centres que es distanciaven de la resta de centres integrants de l'entitat (valors extrems), mentre que l'ACEBA tenia algun centre amb menys pacients assignats que la mitjana (Fig. 4).

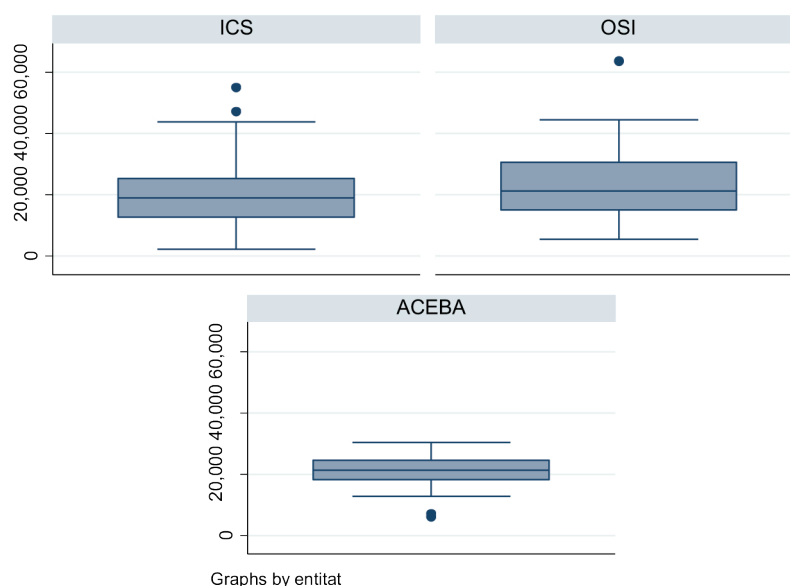


Figura 4. Diagrama de caixa del nombre de persones assignades per entitat l'any 2018

4.2.1.2. Descripció del nombre de visites anuals per centre i entitat

La mitjana de visites anuals per centre entre els anys 2015 i 2018 es va mantenir prop de les 122.000 visites als centres de l'ICS, 138.000 visites anuals als centres de les OSI i 98.000 visites anuals als centres de l'ACEBA, aproximadament.

Taula 2. Distribució de la mitjana del nombre de visites anuals per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	121.600,70	123.611,17	123.646,38	119.123,84
	DE	49.984,10	52.340,19	51.806,60	50.251,62
	mínim	22.033	22.033	22.676	21.380
	màxim	272.820	287.492	303.108	297.779
	N	285	284	286	288
OSI	mitjana	131.521,30	142.232,70	143.054,31	134.424,38
	DE	67.333,63	75.594,00	72.771,25	65.806,25
	mínim	45.894	45.532	43.403	43.000
	màxim	349.140	406.048	374.225	359.223
	N	70	71	71	71
ACEBA	mitjana	98.218,92	97.848,39	103.250,54	91.981,46
	DE	29.882,20	30.073,73	34.106,85	25.553,37
	mínim	66.129	54.703	62.296	53.403
	màxim	173.475	160.805	194.147	147.334
	N	13	13	13	13

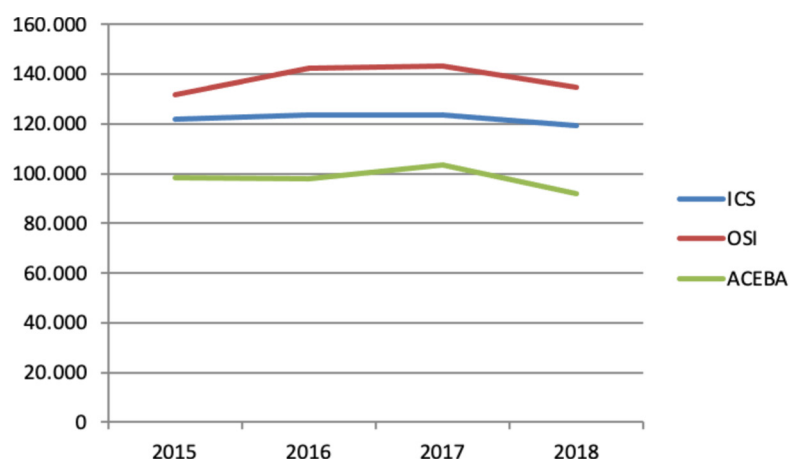


Figura 5. Evolució del nombre de visites per centre i entitat entre els anys 2015-2018

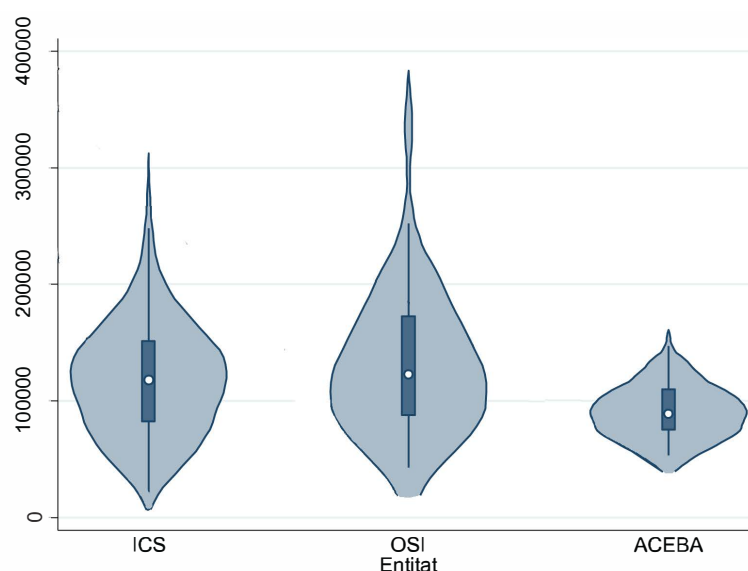


Figura 6. Distribució de les mitjanes de visites per centre i entitat l'any 2018

Entre els anys 2015 i 2018, els centres de l'ICS, de mitjana, van fer més visites anuals de manera sostinguda que els centres de les OSI i aquests més que els centres de l'ACEBA (Fig. 5).

L'últim any avaluat (2018), la mitjana de visites anuals a l'ACEBA se situava a l'entorn de les 92.000 visites; a l'ICS, 119.000 visites; i a les OSI, 134.000 visites. Es van trobar **diferències estadísticament significatives** ($p=0,0128$) respecte de la mitjana de visites anuals entre entitats, específicament entre l'ACEBA i les OSI ($p=0,025$). En la figura següent es poden observar les diferències quant a les distribucions de les mitjanes de visites anuals entre els centres de les diferents entitats. L'ACEBA era la que mostrava més homogeneïtat entre centres, mentre que les OSI eren les que mostraven més heterogeneïtat, amb un pic de centres que realitzaven més de 250.000 visites anuals (Fig. 6).

4.2.1.3. Descripció del nombre de visites anuals per pacient assignat, centre i entitat

La mitjana de visites anuals per pacient assignat entre els anys 2015 i 2018 es va mantenir a l'entorn de les 6,6 visites per pacient als centres de l'ICS, 6,3 visites anuals per pacient assignat als centres de les OSI i 5,7 visites anuals per pacient assignat als centres de l'ACEBA.

Taula 3. Distribució del nombre de visites anuals per pacient assignat, entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	6,60	6,67	6,67	6,47
	DE	1,37	1,36	1,31	1,32
	mínim	1,72	2,76	2,70	2,68
	màxim	12,52	12,89	12,57	12,68
	N	285	284	286	288
OSI	mitjana	6,11	6,47	6,48	6,08
	DE	1,47	1,71	1,48	1,36
	mínim	3,30	3,49	3,46	3,63
	màxim	9,30	11,58	10,18	9,37
	N	70	71	71	71
ACEBA	mitjana	6	5,67	5,96	5,29
	DE	2,52	2,14	2,37	2,03
	mínim	3,23	3,17	3,00	2,84
	màxim	10,83	9,46	10,88	9,00
	N	13	13	13	13

En totes les entitats es va registrar un descens lleuger del nombre de visites per pacient assignat entre els anys 2015-2018 (Fig. 7).

La mitjana de visites per persona assignada per centre l'any 2018 era **significativament diferent** entre entitats ($p=0,0017$), principalment entre l'ICS i l'ACEBA.

La majoria de centres de l'ACEBA realitzaven al voltant d'unes 5,29 visites anuals per pacient, mentre que a l'ICS la mitjana era de 6,47 visites anuals per pacient assignat. A l'ICS s'observava més dispersió entre els centres respecte de la mitjana de visites anuals per pacient assignat entre els seus centres (Fig. 8).

Als centres de l'ICS i l'ACEBA sembla que hi havia una relació entre el nombre de persones assignades i el nombre de visites anuals per pacient. Com més pacients assignats tenia el centre, més disminuïa la mitjana de visites anuals; en canvi, als centres de les OSI no s'observava tan clarament aquesta tendència (Fig. 9).

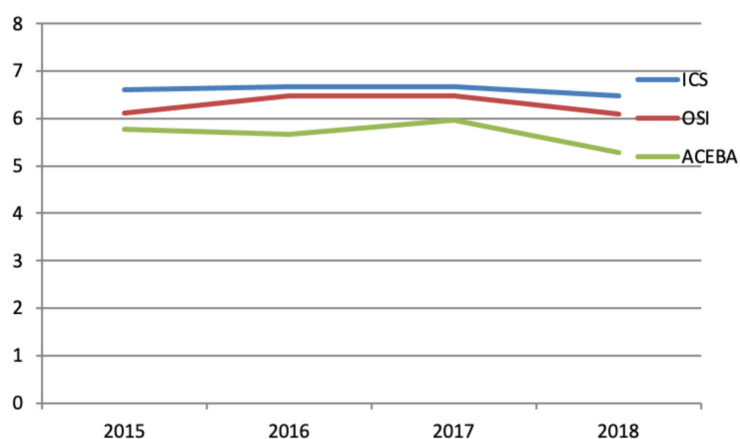


Figura 7. Evolució del nombre de visites per pacient assignat, centre i entitat entre els anys 2015-2018

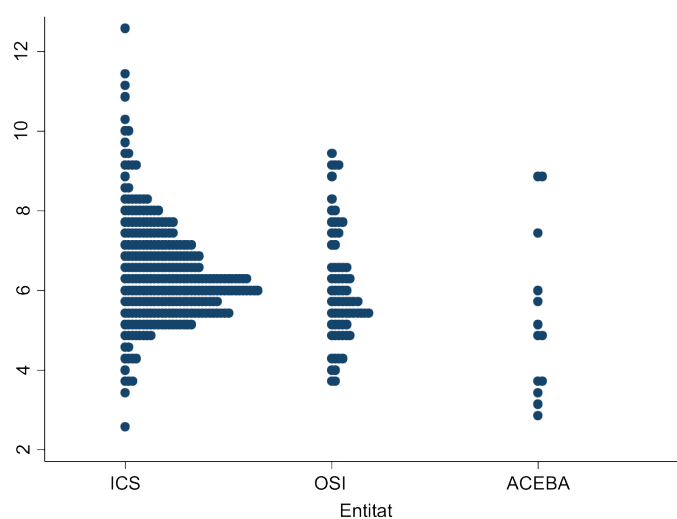


Figura 8. Distribució de les mitjanes de visites per pacient assignat, centre i entitat l'any 2018

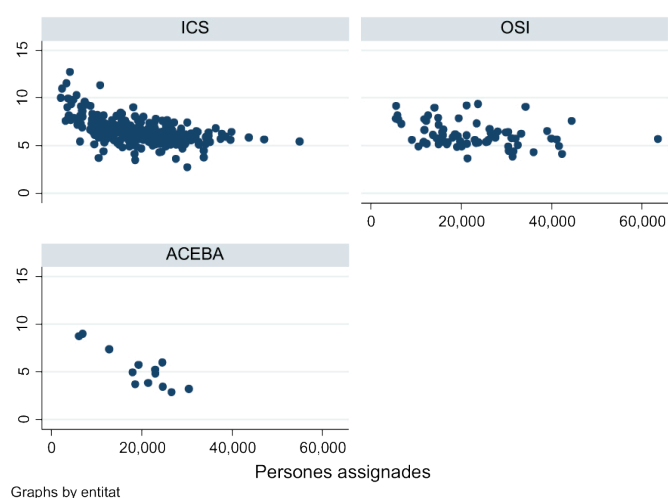


Figura 9. Relació entre el nombre de pacients assignats i la mitjana de visites per pacient assignat per centre i entitat l'any 2018

4.2.2. Resultats dels principals indicadors d'efectivitat i procés assistencial

En aquest apartat s'analitzen els indicadors següents: dies d'incapacitat laboral, taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables, índex de qualitat de la prescripció farmacèutica i cobertura vacunal antigripal de la població de seixanta anys o més.

4.2.2.1. Dies d'incapacitat laboral

La mitjana de dies d'incapacitat laboral per pacient entre els anys 2015 i 2018 se situava al voltant dels 35 dies als centres de l'ICS, 36 dies als centres de les OSI i 30 dies als centres de l'ACEBA.

Els anys 2017 i 2018, un dels centres de l'ICS no va reportar dades respecte d'aquest indicador.

Taula 4. Distribució del nombre de dies d'incapacitat laboral per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	36,12	34,21	35,63	35,34
	DE	8,83	8,51	9,11	8,73
	mínim	16,76	12,84	15,25	12,72
	màxim	69,67	77,48	70,81	77,67
	N	285	284	285	287
OSI	mitjana	36,86	35,50	37,44	36,33
	DE	7,85	8,19	9,30	8,50
	mínim	24,19	21,58	21,26	21,37
	màxim	61,68	61,93	66,33	63,93
	N	70	71	71	71
ACEBA	mitjana	29,90	28,41	29,53	30,67
	DE	6,06	5,98	6,83	7,37
	mínim	19,97	21,69	19,76	19,96
	màxim	43,71	44,37	45,53	45,96
	N	13	13	13	13

El nombre de dies d'incapacitat laboral es va mantenir estable entre els anys 2015 i 2018. L'ACEBA, durant els quatre anys avaluats, va mostrar valors inferiors als centres de l'ICS i de les OSI de manera sostinguda (Fig. 10).

L'últim any avaluat, els centres de l'ACEBA mostraven una durada mitjana de les incapacitats laborals significativament inferior a l'ICS i a les OSI en conjunt ($p=0,0475$). La mitjana de la durada de les incapacitats laborals era d'uns 31 dies als centres de l'ACEBA, 35 dies als centres de l'ICS i 36 dies als centres de les OSI. Als centres de l'ICS és on hi va haver més dispersió entre centres respecte de la durada mitjana de les incapacitats laborals.

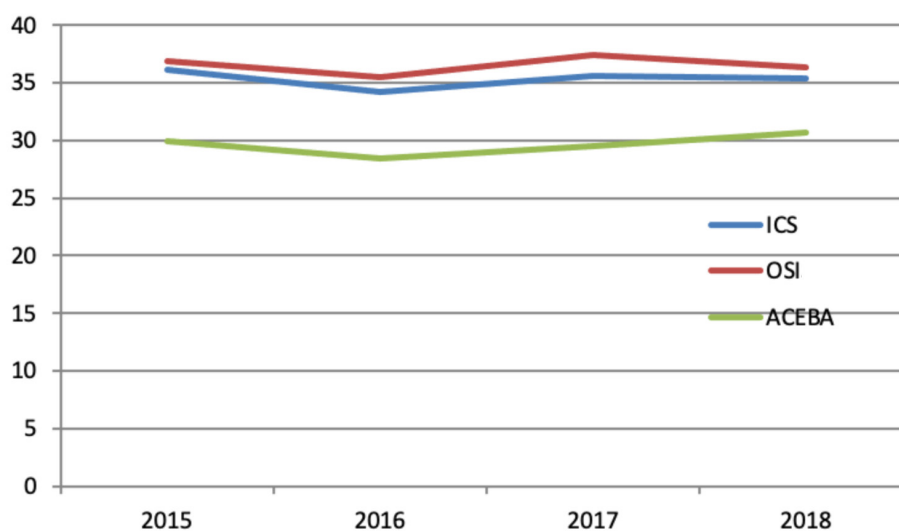


Figura 10. Evolució de la incapacitat laboral segons entitat entre els anys 2015-2018

4.2.2.2. Taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables

La taxa d'hospitalitzacions evitables es va mantenir estable entre els anys 2015-2018 en totes les entitats, amb una mitjana d'11,5 als centres de l'ICS, de 10 als centres de les OSI i de 9 als centres de l'ACEBA.

L'any 2018, dos centres de l'ICS no van reportar informació respecte d'aquest indicador.

Taula 5. Distribució de la taxa d'hospitalitzacions evitables per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	11,11	11,47	11,63	11,58
	DE	3,13	3,26	3,35	3,22
	mínim	5,08	5,60	5,09	5,12
	màxim	21,40	20,38	22,27	22,62
	N	285	284	286	286
OSI	mitjana	9,70	10,06	10,26	10,17
	DE	2,75	3,09	3,35	3,23
	mínim	3,94	4,07	3,44	4,17
	màxim	19,99	20,78	22,47	20,98
	N	70	71	71	71
ACEBA	mitjana	8,70	9,30	9,55	9,66
	DE	2,69	2,92	2,81	2,71
	mínim	4,12	3,91	4,20	4,43
	màxim	13,06	15,25	13,85	13,17
	N	13	13	13	13

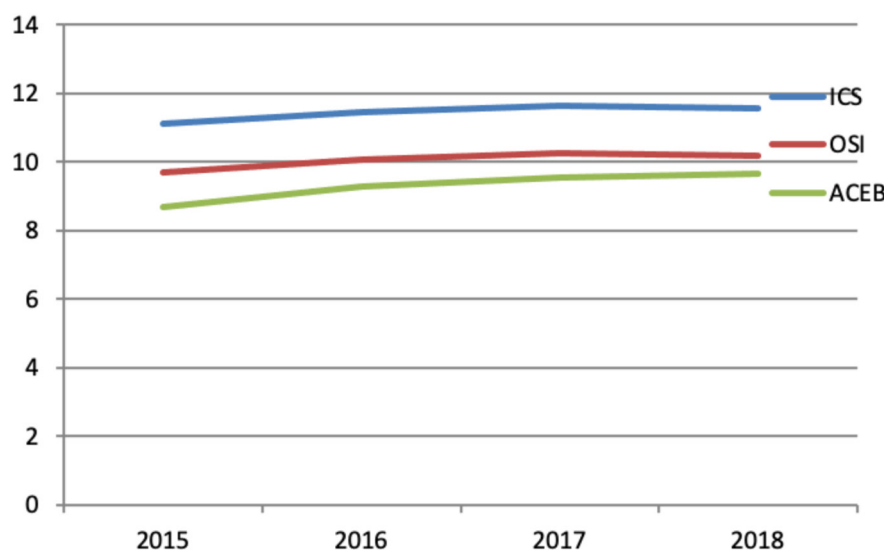


Figura 11. Evolució de la taxa d'hospitalitzacions evitables per entitat entre els anys 2015-2018

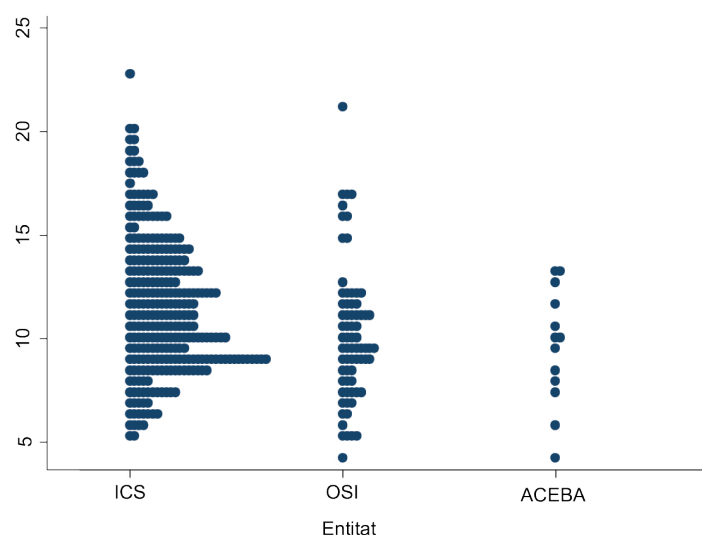


Figura 12. Distribució dels valors de la taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables per cada 100.000 habitants per centre i entitat l'any 2018

La taxa d'hospitalitzacions evitables va augmentar lleugerament entre els anys 2015 i 2018 en tots els centres dels tres tipus d'entitats. De manera sostinguda al llarg del temps, l'ICS va mostrar valors superiors als de les OSI, i aquestes lleugerament superiors als de l'ACEBA (Fig. 11).

La taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables va ser **significativament diferent** entre els centres l'any 2018 ($p=0,0009$). De mitjana, la taxa més alta va ser la de l'ICS, seguit de les OSI i l'ACEBA. Les diferències postestimació registrades entre entitats van ser estadísticament significatives entre l'ICS i les OSI ($p=0,003$) (Fig. 12).

4.2.2.3. Puntuació de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica

La mitjana de la puntuació de l'IQF va oscil·lar entre els 53 i els 66 punts als centres de l'ICS, entre els 51 i els 59 punts als centres de les OSI i entre els 72 i els 77 punts als centres de l'ACEBA entre els anys 2015 i 2018.

Taula 6. Distribució de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	65,78	61,90	60,10	53,21
	DE	19,45	19,55	18,64	16,88
	mínim	7	8	12	10
	màxim	102	102	102	99
	N	285	284	286	286
OSI	mitjana	52,60	54,04	58,56	50,61
	DE	22,86	22,03	18,87	17,82
	mínim	4	6	8	5
	màxim	98	98	94	84
	N	70	70	71	71
ACEBA	mitjana	77,08	75,08	73,31	71,62
	DE	11,34	14,15	17,57	17,51
	mínim	57	54	42	36
	màxim	96	94	97	93
	N	13	13	13	13

Un dels centre de les OSI, l'any 2016, i dos centres de l'ICS, l'any 2018, no van reportar informació respecte d'aquest indicador.

Durant els quatre anys avaluats, l'ACEBA va mostrar valors superiors als centres de l'ICS i de les OSI quant a l'IQF. Els anys 2015 i 2016, les diferències entre els centres de l'ICS i de les OSI eren més remarcades; durant els anys 2017 i 2018 van anar desapareixent. Totes les entitats van mostrar una evolució decreixent de la puntuació de l'IQF entre els anys 2015 i 2018, l'ACEBA, de manera estable i sostinguda, mentre que els centres de l'ICS i de les OSI van fer un repunt l'any 2017, per tornar a baixar després d'un l'any. S'ha de considerar que les definicions van anar canviant cada any (Fig. 13).

La puntuació de l'IQF també dona resultats **significativament diferents** entre entitats l'any 2018 ($p=0,0003$). En les comparatives entre entitats fetes postestimació es van detectar diferències estadísticament significatives en els parells ACEBA-ICS ($p=0,001$) i ACEBA-OSI ($p<0,001$) (Fig. 14).

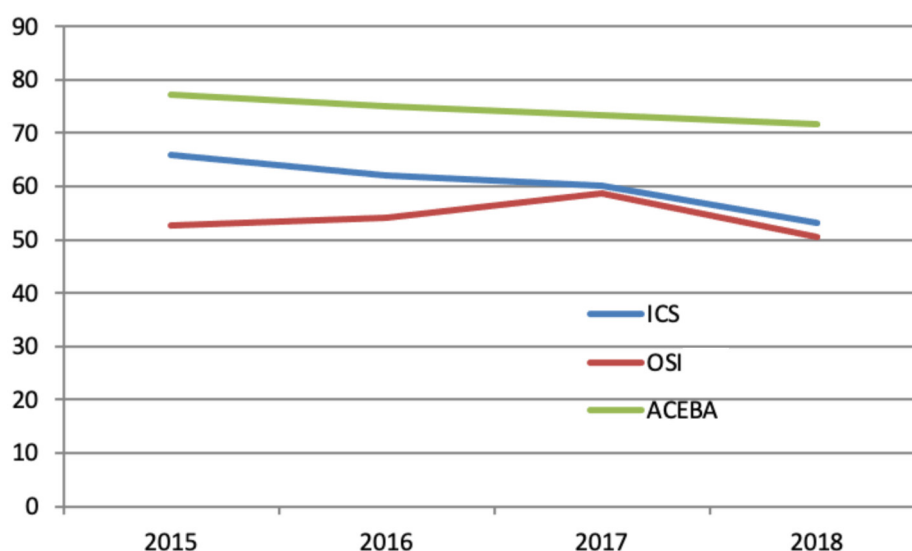


Figura 13. Evolució de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica per entitat entre els anys 2015-2018

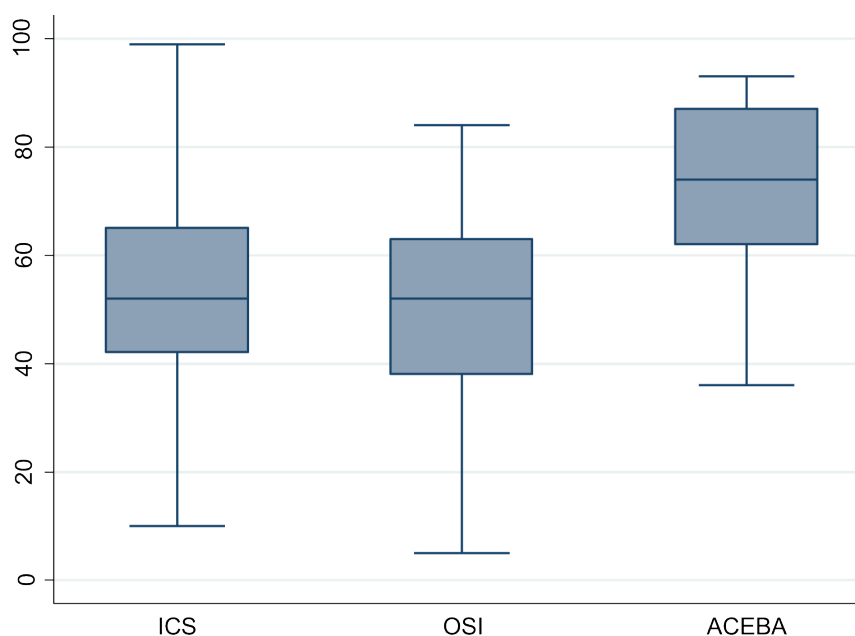


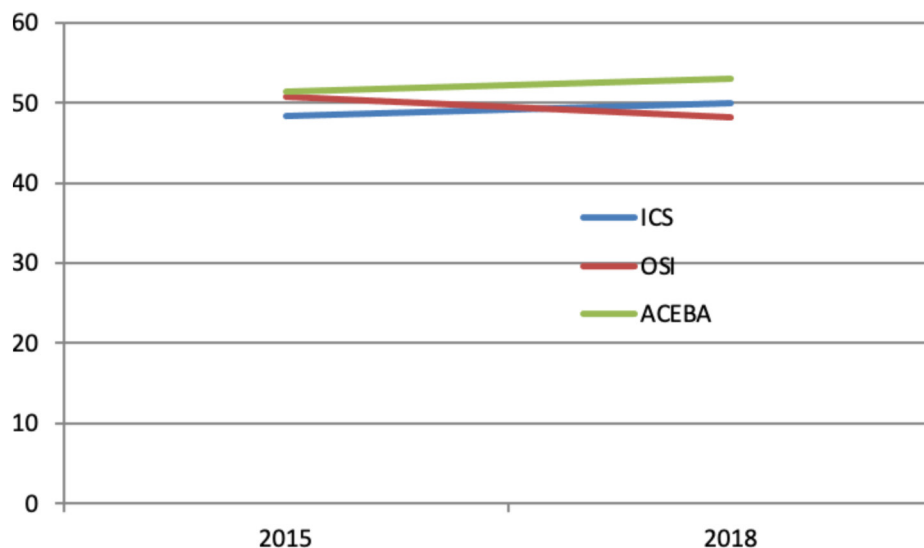
Figura 14. Puntuació de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica per entitats l'any 2018

4.2.2.4. Cobertura vacunal antigripal de la població de seixanta anys o més

Únicament els anys 2015 i 2018 es va registrar la informació referent a la cobertura vacunal antigripal en població de seixanta anys o més. A més, l'any 2015, no es van publicar dades de 28 centres de l'ICS i 2 centres de les OSI, i l'any 2018, d'un centre de les OSI.

Taula 7. Distribució del percentatge de població de seixanta anys o més vacunada de la grip per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	48,36			49,92
	DE	9,19			6,25
	mínim	22,34			25,77
	màxim	96,65			70,97
	N	257			288
OSI	mitjana	51			48
	DE	10,84			5,50
	mínim	20,90			39,87
	màxim	77,86			69,46
	N	68			70
ACEBA	mitjana	51,32			53,06
	DE	15,14			7,27
	mínim	37,10			40,26
	màxim	93,34			62,24
	N	13			13

**Figura 15.** Evolució del percentatge de població de seixanta anys o més vacunada de la grip per entitat entre els anys 2015-2018

Els centres de l'ACEBA, en els dos anys, van registrar un percentatge més elevat de vacunació de la grip de la població de seixanta anys o més que els centres de l'ICS o de les OSI; aquesta diferència era més marcada més recentment. L'ICS i l'ACEBA van mostrar una evolució a l'alça, mentre que els centres de les OSI van evolucionar de manera decreixent amb el temps (Fig. 15).

L'any 2018, la cobertura mitjana de vacunació de la grip en persones de seixanta anys o més va ser **significativament diferent** entre entitats ($p=0,0128$). Les OSI i l'ACEBA eren les entitats contraposades pel que fa als resultats; les OSI mostraven una cobertura vacunal de la grip significativament inferior a la mostrada per l'ACEBA ($p=0,025$), mentre que els centres de l'ICS mostraven valors intermedis més propers a l'ACEBA ($p=0,219$) que a les OSI ($p=0,088$), encara que amb més dispersió entre els propis centres de l'entitat (Fig. 16).

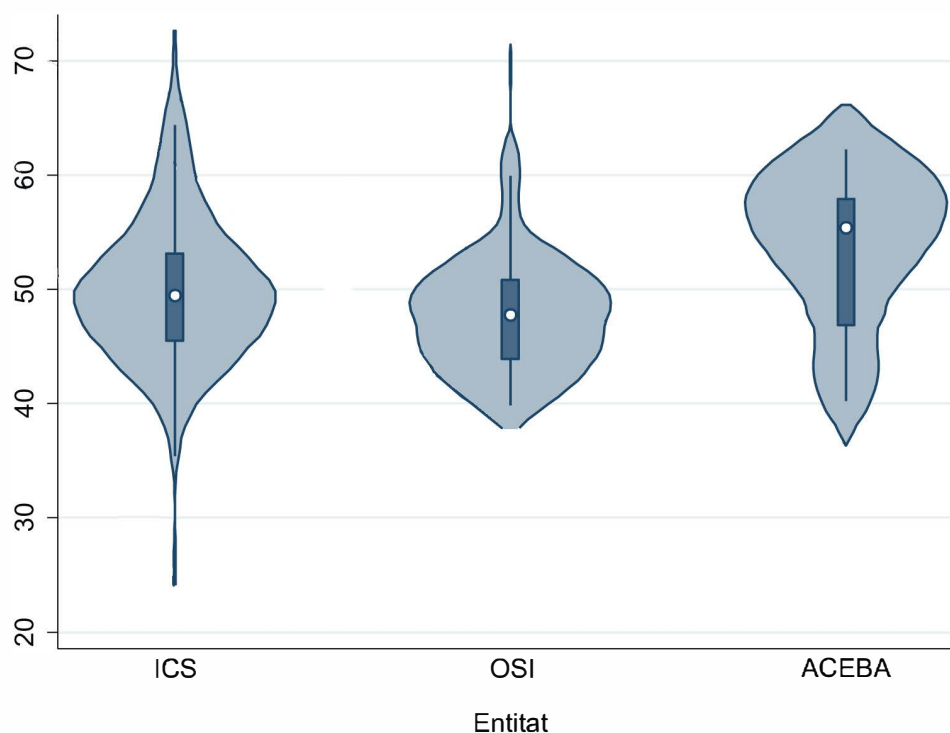


Figura 16. Cobertura vacunal de la grip en persones de seixanta anys o més per entitats l'any 2018

4.2.3. Resultats dels indicadors d'eficiència principals

En aquest apartat s'analitzen els indicadors següents: nombre de receptes per usuari, cost per usuari (estandarditzat) i taxa d'usuaris polimedicats.

4.2.3.1. Nombre de receptes per usuari (estandarditzat)

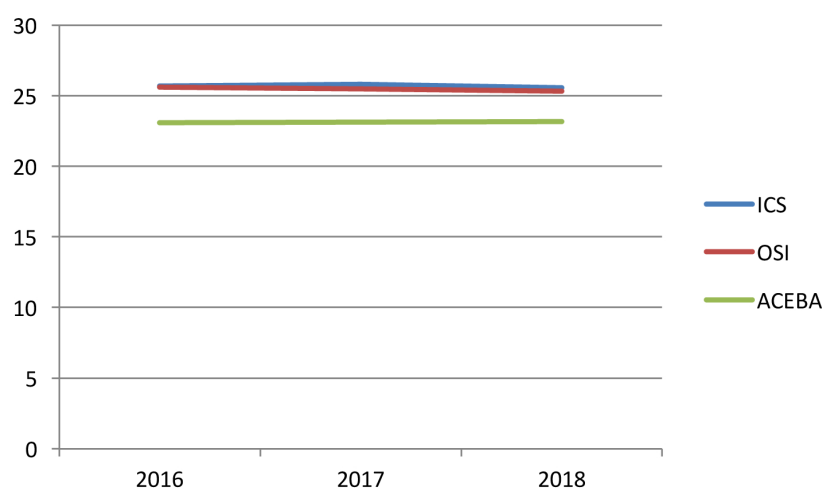
El nombre de receptes per usuari es va mantenir estable durant els tres anys avaluats, amb unes mitjanes de 24-26 receptes per usuari i any.

Taula 8. Distribució del nombre de receptes (estandarditzat) per usuari, entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana		25,70	25,81	25,59
	DE		2,51	2,42	2,53
	mínim		15,61	19,87	14,14
	màxim		35,04	35,81	35,18
	N		284	286	288
OSI	mitjana		25,61	25,49	25,33
	DE		2,06	2,07	1,97
	mínim		22,14	21,78	21,89
	màxim		30,34	30,58	30,30
	N		71	71	71
ACEBA	mitjana		23,11	23,14	23,16
	DE		1,94	1,85	1,95
	mínim		19,87	20,39	20,15
	màxim		27,18	26,71	26,73
	N		13	13	13

Amb unes diferències mínimes, els centres de l'ICS van mostrar una mitjana del nombre de receptes per usuari i any molt semblant als centres de les OSI, i tots dos per sobre dels centres de l'ACEBA.

L'any 2018 es van registrar **diferències estadísticament significatives** entre entitats ($p=0,0018$) respecte de la mitjana del nombre de receptes per usuari, amb valors significativament inferiors als centres de l'ACEBA respecte dels centres de l'ICS ($p=0,001$) i de les OSI ($p=0,009$) (Fig. 17).

**Figura 17.** Evolució del nombre de receptes (estandarditzat) per usuari i entitat els anys 2016-2018

4.2.3.2. Cost per usuari (estandarditzat)

El cost per usuari anual va augmentar amb el temps als centres de totes les entitats.

Taula 9. Distribució del cost per usuari (estandarditzat) per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	278,91	280,47	286,77	290,67
	DE	33,48	28,92	28,55	30,28
	mínim	181,08	166,79	197,53	172,54
	màxim	377,92	366,44	371,47	395,15
	N	285	284	286	288
OSI	mitjana	274,35	284,85	287,53	291,22
	DE	33,75	29,27	29,71	29,00
	mínim	196,36	216,59	213,50	221,82
	màxim	368,58	359,49	368,00	366,75
	N	70	71	71	71
ACEBA	mitjana	275,80	257,92	262,83	269,56
	DE	45,42	25,16	26,98	28,19
	mínim	184,87	212,14	213,95	227,18
	màxim	362,96	303,33	313,92	334,13
	N	13	13	13	13

L'ICS i les OSI mostraven una tendència molt similar pel que fa a l'evolució del cost anual per usuari entre els anys 2015-2018; per la seva banda, els centres de l'ACEBA mostraven valors inferiors tots els anys avaluats amb una tendència igualment creixent a partir de l'any 2016 (Fig. 18).

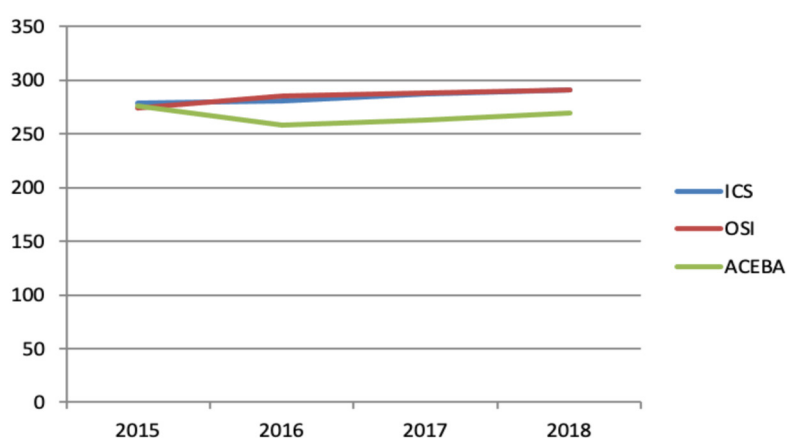


Figura 18. Evolució del cost per usuari anual (estandarditzat) per entitat els anys 2015-2018

L'ACEBA, de mitjana, va registrar un cost anual per usuari **significativament inferior** a la resta d'entitats ($p=0,0439$) l'any 2018 (Fig. 19).

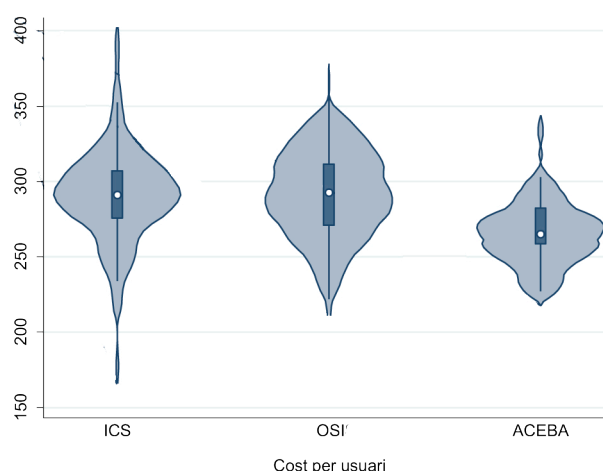


Figura 19. Distribució del cost anual per usuari en les diferents entitats l'any 2018

4.2.3.3. Taxa d'usuaris polimedicats

En la taula següent es resumeixen les dades obtingudes de l'indicador pacients polimedicats amb més de deu principis actius per a cada 100.000 habitants per entitat i any avaluat.

A l'ICS no es va reportar aquesta informació entre un i dos centres per any.

Taula 10. Distribució de la taxa de pacients polimedicats amb més de deu principis actius (per a 100.000 habitants) per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	1.472,06	1.434,63	1.394,11	1.316,48
	DE	475,81	448,93	462,10	464,27
	mínim	512,90	500,90	465,22	0,00
	màxim	3.902,34	3.228,80	3.413,61	2.915,64
	N	285	283	284	286
OSI	mitjana	1.544,76	1.466,67	1.408,77	1.336,29
	DE	436,25	401,89	400,92	356,81
	mínim	671,75	662,50	594,72	657,52
	màxim	2.703,50	2.552,40	2.723,12	2.128,86
	N	70	71	71	71
ACEBA	mitjana	1.150,25	1.192,31	1.094,02	1.051,01
	DE	302,75	374,95	303,94	272,63
	mínim	720,20	735,60	592,34	555,09
	màxim	1.742,15	2.012,20	1.637,07	1.444,68
	N	13	13	13	13

Tots els centres, independentment de l'entitat, semblen que es comportaven de la mateixa manera: mostraven un descens de la taxa de pacients polimedicats amb més de deu principis actius entre els anys 2015-2018. L'ACEBA, durant els quatre anys avaluats, de mitjana, va mostrar xifres inferiors a l'ICS i les OSI, i l'any 2018, els centres de l'ACEBA van mostrar taxes de pacients polimedicats inferiors a l'ICS i les OSI en conjunt ($p=0,0308$) (Fig. 20).

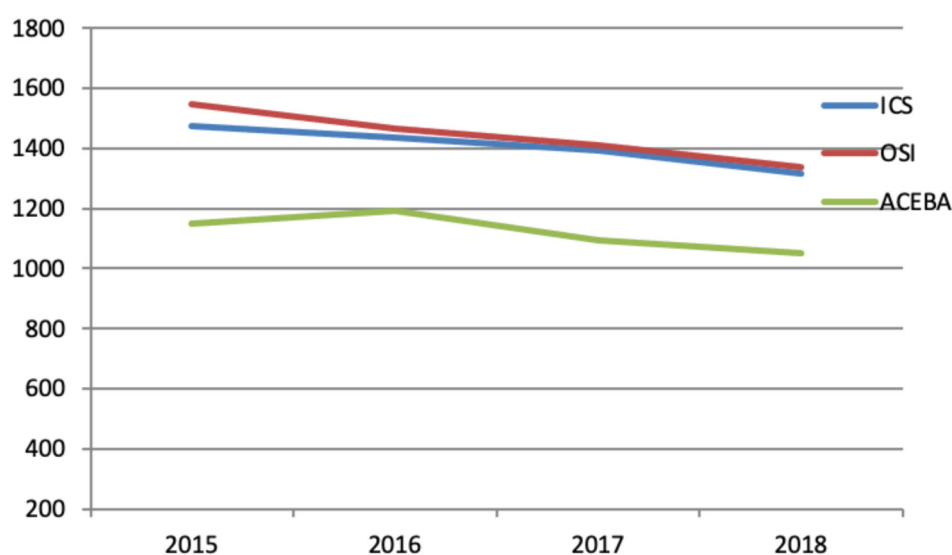


Figura 20. Evolució de la taxa de pacients polimedicats amb més de deu principis actius (per a 100.000 habitants) per entitat els anys 2015-2018

4.2.4. Altres indicadors generals

En aquest apartat s'analitzen els indicadors següents: índex socioeconòmic compost, despesa de contractació, despesa per càpita (despesa de contractació / persones assignades), Índex de morbiditat, assoliment del contracte i el factor territorial.

4.2.4.1. Índex socioeconòmic compost

L'índex socioeconòmic l'any 2018 era **significativament diferent entre entitats** ($p<0,001$). Els centres de l'ACEBA, de mitjana, presentaven un índex socioeconòmic més baix, seguit dels centres de les OSI (taula). Cal explicar que la puntuació baixa de l'índex socioeconòmic implicava que es tractava de població menys desfavorida (259). Era significativament diferent entre entitats ($p<0,001$) Comparacions Bonferroni postestimació ACEBA-ICS ($p<0,001$) ACEBA-OSI ($p=0,011$) OSI-ICS ($p=0,007$).

Taula 11. Distribució de l'índex socioeconòmic compost per entitat els anys 2017-2018

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana			43,433	43,453
	DE			14,380	14,401
	mínim			0,899	0,899
	màxim			100	100
	N			286	285
OSI	mitjana			37,535	37,535
	DE			14,408	14,408
	mínim			1,445	1,445
	màxim			70,236	70,236
	N			71	71
ACEBA	mitjana			24,686	24,686
	DE			17,206	17,206
	mínim			0	0
	màxim			46,571	46,571
	N			13	13

4.2.4.2. Despesa de contractació

La despesa de contractació va augmentar en totes les entitats entre els anys 2016 i 2018.

Taula 12. Distribució de la despesa de contractació per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana		2.855.733,80		2.983.421,00
	DE		1.261.456,80		1.332.478,00
	mínim		668.975,98		690.682,90
	màxim		9.728.011,30		10.200.000,00
	N		284		288
OSI	mitjana		3.395.164,40		3.713.973,00
	DE		1.583.028,80		1.803.492,00
	mínim		1.053.644,50		1.073.146,00
	màxim		8.538.722,10		9.118.850,00
	N		68		68
ACEBA	mitjana		2.774.082,10		2.876.750,00
	DE		754.301,82		745.537,80
	mínim		1.595.851,80		1.626.514,00
	màxim		4.184.367,80		4.340.854,00
	N		13		13

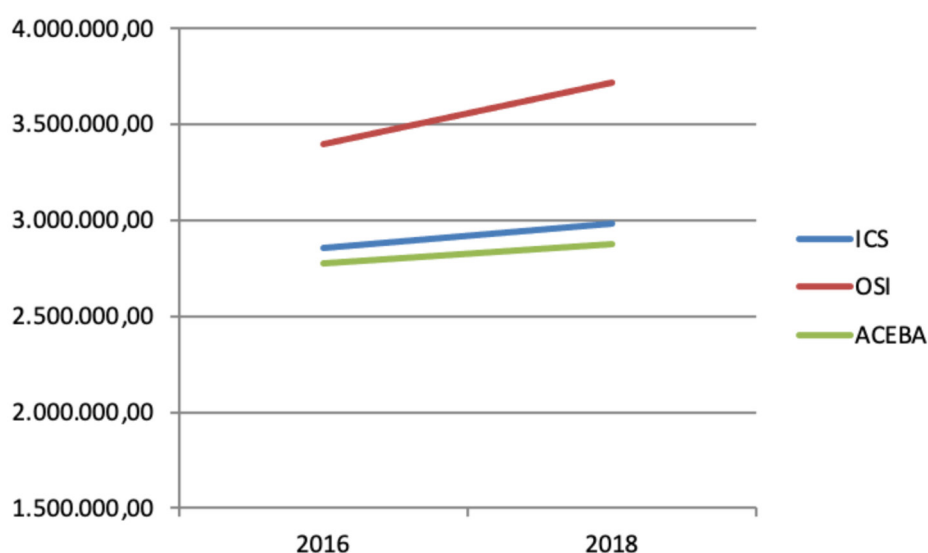


Figura 21. Evolució de la despesa de contractació per entitat els anys 2016 i 2018

L'any 2018 es van registrar **diferències estadísticament significatives** entre entitats respecte de la despesa de contractació ($p=0,0006$), principalment, entre les entitats de l'ICS i de les OSI ($p<0,001$) (Fig. 21).

4.2.4.3. Despesa per càpita (despesa contractació / persones assignades)

La despesa per càpita també va augmentar entre els anys 2016 i 2018, **sense registrar diferències estadísticament significatives** entre entitats ($p=0,603$ l'any 2018).

Taula 13. Distribució de la despesa per càpita per entitat i any

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana		153,68		161,23
	DE		32,31		33,68
	mínim		55,01		75,47
	màxim		312,31		323,20
	N		284		288
OSI	mitjana		156,28		165,91
	DE		35,90		33,42
	mínim		72,61		112,95
	màxim		263,80		270,89
	N		68		68
ACEBA	mitjana		159,28		163,06
	DE		57,32		57,39
	mínim		102,34		105,65
	màxim		291,62		295,42
	N		13		13

4.2.4.4. Índex de morbiditat

Incloem aquest índex de l'any 2019; era relativament estable per la qual cosa vam pensar que l'any 2018 seria molt similar. L'índex de morbiditat era **significativament diferent entre entitats**, principalment, entre els centres de l'ICS respecte dels centres de les altres entitats ($p < 0,001$).

Taula 14. Distribució de l'índex de morbiditat per entitat l'any 2019

Summary for variables: Morbiditat					
By categories of: Entitat					
Entitat	Mean	Sd	Min	Max	N
ICS	1,041	0,141	0,701	1,476	285
OSI	0,961	0,116	0,495	1,309	71
ACEBA	0,946	0,126	0,706	1,162	13
Total	1,022	0,140	0,495	1,476	369

4.2.4.5. Assoliment del contracte

El percentatge d'assoliment del contracte era **significativament diferent** entre entitats l'any 2018 ($p = 0,0003$), principalment, entre els centres de l'ICS i l'ACEBA ($p = 0,003$) i de les OSI ($p = 0,020$).

Taula 15. Distribució del percentatge d'assoliment del contracte per entitat els anys 2018 i 2019

Entitat	Estadístic	2018	2019
ICS	mitjana	82,99	74,96
	DE	9,89	14,31
	mínim	55	33
	màxim	100	100
	N	287	284
OSI	mitjana	86,72	84,84
	DE	11,98	14,37
	mínim	42	43,46
	màxim	100	100
	N	70	70
ACEBA	mitjana	92,51	92,19
	DE	6,51	12,39
	mínim	82,6	65
	màxim	100	100
	N	13	13

El percentatge d'assoliment del contracte es correlacionava significativament amb la durada de les incapacitats laboral (correlació negativa) i amb l'IQF (correlació positiva).

Taula 16. Correlació entre el percentatge d'assoliment del contracte i altres indicadors l'any 2018

% assoliment 2018	
Visites per persona assignada	-0,024
Dies incapacitat laboral	-0,331*
Taxa Hospitalitzacions evitables per 1.000 h.	0,032
Índex Qualitat Farmacèutica	0,428*
Cobertura vacunal antigripal de la població de 60 anys o més (%)	-0,023
ST Receptes per usuari	-0,081
ST Cost per usuari	-0,098
Pacients polimedicats. Taxa per 100.000 estandaritzat	-0,020
Satisfacció global PLAENSA 2018	0,085

*p< 0,05

4.2.4.6. Factor territorial (2020)

Hi havia **diferències significatives** entre les entitats ($p=0,0072$), principalment, entre les OSI i l'ICS.

Taula 17. Anàlisi del factor territorial i ANOVA segons el tipus d'entitat

Summary for variables: Factorterritorial						
By categories of: Entitat						
Entitat	Mean	Sd	Min	Max	N	
ICS	1,078	0,236	0,43	2,488	285	
OSI	0,979	0,216	0,438	1,752	70	
ACEBA	1,103	0,384	0,675	1,943	13	
Total	1,060	0,241	0,43	2,488	368	
. anova Factorterritorial entitat						
Number of obs = 368 R-squared = 0,026						
Root MSE = 0,239 Adj R-squared = 0,021						
Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F	
Model	0,573	2	0,286	5,01	0,007	
Entitat	0,573	2	0,286	5,01	0,007	
Residual	20,918	365	0,057			
Total	21,492	367	0,058			
			Bonferroni		Bonferroni	
Contrast	Std.	Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Entitat						
OSI vs ICS	-0,098	0,031	-3,10	0,006	-0,175	-0,022
ACEBA vs ICS	0,025	0,067	0,37	1	-0,138	0,188
ACEBA vs OSI	0,123	0,072	1,71	0,262	-0,049	0,297

4.3. Anàlisi de les dades sobre satisfacció dels usuaris (font de dades PLAENSA[©])

El grau de satisfacció dels usuaris, en general, era molt elevat en totes les entitats, amb valors propers al 8, en una escala de 0 a 10, on 0 expressava la mínima satisfacció i 10, la màxima satisfacció.

L'any 2018 es van registrar **diferències estadísticament significatives** entre les tres entitats avaluades ($p=0,0002$).

Taula 18. Distribució de les puntuacions obtingudes en l'enquesta de satisfacció per entitat els anys 2015 i 2018

Entitat	Estadístic	2015	2016	2017	2018
ICS	mitjana	7,93			7,87
	DE	0,27			0,32
	mínim	6,96			6,83
	màxim	8,75			8,76
	N	283			288
OSI	mitjana	7,93			7,83
	DE	0,26			0,36
	mínim	7,16			6,4
	màxim	8,65			8,74
	N	70			71
ACEBA	mitjana	8,28			8,23
	DE	0,19			0,23
	mínim	7,96			7,89
	màxim	8,62			8,74
	N	13			13

Tant l'any 2015 com el 2018, els centres de l'ICS i de les OSI van mostrar puntuacions mitjanes de satisfacció similars i sense canvis en el temps. Els centres de l'ACEBA tampoc van mostrar canvis en les puntuacions mitjanes entre els anys 2015 i 2018, però sí que **van mostrar puntuacions mitjanes superiors als centres de les altres entitats** ($p<0,001$ l'any 2018) (Fig. 22).

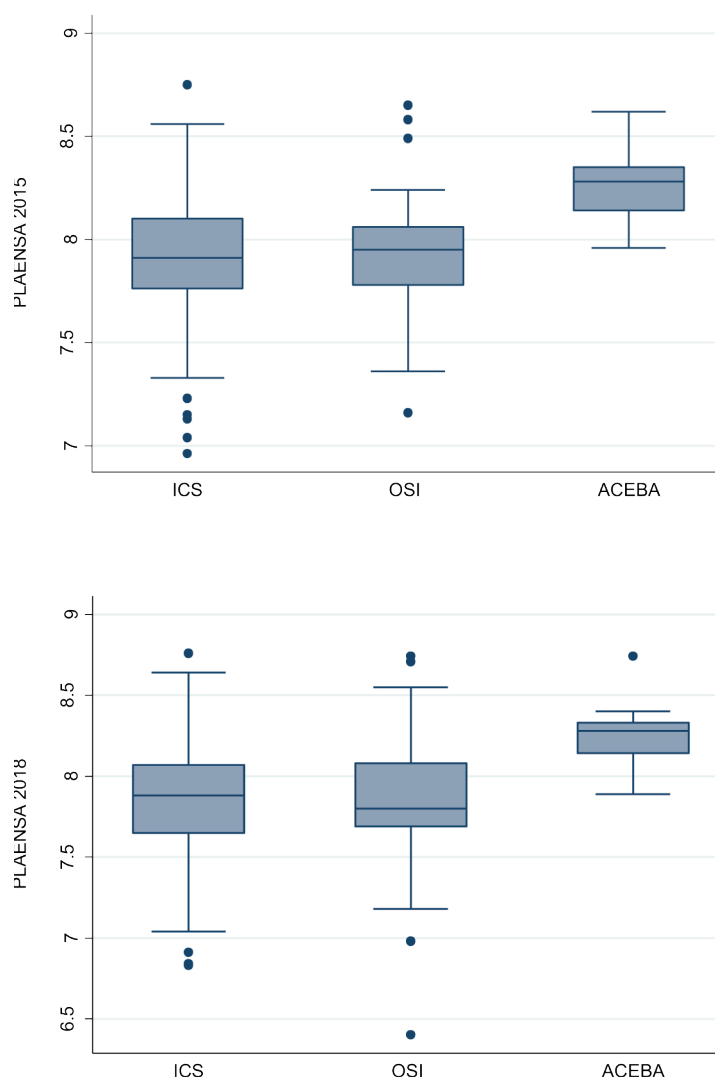


Figura 22. Evolució de les puntuacions obtingudes en l'enquesta de satisfacció per entitat els anys 2015 i 2018

4.4. Anàlisi de les dades sobre qualitat de vida dels professionals (font de dades ACEBA)

L'enquesta que valorava la qualitat de vida dels professionals de salut es va administrar per primera vegada l'any 2019. Van participar 376 professionals de la salut. Es van assolir puntuacions prou altes en les tres dimensions que el qüestionari valorava: suport directiu, càrrega de feina i motivació intrínseca.

L'any 2020 es va tornar a administrar el qüestionari i els resultats van ser molt semblants als de l'any anterior. La participació va disminuir del 74,31% l'any 2019 al 61,79% l'any 2020, en què es van rebre 317 enquestes. El 72% dels enquestats eren dones, més de 50% més grans de quaranta-cinc anys i prop del 73% portaven més de cinc anys treballant als centres de

l'ACEBA. Prop del 40% dels professionals eren metges, pediatres o odontòlegs; el 25%, personal d'infermeria; i el 25%, personal administratiu.

Entre les dues administracions de l'enquesta hi va haver una lleugera disminució de les puntuacions pel que fa a la dimensió de suport directiu, va augmentar la dimensió de càrrega de feina i la motivació intrínseca es va mantenir semblant (fig. 23).

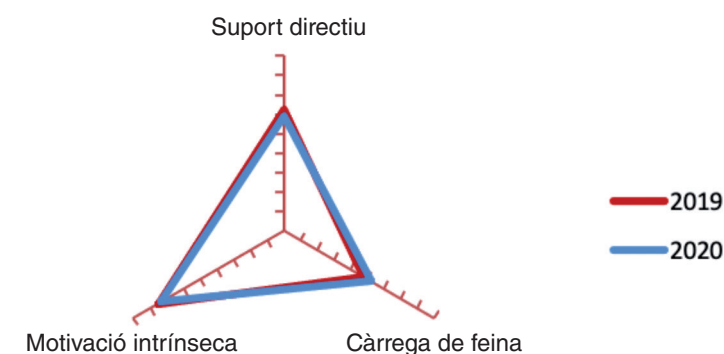


Figura 23. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: dades globals

La dimensió de suport directiu la formen un total de tretze ítems. Entres els anys 2019 i 2020 no es van registrar canvis significatius. Una de les àrees més afectades l'any 2020 va ser la satisfacció amb la feina (QVP2) (Fig. 24).

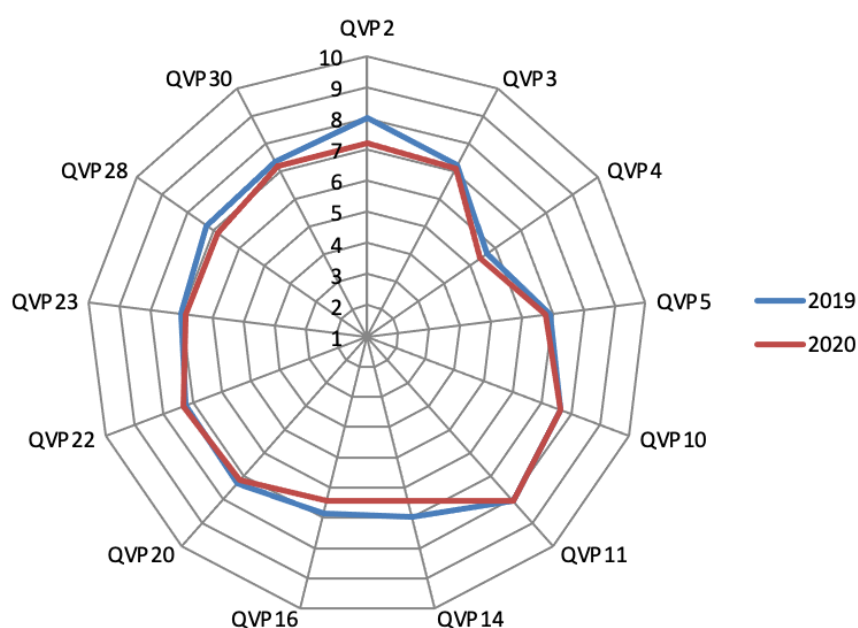


Figura 24. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: dimensió suport directiu

La dimensió de càrrega de feina va ser la més afectada durant l'any 2020, que va empitjorar respecte de l'any 2019. Pràcticament tots els ítems es van veure afectats, especialment, els ítems 8 «Presses i ofecs per manca de temps per fer la meua feina», 19 «Incomoditat física a la feina» i 25 «Estrès (esforç emocional)» (Fig. 25).

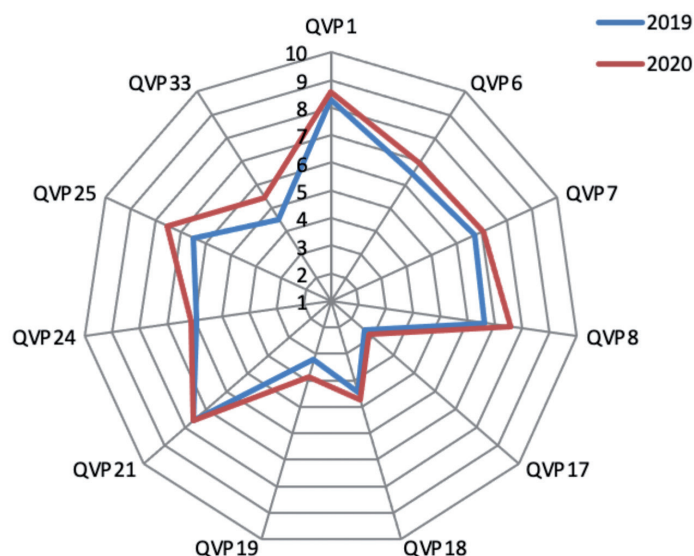


Figura 25. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: dimensió càrrega de feina

La dimensió de motivació intrínseca es va mantenir estable els anys 2019 i 2020 (Fig. 26).

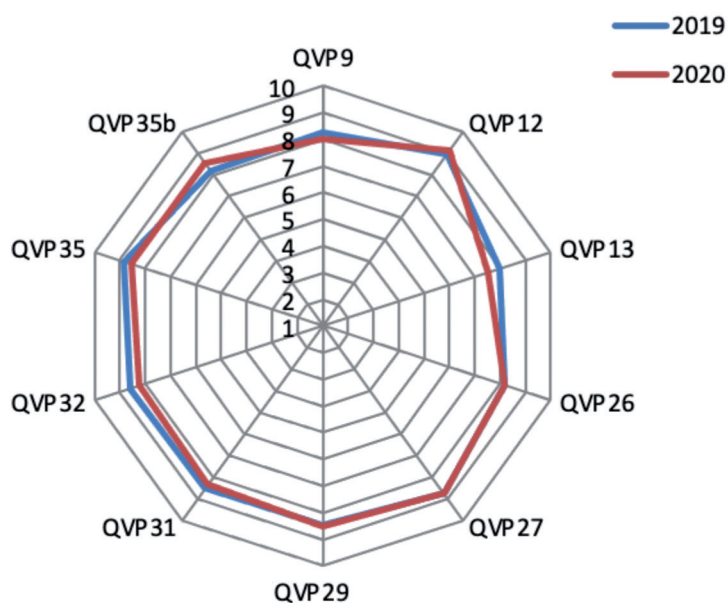


Figura 26. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: dimensió motivació intrínseca

L'any 2020, el 80% dels enquestats va valorar la qualitat de vida a la feina com a molt o bastant bona (Fig. 27).

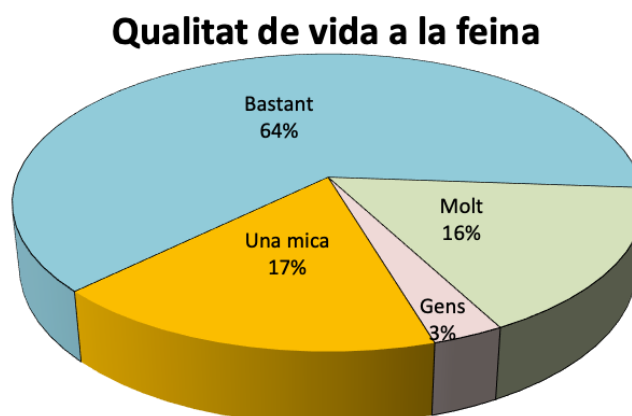


Figura 27. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: ítem independent sobre qualitat de vida a la feina

Quan vam analitzar la relació entre la qualitat de vida dels professionals (font de dades ACEBA 2019) i la satisfacció dels pacients (font de dades PLAENSA® 2018), es va observar una **correlació positiva moderada** entre la qualitat de vida dels professionals i la satisfacció dels pacients ($r=0,6424$), que estava al límit de la significació estadística ($p=0,0528$) (Fig. 28).

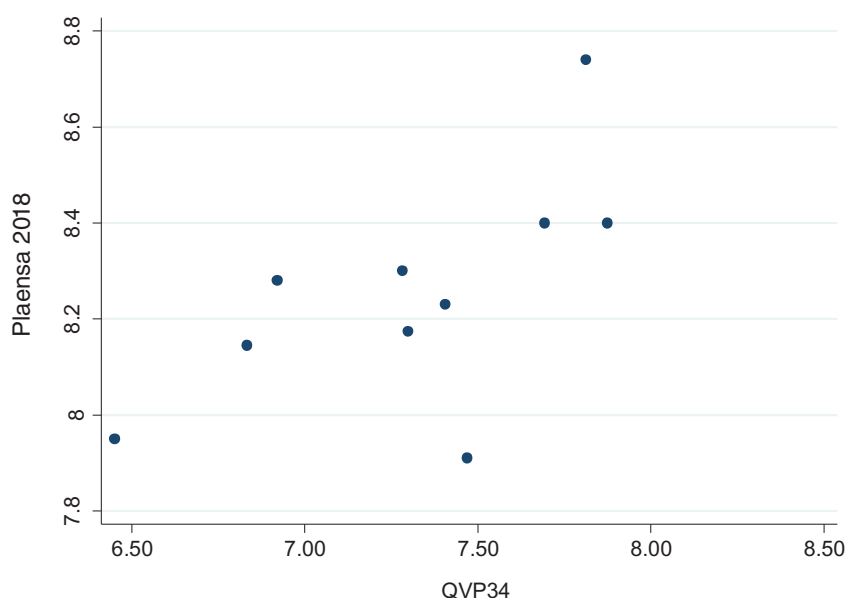


Figura 28. Relació entre la qualitat de vida dels professionals i la satisfacció dels pacients

Sense que la relació resultés estadísticament significativa, es va observar que com més suport i motivació del professional, millor era la satisfacció del pacient, mentre que com més càrrega assistencial, menys satisfacció del pacient.

4.5. Relació entre l'entorn de les EBA i altres indicadors

Dues de les tretze EBA es classifiquen com a centres rurals.

No es van registrar diferències estadísticament significatives entre els centres localitzats en entorns rurals i els localitzats en entorns urbans pel que fa als principals indicadors assistencials, d'efectivitat i d'eficiència avaluats. Únicament, la despesa per usuari va resultar significativament diferent ($p=0,0299$), amb una despesa mitjana de 141,7 € (DE 25,38) per pacient als centres urbans i de 280,53 € (DE 20,99) en els entorns rurals.

La satisfacció dels usuaris sí que va ser significativament superior a les EBA de l'entorn rural (8,57 DE 0,24) respecte de les EBA de l'entorn urbà (8,17 DE 0,18) ($p=0,0377$).

Pel que fa a la qualitat de vida dels professionals, l'any 2019, els treballadors dels centres situats en entorns rurals van mostrar puntuacions significativament més altes en la dimensió de suport directiu ($p=0,00158$) i significativament més baixes en la de càrrega de feina ($p=0,0002$). En canvi, no es van registrar diferències estadísticament significatives en la dimensió de motivació intrínseca ($p=0,365$) (Fig. 29).

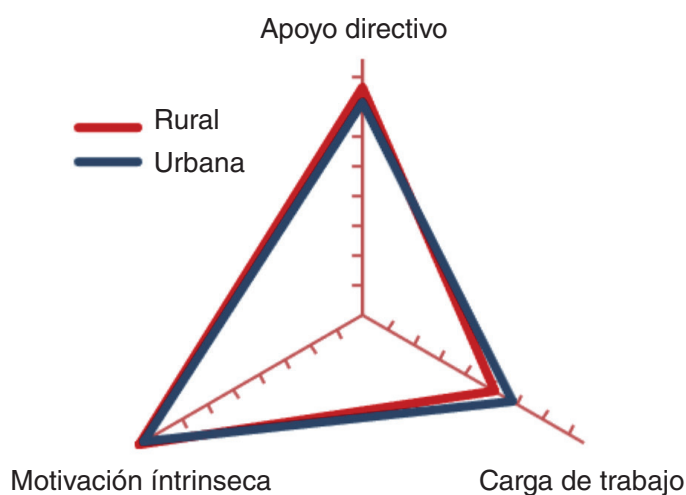


Figura 29. Relació entre les dimensions del qüestionari de qualitat de vida dels professionals i l'entorn del centre

La percepció de la qualitat de vida era millor en l'entorn rural o semirural que en l'entorn urbà ($p=0,001$) (Fig. 30).

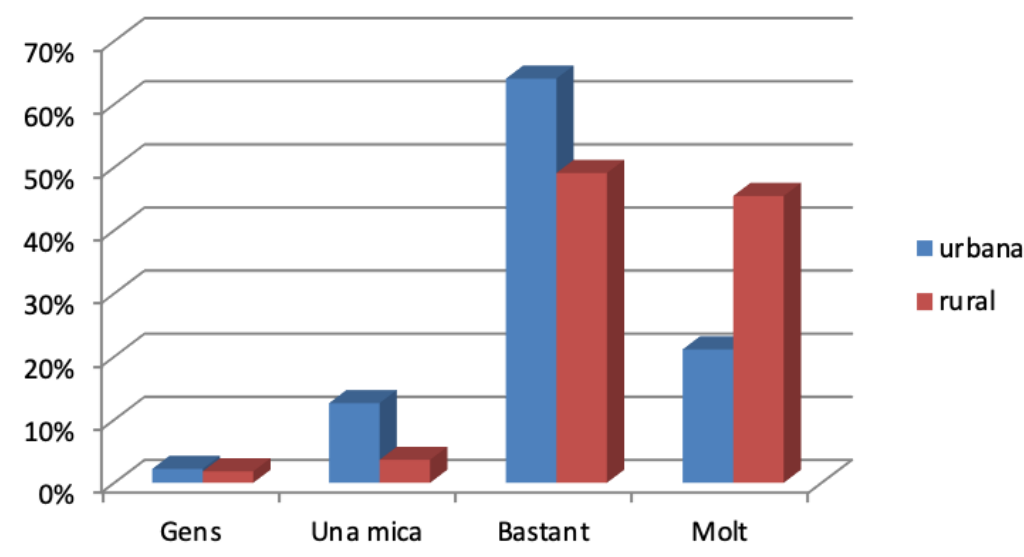


Figura 30. Relació entre la qualitat de vida dels professionals i l'entorn del centre l'any 2019

4.6. Anàlisi multivariant dels principals indicadors

Es plantegen diferents models multivariant per avaluar l'impacte sobre les variables seleccionades de diferents variables d'interès. S'estimen models de regressió lineal per estudiar l'impacte del **model de gestió (variable principal)**, el **nombre de persones assignades**, l'**índex de morbiditat**, l'**índex socioeconòmic compost**, la **despesa per càpita** i el **nombre de visites** sobre indicadors com l'IQF, la taxa d'hospitalitzacions evitables, la cobertura vacunal de la grip en pacients més grans de seixanta anys, la durada dels episodis d'incapacitat laboral i la satisfacció dels usuaris.

4.6.1. Anàlisi multivariant dels principals indicadors d'eficiència

Entre els factors seleccionats per avaluar els possibles determinants de l'indicador d'adequació índex de qualitat de la prescripció farmacèutica (IQF) es van identificar com a **estadísticament significatius** l'**entitat** i l'**índex econòmic compost**, de manera que, si el centre era part de l'entitat de l'ACEBA, mostrava valors més alts a l'IQF i segons augmentava l'índex econòmic compost (població més desfavorida) disminuïa la puntuació de l'IQF (menys qualitat prescrip-

tora).

Taula 19. Determinants de l'indicador d'adequació IQF

regress iqf Personesassignades Morbidity ib3.entitat Índex socio-econòmic (indexecon) Despesa contractació per persona assignada (despcap)				
Source	SS	df	MS	Number of obs = 363
				F(6, 356) = 4,43
Model	7.564,517	6	1.260,752	Prob > F = 0,0002
Residual	101.251,472	356	284,414	R-squared = 0,069
				Adj R-squared = 0,053
Total	108.815,989	362	300,596	Root MSE = 16,865

iqf	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Persones assignades	-2,94e-06	0,000	-0,03	0,978	-0,000	0,000
Morbidity	-7,838	7,611	-1,03	0,304	-22,807	7,130
entitat						
ICS	-14,135	4,955	-2.85	0,005	-23,881	-4,389
OSI	-17,657	5,195	-3,40	0,001	-27,875	-7,439
indexecon	-0,176	0,068	-2,57	0,011	-0,312	-0,041
despcap	0,057	0,030	1,85	0,065	-0,003	0,118
_cons	74,100	9,643	7,68	0,000	55,134	93,066

4.6.2. Identificació dels possibles determinants de l'indicador d'efectivitat. Cobertura vacunal antigripal de la població de seixanta anys o més (%)

La cobertura antigripal de la població de seixanta anys o més **augmentava** segons s'incrementava l'índex de morbiditat, el nombre de visites anual per pacient i si el centre era part de l'ACEBA, i disminuïa segons augmentava el nombre de persones assignades.

Taula 20. Determinants de l'indicador d'efectivitat: cobertura vacunal antigripal de la població de seixanta anys o més (%)

regress vagrip Personesassignades Morbidity ib3.entitat indexecon despcap med_vis_pac				
Source	SS	df	MS	Number of obs = 363
				F(7, 355) = 25,65
Model	4.707,890	7	672,555	Prob > F = 0,000
Residual	9.309,321	355	26,223	R-squared = 0,335
				Adj R-squared = 0,322
Total	14.017,212	362	38,721	Root MSE = 5,120

vagrip	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Persones assignades	-0,0001	0,000	-3,73	0,000	-0,000	-0,000
Morbiditat	10,868	2,405	4,52	0,000	6,136	1,599
entitat						
ICS	-5,616	1,522	-3,69	0,000	-8,611	-2,622
OSI	-5,890	1,589	-3,71	0,000	-9,016	-2,763
indexecon	0,023	0,021	1,11	0,266	-0,018	0,066
despcap	0,010	0,010	0,95	0,342	-0,011	0,031
med_vis_pac	0,823	0,318	2,59	0,010	0,197	1,450
_cons	38,619	2,936	13,15	0,000	32,844	44,394

4.6.3. Identificació dels possibles determinants de l'indicador d'adequació. Taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables

Com a descriptors de l'augment de la taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables es van identificar l'índex de morbiditat i l'índex socioeconòmic amb una relació directament proporcional i el nombre de visites anuals per pacient amb una relació inversament proporcional. En canvi, l'entitat no es va identificar com a predictor potencial de la taxa d'hospitalitzacions evitables.

Taula 21. Determinants de l'indicador d'adequació: taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables

regress taxahospi Personesassignades Morbiditat ib3.entitat indexecon despcap med_vis_pac						
Source	SS	df	MS	Number of obs = 363		
				F(7, 355) = 55,31		
Model	1.992,784	7	284,683	Prob > F = 0,000		
Residual	1.827,168	355	5,146	R-squared = 0,521		
				Adj R-squared = 0,512		
Total	3.819,953	362	10,552	Root MSE = 2,268		

taxahospi	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Persones assignades	-7,34e-06	0,000	-0,49	0,625	-0,000	0,000
Morbiditat	14,055	1,065	13,19	0,000	11,959	16,151
entitat						
ICS	-0,266	0,674	-0,39	0,693	-1,592	1,060
OSI	-0,254	0,704	-0,36	0,718	-1,639	1,130
indexecon	0,085	0,009	8,97	0,000	0,066	0,103
despcap	0,001	0,004	0,21	0,835	-0,008	0,010
med_vis_pac	-0,681	0,141	-4,83	0,000	-0,959	-0,404
_cons	-2,164	1,300	-1,66	0,097	-4,722	0,394

4.6.4. Identificació dels possibles determinants de l'indicador general durada mitjana per episodi d'incapacitat laboral

La durada mitjana de l'episodi d'incapacitat laboral **augmentava significativament** amb l'increment de l'índex de morbiditat, la despesa per càpita i als centres de les OSI comparats amb els de l'ACEBA.

Taula 22. Determinants de l'indicador d'adequació: durada mitjana per episodi d'incapacitat laboral

regress mitit Persones assignades Morbiditat ib3.entitat indexecon despcap						
Source	SS	df	MS	Number of obs = 362		
				F(6, 355) = 11,04		
Model	4.088,679	6	681,446	Prob > F = 0,000		
Residual	21.904,361	355	61,702	R-squared = 0,157		
				Adj R-squared = 0,143		
Total	25.993,041	361	72,002	Root MSE = 7,855		

mitit	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Persones assignades	-0,000	0,000	-1,57	0,118	-0,000	0,000
Morbiditat	10,032	3,547	2,83	0,005	3,055	17,009
entitat						
ICS	3,879	2,308	1,68	0,094	-0,659	8,419
OSI	5,340	2,419	2,21	0,028	0,581	10,099
indexecon	-0,005	0,032	-0,16	0,871	-0,068	0,057
despcap	0,057	0,014	3,95	0,000	0,028	0,085
_cons	13,539	4,492	3,01	0,003	4,705	22,374

4.6.5. Identificació dels possibles determinants del grau de satisfacció del pacient

La satisfacció del pacient estava directament relacionada amb l'entitat (augmentava als centres de l'ACEBA) i amb el nombre de visites anuals per pacient, i inversament relacionada amb l'índex socioeconòmic compost.

Taula 23. Determinants del grau de satisfacció (PLAENSA©)

regress satisfacció global plaensa 2018 Persones assignades Morbidity ib3.entitat indexecon despcap med_vis_pac						
Source	SS	df	MS	Number of obs = 363		
				F(7, 355) = 9,05		
Model	6,126	7	0,875	Prob > F = 0,000		
Residual	34,324	355	0,096	R-squared = 0,151		
				Adj R-squared = 0,134		
Total	40,450	362	0,111	Root MSE = 0,310		

satisfacciógl~2018	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Persones assignades	-1,07e-06	2,06e-06	-0,52	0,603	-5,12e-06	2,98e-06
Morbidity	0,204	0,146	1,40	0,163	-0,082	0,491
entitat						
ICS	-0,358	0,092	-3,87	0,000	-0,540	-0,176
OSI	-0,402	0,096	-4,17	0,000	-0,592	-0,212
indexecon	-0,004	0,001	-3,63	0,000	-0,007	-0,002
despcap	0,000	0,000	1,39	0,165	-0,000	0,002
med_vis_pac	0,056	0,019	2,90	0,004	0,018	0,094
_cons	7,730	0,178	43,35	0,000	7,379	8,080

4.6.6. Identificació dels possibles determinants del grau d'assoliment del contracte

Com a possibles determinants del percentatge d'assoliment del contracte predominen, de manera directament proporcional, la puntuació de l'IQF: com més puntuació, més assoliment i, de manera indirectament proporcional, la durada mitjana de les IT: com més durada, menys assoliment. El grau d'assoliment no era significativament diferent entre entitats.

Taula 24. Determinants del grau d'assoliment del contracte

regress assoliment2018 iqf vagrip mitit ib3.entitat taxahospi indexecon despcap Persones assignades Morbiditat				
Source	SS	df	MS	Number of obs = 361
				F(10, 350) = 15,15
Model	1,183	10	0,118	Prob > F = 0,000
Residual	2,735	350	0,007	R-squared = 0,302
				Adj R-squared = 0,282
Total	3,918	360	0,010	Root MSE = 0,088

assoliment2018	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
iqf	0,002	0,000	7,90	0,000	0,001	0,002
vagrip	0,001	0,000	1,45	0,148	-0,000	0,003
mitit	-0,003	0,000	-6,07	0,000	-0,004	-0,002
entitat						
ICS	-0,043	0,026	-1,61	0,109	-0,095	0,009
OSI	0,011	0,028	0,40	0,689	-0,044	0,067

taxahospi	0,001	0,002	0,54	0,586	-0,002	0,005
indexecon	0,000	0,000	1,35	0,178	-0,000	0,001
despcap	0,000	0,000	0,67	0,504	-0,000	0,000
Persones assignades	2,20e-07	5,79e-07	0,38	0,705	-9,20e-07	1,36e-06
Morbiditat	-0,009	0,051	-0,19	0,853	-0,109	0,090
_cons	0,767	0,066	11,51	0,000	0,636	0,898

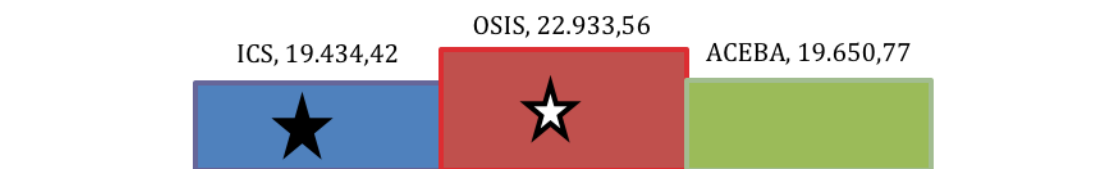
Si treiem i_{qf}, vacuna grip, mitit i taxahospi per ser part del càlcul del grau d'assoliment queda només l'entitat i significatiu entre l'ICS i l'ACEBA

regress assoliment2018 ib3.entitat indexecon despcap Persones assignades Morbidity				
Source	SS	df	MS	Number of obs = 362
				F(6, 355) = 3,28
Model	0,206	6	0,034	Prob > F = 0,003
Residual	3,731	355	0,010	R-squared = 0,052
				Adj R-squared = 0,036
Total	3,937	361	0,010	Root MSE = 0,102

assoliment2018	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
entitat						
ICS	-0,097	0,030	-3,23	0,001	-0,156	-0,038
OSI	-0,056	0,031	-1,80	0,073	-0,118	0,005
indexecon	0,000	0,000	0,70	0,486	-0,000	0,001
despcap	0,000	0,000	0,26	0,795	-0,000	0,000
Persones assignades	3,06e-07	6,52e-07	0,47	0,639	-9,76e-07	1,59e-06
Morbiditat	-0,032	0,046	-0,71	0,478	-0,123	0,058
_cons	0,934	0,058	15,94	0,000	0,819	1,050

4.6.7. Quadre resum dels resultats principals

Població assignada 2018 (p=0,021)



Nº visites anuals 2018 (p=0,0128)



Nº visites anuals per pacient 2018 (p=0,0017)



Dies IT 2018 (p=0,0475)



Hospitalitzacions evitables 2018 (p=0,0009)



IQF 2018 (p=0,0003)



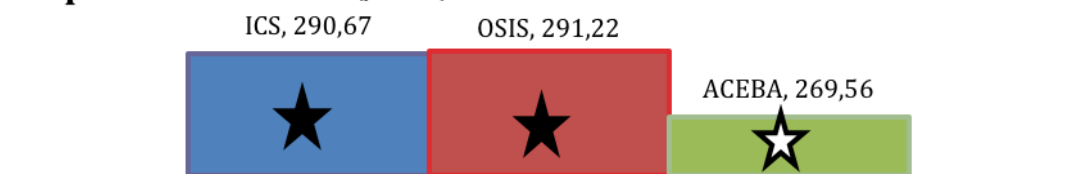
Vacuna grip 2018 (p=0,0128)



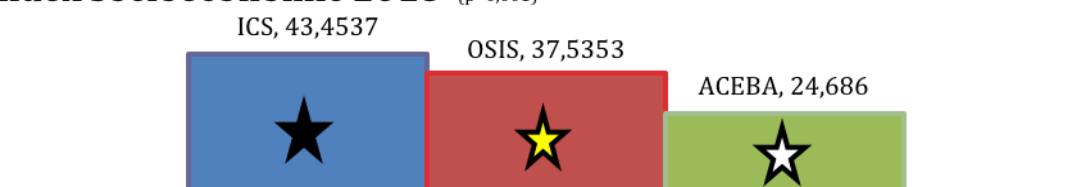
Nº receptes 2018 (p=0,0018)



Cost per usuari 2018 (p=0,0439)



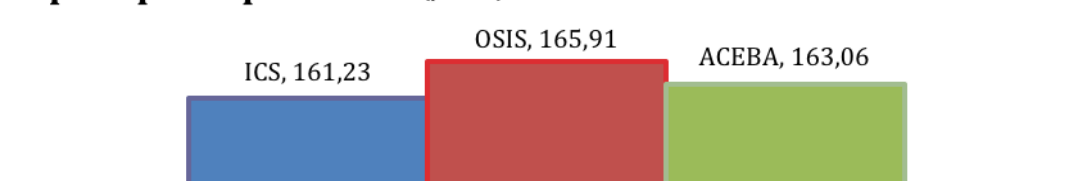
Índex socioeconòmic 2018 (p<0,001)



Despesa contractació 2018 (p=0,0006)



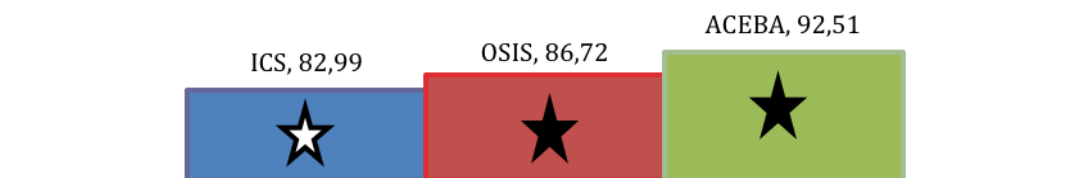
Despesa per càpita 2018 (p=0,603)



Índex morbiditat 2019 (p<0,001)



Assoliment del contracte 2018 (p=0,0003)



Factor territorial 2020 (p=0,0072)



Plaensa 2018 (p=0,0002)



Combinada ICS + OSI 

Categories significativament diferents respecte de la de referència  referència 

Totes les categories són significativament diferents entre sí   

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

5. DISCUSSIÓ

5. Discussió

Començarem aquesta discussió recordant la hipòtesi principal d'aquesta tesi i els objectius principals i secundaris. La **hipòtesi principal** es desglossa en dues subhipòtesis:

- La implicació jurídica i econòmica dels professionals en la provisió de serveis d'atenció primària millora la qualitat de vida dels professionals (satisfacció professional), la qual cosa millora alhora l'efectivitat i l'eficiència del procés assistencial i la satisfacció dels usuaris.
- Aquesta és la diferència fonamental entre l'autonomia de gestió i l'autogestió professional del model EBA. Si bé a l'ICS hi ha hagut experiències amb l'autonomia de gestió (67), el cert és que aquesta via va quedar aturada i no va tenir, malauradament, desenvolupament. Un desenvolupament generalitzat de l'autonomia de gestió podria permetre fer comparacions entre l'autonomia de gestió i l'autogestió professional.
Cal reconèixer, en aquest punt, la visió del legislador que va promoure la modificació parcial de la LOSC l'any 1995, gairebé vint anys abans que Berwick introduís el concepte del Triple Aim i, posteriorment, el Quadruple Aim. No han d'estranyar les declaracions del conseller Xavier Trias (123) uns anys després favorables al model que uns anys abans havia contribuït a posar en marxa.
- El model d'autogestió professional comporta millors resultats d'activitat, efectivitat, eficiència, satisfacció, que els altres models de gestió existents a l'APS a Catalunya, per això, ens plantejem comparar els resultats dels EAP de Catalunya en funció del seu model de gestió (ICS, OSI i EBA).

Els objectius principals de la tesi són els següents:

- Descriure i avaluar el model d'autogestió de les EBA nascut a Osona.
- Comparar els resultats dels EAP de Catalunya en funció del seu model de gestió.

Com **objectius secundaris** tenim:

- Analitzar diferents variables, com ara els indicadors d'activitat, l'efectivitat en el procés assistencial i l'eficiència.
- Analitzar el percentatge de compliment del contracte de CatSalut segons els diferents models de gestió i estudiar-ne el comportament com a possible indicador sintètic de praxis dels diferents EAP de Catalunya.
- Analitzar la qualitat de vida dels professionals de les EBA.
- Descriure la satisfacció dels usuaris dels diferents EAP i comparar-la segons el model de gestió.

5.1. Discussió sobre els resultats

Es comenten a continuació els resultats obtinguts en les diferents dimensions analitzades: activitat, efectivitat, eficiència, dades generals rellevants, satisfacció dels usuaris i qualitat de vida dels professionals que donen resposta als objectius i a la hipòtesi d'aquesta tesi.

5.1.1. Activitat

Pel que fa a la població assignada per centre i entitat, el model de gestió de les OSI, de mitjana, mostrava més població assignada per centre de manera constant entre els anys 2015-2018, mentre que l'ICS i l'ACEBA mostraven dades similars. Aquestes diferències eren significatives principalment entre l'ICS i les OSI.

L'últim any avaluat (2018), la mitjana de visites anuals a l'ACEBA se situava a l'entorn de les 92.000 visites, significativament inferiors a l'ICS i, sobretot, a les OSI. Aquest fet ha estat recollit a la premsa especialitzada (202) amb un titular equívoc, ja que a iguals o millors resultats en salut, menys visites es pot considerar un indicador d'eficiència.

5.1.2. Efectivitat

La mitjana de dies d'incapacitat laboral per pacient entre els anys 2015 i 2018 mostrava que els centres de l'ACEBA havien presentat, durant els quatre anys avaluats, valors significativament inferiors als centres de l'ICS i de les OSI de manera sostinguda.

La taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables era significativament diferent entre els centres l'any 2018. De mitjana, la taxa més alta la presentava l'ICS, seguit de les OSI i l'ACEBA.

La mitjana de la puntuació de l'IQF oscil·lava entre els 53 i els 66 punts als centres de l'ICS, entre els 51 i els 59 punts als centres de les OSI i entre els 72 i els 77 punts als centres de l'ACEBA els anys 2015 i 2018 (com més puntuació de l'IQF, millor resultat).

La puntuació de l'IQF també donava resultats significativament diferents entre les entitats per a l'any 2018 a favor de l'ACEBA.

L'any 2018, la cobertura mitjana de vacunació de la grip en persones de seixanta any o més era significativament diferent entre les entitats. Els millors resultats serien per a l'ACEBA, l'ICS en posició intermèdia i les cobertures més baixes serien per a les OSI. Un estudi realitzat pel professor López Casasnovas donava resultats similars per a les EBA (188).

5.1.3. Eficiència

L'any 2018 es van registrar diferències estadísticament significatives entre les entitats respecte de la mitjana del nombre de receptes per usuari, amb valors significativament inferiors als centres de l'ACEBA en comparació amb els centres de l'ICS i de les OSI.

L'ACEBA, de mitjana, va registrar un cost de farmàcia per usuari (estandarditzat) anual significativament inferior a la resta d'entitats l'any 2018. Aquestes dades estan en línia de les proporcionades en l'estudi liderat per la consultoria Benchmarking 3.0 (260) que l'any 2017, amb dades de la CdR de l'any 2016, trobava que la despesa pública en farmàcia ajustada de les EBA era d'entre un 8% i un 26% inferior a SISCAT. Això representava un estalvi net acumulat d'uns 6,7 M€ per als tretze centres de l'ACEBA.

En relació amb l'indicador «pacients polimedicats amb més de deu principis actius per a cada 100.000 habitants per entitat i any avaluat», l'ACEBA va mostrar, durant els quatre anys avaluats, xifres inferiors a l'ICS i a les OSI.

5.1.4. Dades generals rellevants

L'índex socioeconòmic, l'any 2018, era significativament diferent entre les entitats ($p < 0,001$). Els centres de l'ACEBA presentaven, de mitjana, un índex socioeconòmic més baix, seguit dels centres de les OSI.

L'any 2018 es van registrar diferències estadísticament significatives entre les entitats quant a la despesa de contractació.

El percentatge d'assoliment del contracte era significativament diferent entre les entitats l'any 2018, a favor de l'ACEBA, els resultats eren similars als trobats a l'estudi recent de la Sindicatura de Comptes (226). El percentatge d'assoliment del contracte es correlacionava significativament amb la durada de les incapacitats laboral (correlació negativa) i amb l'IQF (correlació positiva). El contracte del CatSalut és un element cabdal del model sanitari català i necessàriament hauria d'avançar i evolucionar, com el grup d'experts de la SCGS ha assenyalat, cap al valor en salut (211).

5.1.5. Satisfacció dels usuaris

L'any 2018 es van registrar diferències estadísticament significatives entre les tres entitats avaluades i superiors als centres de l'ACEBA.

5.1.6. Qualitat de vida dels professionals

En relació amb la qualitat de vida dels professionals de l'ACEBA, les primeres dades disponibles eren de l'any 2019. El 2020, el 80% dels enquestats va valorar la seva qualitat de vida a la feina com a molt o bastant bona.

Vam observar una **correlació positiva moderada** entre la qualitat de vida dels professionals i la satisfacció dels pacients.

La situació actual de postpandèmia de la covid-19 farà més necessari encara introduir en els indicadors de l'APS alguns que aportin informació rellevant sobre la motivació, la satisfacció o el grau d'esgotament professional dels treballadors de l'APS.

5.1.7. Altres indicadors d'interès

No es van registrar diferències estadísticament significatives entre els centres de l'ACEBA localitzats en entorns rurals i els localitzats en entorns urbans pel que fa als principals indicadors assistencials, d'efectivitat i d'eficiència avaluats. Únicament, la despesa per usuari va resultar significativament superior en els entorns rurals.

La satisfacció dels usuaris sí va ser significativament superior a les EBA de l'entorn rural respecte de les de l'entorn urbà.

Pel que fa a la qualitat de vida dels professionals, l'any 2019, els treballadors dels centres de l'ACEBA situats en entorns rurals van mostrar puntuacions significativament més altes en la dimensió de suport directiu i significativament més baixes en la de càrrega de feina. La percepció de la qualitat de vida era millor en l'entorn rural o semirural que en l'entorn urbà.

5.1.8. Discussió sobre els models multivariants

Com a resultat dels models multivariants plantejats, entre els factor seleccionats per avaluar els possibles determinants de l'indicador d'adequació IQF es van identificar com a **estadísticament significatius** l'entitat i l'índex econòmic compost, de manera que, si el centre era part de l'entitat de l'ACEBA, mostrava valors més alts a l'IQF i segons augmentava l'índex econòmic compost (població més desfavorida) disminuïa la puntuació de l'IQF (menys qualitat prescriptora).

La cobertura antigripal de la població de seixanta anys o més **augmentava** segons s'incrementava l'índex de morbiditat, el nombre de visites anual per pacient i si el centre era part de l'ACEBA, i disminuïa segons augmentava el nombre de persones assignades.

Com a descriptors de l'augment de la taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables es van identificar l'índex de morbiditat i l'índex socioeconòmic amb una relació directament proporcional i el nombre de visites anuals per pacient amb una relació inversament proporcional. En canvi, l'entitat no es va identificar com a predictor potencial de la taxa d'hospitalitzacions evitables.

La durada mitjana de l'episodi d'incapacitat laboral **augmentava significativament** amb l'increment de l'índex de morbiditat, la despesa per càpita i als centres de les OSI comparats amb els de l'ACEBA.

La satisfacció del pacient estava directament relacionada amb l'entitat (augmentava als centres de l'ACEBA) i amb el nombre de visites anuals per pacient, i inversament relacionada amb l'índex socioeconòmic compost.

Com a possibles determinants del percentatge d'assoliment del contracte predominen, de manera directament proporcional, la puntuació de l'IQF: com més puntuació, més assoliment i, de manera indirectament proporcional, la durada mitjana de les IT: com més durada, menys assoliment. El grau d'assoliment no era significativament diferent entre entitats.

A continuació contrastarem aquests resultats analitzats a la discussió amb els principals treballs de la bibliografia, per fer-ho més entenedor, seguirem el mateix ordre de les dimensions analitzades amb anterioritat.

Pel que respecta als indicadors d'**activitat**, l'informe del Síndic (36) no valora els aspectes quantitatius del nombre de visites, sí els aspectes qualitatius, com ara temps de les visites i llistes d'espera que resulten favorables a les EBA.

Per a la FAD (52), els resultats coincidirien amb diferències estadísticament significatives entre els sistemes de provisió a favor de les EBA.

El treball de l'IES (261) no troba diferències significatives quant al nombre de visites totals a l'EAP entre els diferents models de gestió.

Els resultats de l'article de Vilaseca (243) coincideix amb els nostres: troba diferència significativa (DS) entre els diferents models de gestió, amb menor nombre de visites a les EBA.

Finalment, els resultats de l'informe de la Sindicatura de Comptes (226) també coincideixen amb els d'aquesta tesi, però com s'ha recollit a la premsa especialitzada (202) amb un titular equívoc, ja que a iguals o millors resultats en salut, fer menys visites es pot considerar un indicador d'eficiència.

Per tant, podem dir que la majoria dels resultats dels treballs que han analitzat aquesta dimensió són similars, amb l'excepció del treball de l'IES, en el sentit que es fan un menor nombre de visites a les EBA, la qual cosa, des del nostre punt de vista, amb les mateixes dades de qualitat assistencial, representa un plus d'eficiència.

Quant als indicadors d'**efectivitat**, no hem trobat dades en relació amb la incapacitat transitòria (IT). Sí pel que fa a les hospitalitzacions evitables: els resultats de l'article de Vilaseca (243) coincideixen amb els nostres i troba DS entre els diferents models de gestió, amb menor nombre d'hospitalitzacions evitables a les EBA. Respecte de l'IQF, l'article de Vilaseca (243) no troba DS per a aquest indicador entre els diferents models de gestió, amb pitjors resultats per a l'ICS.

En relació amb la cobertura de la vacuna antigripal (VAG), l'estudi de la FAD (52) troba DS en aquesta cobertura vacunal a favor de les EBA. L'estudi de López Casasnovas (188) també és favorable a les EBA.

Respecte dels indicadors d'**eficiència**, tant els resultats dels treballs de l'IES (261) com els de Vilaseca (243) coincideixen amb els nostres: troben DS entre els diferents models de gestió, amb menor nombre de pacients polimedicats a les EBA.

En relació amb la despesa farmacèutica, el treball de la FAD (52) troba DS entre els tres models, a favor de les EBA, amb un import menor. L'article de Vilaseca (243) també troba la despesa farmacèutica més baixa a les EBA, però no troba DS, a diferència del nostre estudi.

Pel que fa a **dades generals rellevants**, el treball de la FAD (52) troba DS quant a l'indicador de despesa de contractació a favor de les EBA, amb un import menor, com en la nostra tesi.

El percentatge d'assoliment del contracte és significativament diferent entre les entitats l'any 2018, a favor de l'ACEBA, resultats similars als trobats l'estudi recent de la Sindicatura de Comptes (226).

Respecte de la **satisfacció dels usuaris**, el treball de la Sindicatura de Comptes (226) mostra DS a favor de les EBA, aquesta coincidència amb la nostra tesi és lògica, ja que analitza la mateixa font, les enquestes de PLAENSA[®] de l'any 2018.

Finalment, pel que respecta a la **qualitat de vida dels professionals**, el treball de l'IES (261) parla d'un patró generalitzat al grup de les EBA, amb més satisfacció o positivitat. Així mateix, el treball de la FAD (52) ens parla que el tipus de gestió mostra un factor diferenciador sobretot pel que fa als aspectes següents:

- La satisfacció amb el sou i les ganes de ser creatiu és més alt a les EBA.
- La motivació intrínseca és més elevada en el grup no-ICS.
- Els professionals del grup ICS expressen més demandes relatives, sobretot, a la percepció de la pressió que reben per fer una quantitat de feina determinada.
- Els professionals del grup EBA perceben menys temps disponible per a la vida personal.

Hem vist, en aquesta discussió sobre els resultats de les diferents dimensions analitzades (activitat, efectivitat, eficiència, dades generals rellevants, satisfacció dels usuaris i qualitat de vida dels professionals), que els resultats de la majoria dels treballs que han analitzat els mateixos indicadors d'aquesta tesi són similars: amb DS a favor del model de gestió de les EBA. Sembla rellevant constatar que els indicadors que han pogut ser analitzats en treballs previs a aquesta tesi mantenen el mateix comportament favorable a les EBA.

Tot i que utilitzant altres qüestionaris i mesurant l'esgotament professional (262) ens parlarien d'una autèntica pandèmia a la sanitat catalana, amb xifres properes al 70% d'esgotament professional, com es va exposar en el darrer congrés de CAMFiC a Girona (224). La qualitat de vida dels professionals i l'esgotament professional són dimensions diferents, però estan relacionades (263).

5.2. Factors que podrien explicar els resultats satisfactoris de les EBA

Començarem aquesta anàlisi comentant els factors explicatius de les diferències a favor de les EBA segons l'informe del Síndic de Greuges de l'any 2002 (36). L'informe diu que els resultats de l'EBA de Vic són difícilment extrapolables. Esmenta, inicialment, que la població de Vic té un nivell econòmic i cultural més aviat elevat i un grau alt de cohesió social, encara que ja té

una proporció significativa d'immigrants estrangers. Aquest fet s'ha consolidat en el sentit que és una de les ABS catalana amb un percentatge de població estrangera més elevat, per la qual cosa fa que els resultats excel·lents siguin encara més significatius.

L'informe parla també de la qualitat personal del grup de metges, la qual ha tingut una gran influència en els resultats obtinguts i, per tant, no sembla segur que altres centres amb el mateix model de prestació de serveis obtinguin resultats similars.

El model permet que els ingressos dels metges siguin considerablement més elevats que els que s'obtenen amb la gestió de l'ICS.

Segons aquest informe un dels avantatges de les EBA és el suport del COMB, que està molt interessat a promoure aquest model de gestió. A més, gairebé tots aquests centres s'han pogut constituir sense assumir unes plantilles heretades, sinó que han pogut triar els seus recursos humans atenent les necessitats específiques del centre. Una altra circumstància favorable dels centres amb gestió privada associativa és que són constituïts, generalment, per metges-socis amb experiència i capacitat, disposats a treballar més hores de les establertes, amb la perspectiva d'obtenir uns ingressos més alts.

A continuació completarem aquesta anàlisi amb una visió més actual. Per a alguns autors, entre d'altres el Dr. Ledesma, el factor més rellevant per explicar els resultats de les EBA seria la implicació jurídica i econòmica que suposa la constitució de l'EBA (264). Aquest factor seria la diferència fonamental entre l'autogestió i l'autonomia de gestió i donaria un plus al que representa l'autonomia de gestió i que vindria caracteritzada pels aspectes següents:

- Tenir interacció o relació directa amb l'autoritat sanitària (qui contracta), més enllà dels centres corporatius o les gerències integrades.
- Disposar d'un contracte propi amb CatSalut, que marca els objectius i les situa com a proveïdores del sistema públic de salut (SISCAT).
- Ser independents d'altres entitats de gestió (hospitals, centres corporatius, etc.) i disposar d'estructura directiva molt plana que permet la presa de decisions descentralitzada.
- Posseir la capacitat de configurar l'equip assistencial, la possibilitat de triar i de contractar els treballadors i els professionals sense rigideses administrativistes i amb criteri empresarial (mèrit i capacitat). Tenir flexibilitat per configurar els contingents adaptant els contractes a la dedicació real.
- Disposar d'una política pròpia de recursos humans i d'incentivació que influeix en una satisfacció professional més elevada, com demostrem en aquesta tesi en l'apartat dels resultats, en un context en què els metges de l'APS catalana presenten un elevat esgotament professional, com s'ha recollit en el darrer congrés de la CAMFiC (224).

- Treballar amb una presa de decisions participada (democràcia participativa, característica fonamental de l'economia social) (128). El fet que l'estructura directiva sigui molt plana i que el suport directiu sigui important (una de les dimensions mesurades amb la QVP-35) ha demostrat associació amb la motivació pel servei públic dels professionals (265).
- Tenir com a base el professionalisme, contraposat al gerencialisme, tothom ha de tenir activitat assistencial i apostar pel lideratge clínic (266).
- Treballar amb sistemes d'informació propis (tant pel que fa a la clínica-assistencial, als objectius, econòmics, etc.) per dur a terme una gestió integral. Els propers anys caldrà analitzar la influència de l'ECAP a les EBA.
- Poder comprar els productes intermedis (laboratori, RX, etc.), la qual cosa contribueix a millorar la capacitat resolutiva.
- Disposar de compra de l'atenció especialitzada (que és excepcional dins del SISCAT).
- Decidir de manera pròpia l'agenda dels professionals (tipus de visita, durada, etc.).
- Organitzar la consulta de manera autònoma (UBA a 2, a 3, a 5, trencar UBA, incorporació assistent clínic o no, etc.).
- Gestionar la demanda de manera autònoma, basant-se en el coneixement de la població de referència.
- Disposar d'una política d'activitat comunitària ben definida dins la cartera de serveis (267).
- Tenir una política pròpia d'aliances estratègiques (268).
- Posseir un elevat sentiment de pertinença, creure en el model EBA, pot representar que la implicació sigui més elevada per tal de demostrar les bondats del model.
- Disposar de capacitat d'adaptació als canvis i problemes nous com ha passat amb la pandèmia de la covid-19 (269).

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

6. LIMITACIONS DEL TREBALL

6. Limitacions del treball

Al llarg d'aquesta investigació s'han posat de manifest algunes limitacions que han de ser exposades. Les classificarem, en primer lloc, en metodològiques i, en segon lloc, les atribuïbles a l'investigador.

6.1. Limitacions metodològiques

La mostra representa la totalitat dels EAP catalans, però la pròpia composició de l'APS catalana amb un nombre molt inferior d'EBA i de les OSI respecte dels centres de l'ICS es pot considerar una limitació de l'estudi. L'anàlisi de l'APS catalana podria estar esbiaixada per aquesta desproporció i els resultats podrien ser diferents si el nombre de centres de cada model fos similar.

Cal fer algun comentari pel que fa a la base de dades utilitzada per a l'obtenció de la mostra. La majoria de les dades s'han extret de la CdR, i són les millors disponibles que permeten fer comparacions entre els tres models de gestió de l'APS. La majoria són indicadors de procés i no tant de resultats i és legítim plantejar-se si tenen prou robustesa com per ser prou vàlides i fiables en la mesura de l'APS.

És desitjable que els indicadors tinguin traçabilitat i una certa continuïtat anual que permeti analitzar comportaments més enllà d'un any, aquest fet ha condicionat l'elecció dels indicadors finalment seleccionats.

Així mateix, seria desitjable que, al llarg dels anys, s'anessin incorporant indicadors nous que permetessin aproximar-se cada cop més al producte de l'APS (270) (271).

Un aspecte rellevant és que no s'han pogut incloure en aquesta tesi indicadors per mesurar la seguretat clínica com en un principi s'havia planificat. La seguretat clínica en l'APS necessita un enfocament sistèmic, com assegura Borrell (272), més enllà de l'anàlisi de les reclamacions interposades contra els metges (273). Tot i l'existència d'un qüestionari validat per avaluar la cultura de la seguretat en l'APS (274), la CdR no inclou cap indicador de seguretat clínica que permeti comparar els diferents models de gestió de l'APS, i això reflecteix, potser, l'ús escàs que se'n fa. És una limitació important, ja que la seguretat clínica es pot considerar part de la qualitat i se sap que el clima laboral i la cultura de l'organització influeixen en els resultats de seguretat del pacient (275)(276).

En el moment de la redacció final d'aquesta tesi hem tingut coneixement de la nova etapa de la CdR que té previst publicar un informe nou el juny del 2022 i, de manera progressiva i mitjançant la col·laboració d'un grup d'experts, millorar la selecció dels indicadors triats per a l'avaluació. És molt probable i desitjable que aquests indicadors segueixin els criteris per avaluar la validesa de les mesures de la pràctica clínica del Comitè de Mesures de Rendiment de l'American College of Physicians (ACP). Aquests venen recollits en aquest article del The New England Journal of Medicine (NEJM) (277) que ressalta que només el 37% dels indicadors avaluats tenien totes les característiques perquè poguessin ser considerats prou vàlids. Els criteris dels indicadors de mesura de l'ACP són els següents: impacte clínic significatiu, adequació, basats en l'evidència clínica, claredat i factibilitat i aplicabilitat.

Al Regne Unit, hi ha el Programa Marc per a la Qualitat i els Resultats (QOF), quan en un estudi (278) es va analitzar la relació entre aquests indicadors i la mortalitat, no es van trobar associacions significatives. Malgrat això, aquests indicadors són un instrument que permet comparar centres i entitats gestores.

Una limitació pel que fa als resultats podria ser la falta de temps dels metges per emplenar adequadament els registres. Un estudi als Estats Units demostra que els metges dediquen més temps a fer tasques administratives que a l'assistència directa al pacient (279). Malgrat tot, si el registre no és adequat, els resultats dels indicadors no poden ser precisos.

Un estudi britànic demostra que la càrrega laboral assistencial dels metges de família ha augmentat notablement els darrers anys, han augmentat el nombre de consultes presencials, telefòniques, i el temps mitjà per visita (280). Sembla clar que els metges de família prioritzaran les tasques assistencials a les burocràtiques i administratives, que inclouen el registre dels indicadors. De fet, el president del COMB ha avalat aquesta priorització en una entrevista recent (238) i apel·la al codi deontològic. Malgrat tot, els indicadors assistencials són la mesura objectiva més fiable de la qual disposem, i no tenim cap motiu per pensar que una deficiència eventual del registre no es distribueixi de la mateixa manera entre els diferents proveïdors i, per tant, els diferents models de gestió.

Un altre aspecte que cal considerar és que, fins al 2018 (darrer informe CdR publicat), hi ha una diversitat d'història clínica informatitzada amb predomini de l'ECAP (ICS) i alguna altra en què destacaria OMI-AP. Aquest fet ha anat condicionant els indicadors disponibles, de fet, per al nostre estudi només hem agafat indicadors que estiguessin disponibles per als tres models de gestió. Els darrers anys ha predominat encara més l'ECAP, que és pràcticament ja l'únic. Caldrà veure la influència d'aquest fet en les properes edicions dels informes de la CdR.

El paper de les variables sociodemogràfiques en els resultats és controvertit, ja que, per a Ballart (168), no justificarien les diferències a favor de les EBA mentre que, per a Vilaseca (243), farien que els models de gestió no mostressin diferències significatives, i conclouen que el debat sobre el millor model de gestió continua obert. En el nostre cas ha mostrat un efecte limitat, ja que hem demostrat la seva influència (índex socioeconòmic compost) en les hospitalitzacions potencialment evitables i en la satisfacció.

Els nostres resultats s'alineen amb l'estudi de Ballart (168) de l'any 2015.

L'estudi sobre dades de l'any 2016 de Vilaseca (243), en una primera anàlisi, coincideix amb el de Ballart, però, segons comenten els autors quan apliquen un model de regressió lineal múltiple ajustada per factors de confusió, les diferències entre entitats poden ser explicades per altres variables de confusió (nivell socioeconòmic, envelliment de la població i esperança de vida de la població assignada). Aquest estudi se centra només en la ciutat de Barcelona.

Pel que respecta al clima laboral, a l'estudi de Bayona (162), els professionals de les EBA van obtenir millors puntuacions, aspecte que coincideix amb les bones puntuacions de les enquestes de qualitat de vida laboral de les EBA. Malauradament, des de l'estudi de Bayona no se'n disposa de cap altre estudi de tota l'APS catalana que doni resposta al grau d'esgotament professional, la qualitat de vida laboral, que ja era alt en l'era pre pandèmica i alguns estudis avalen que ara s'ha disparat a l'APS catalana (262).

Un estudi de l'ACEBA avala que la qualitat de vida dels professionals a les EBA es manté malgrat la pandèmia de la covid (281).

La pròpia naturalesa transversal d'aquest estudi representa una limitació pel que fa a l'establiment de la causalitat. A més, aquest tipus d'estudis es poden veure afectats per diferents biaixos (ambigüitat temporal, no resposta, variabilitat del registre de les dades...) i factors de confusió no contemplats. Els millors resultats esperats dels professionals més motivats i implicats de les EBA són atribuïbles a aquest model de gestió?, al lloc d'implantació de les EBA?, a les característiques sociodemogràfiques de la població assignada i atesa?, als professionals escollits per treballar a les EBA?, al lideratge de les mateixes?, o a algun altre factor de confusió? Per tal

d'evitar, en la mesura del que sigui possible, aquesta limitació, es plantegen diferents models multivariant per avaluar l'impacte sobre les variables seleccionades de diferents variables d'interès. S'estimen models de regressió lineal per estudiar l'impacte del model de gestió que és la nostra variable principal, el nombre de persones assignades, l'índex de morbiditat, l'índex socioeconòmic compost, la despesa per càpita i el nombre de visites sobre l'indicador, com ara l'IQF, la taxa d'hospitalitzacions evitables, la cobertura vacunal de la grip en pacients més grans de seixanta anys, la durada dels episodis d'incapacitat laboral i la satisfacció dels usuaris. La tesi estudia, preferentment, el període dels anys 2015-2018, la qual cosa pensem que dona consistència als indicadors i als resultats. Lamentablement, el darrer any estudiat és el 2018, ja que, des de llavors, no s'ha publicat cap altre informe de la CdR quant a atenció primària.

6.2. Limitacions atribuïbles a l'investigador

És possible que aquesta anàlisi estigui influenciada per la biografia professional del doctorand lligada majoritàriament al món de l'autogestió professional (un dels models de gestió de l'APS catalana, les EBA). Ha intentat lluitar contra aquest biaix inevitable en tota la tesi. Tant de bo, aquesta tesi representi un estímul per dur a terme més estudis sobre els models de gestió de l'atenció primària actualment presents i per als que es puguin incorporar en un futur.

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

7. CONCLUSIONS, APORTACIONS I LÍNIES FUTURES DE RECERCA

Les entitats de base associativa, una aportació d'Osona a la sanitat catalana

7. Conclusions, aportacions i línies futures de recerca

A continuació es proposen, en primera instància, les conclusions principals de la tesi.

Posteriorment, es porten a terme algunes reflexions sobre la contribució d'aquest treball al coneixement del model d'autogestió en atenció primària de les EBA i sobre l'avaluació dels tres models de gestió de l'APS catalana.

Finalment, es fa un recull dels àmbits de recerca que s'estimen prioritaris en un termini curt o intermedi.

7.1. Conclusions

Seguint el model descrit del Quadruple Aim, els resultats obtinguts en aquesta tesi permeten validar la hipòtesi inicial plantejada i es pot concloure que:

La primera subhipòtesi, en relació amb la implicació jurídica i econòmica dels professionals en la provisió de serveis d'atenció primària que millora la qualitat de vida dels professionals (satisfacció professional) i alhora millora l'efectivitat i l'eficiència del procés assistencial i la satisfacció dels usuaris, ha estat validada atès que:

1. La satisfacció del professional és superior en les EBA, comparat amb les OSI i l'ICS.
2. La satisfacció dels usuaris pel que fa al model EBA es superior, comparat amb les OSI i l'ICS.

3. Els resultats clínics poblacionals es mostren millor en les EBA, comparat amb les OSI i l'ICS.
4. Els costos de l'atenció sanitària es mostren inferiors en les EBA, comparat amb les OSI i l'ICS.

En relació amb la segona subhipòtesi, que el model d'autogestió professional comporta millors resultats d'activitat, d'efectivitat, d'eficiència i de satisfacció que els altres models de gestió existents a l'APS a Catalunya, ha estat confirmada atès que els resultats de les EBA són superiors segons els indicadors analitzats d'activitat, efectivitat, eficiència, satisfacció dels usuaris i qualitat de vida dels professionals.

A continuació es recullen els comentaris respecte de l'assoliment dels objectius principals de la tesi.

Descriure i avaluar el model d'autogestió de les EBA nascut a Osona.

L'aportació d'Osona al model EBA ha estat cabdal, perquè ha representat una de les innovacions més rellevants del sistema sanitari català. La primera EBA catalana va ser la de l'EAP Vic Sud i la segona, l'EBA Centelles. Cal recordar, en aquest sentit, que Osona era una comarca capdavantera pel que fa a la reforma de la primària rural, l'inici de les cures pal·liatives i el primer sociosanitari, el primer Consorci, va ser comarca pilot d'iniciatives d'autonomia de gestió de l'ICS i del finançament capitatiu. La comarca d'Osona sempre s'ha caracteritzat per uns excel·lents resultats assistencials i d'eficiència en comparació amb d'altres territoris.

Comparar els resultats dels equips d'atenció primària de Catalunya en funció del seu model de gestió.

Els resultats de les EBA són superiors segons els indicadors analitzats d'activitat, efectivitat, eficiència, satisfacció dels usuaris i qualitat de vida dels professionals.

La implicació jurídica i econòmica dels professionals (que representa el model EBA) en la provisió de serveis d'atenció primària millora la qualitat de vida dels professionals (satisfacció professional), la qual cosa millora alhora l'efectivitat i l'eficiència del procés assistencial i la satisfacció dels usuaris ha quedat demostrada.

També que els resultats dels tres models de gestió de l'APS existents a Catalunya (ICS, OSI i EBA) presenten diferències quan es mesuren amb alguns indicadors. Quan aquestes diferències s'estudien per diferents possibles factors de confusió, el model de gestió resulta un factor explicatiu d'algunes d'aquestes diferències i, en la majoria d'aquests, a favor del model de gestió de les EBA.

A continuació es recullen els comentaris respecte de l'assoliment dels objectius secundaris de la tesi.

Analitzar diferents variables, com ara indicadors d'activitat, l'efectivitat del procés assistencial i l'eficiència dels tres models de gestió.

Els indicadors de la CdR han permès analitzar i comparar una sèrie d'indicadors d'activitat, efectivitat i eficiència.

Amb els indicadors actuals es veuen diferències entre els models de gestió a favor de les EBA.

Analitzar el percentatge de compliment del contracte de CatSalut segons els diferents models de gestió i estudiar-ne el comportament com a possible indicador sintètic de praxis dels diferents EAP de Catalunya.

El contracte del CatSalut és un dels elements diferencials més importants del model sanitari català. En aquesta tesi s'ha pogut analitzar i comparar el grau de compliment del contracte del CatSalut dels EAP de Catalunya i, per tant, dels diferents models de gestió.

Si l'asseguradora pública, CatSalut, defineix bé el contracte amb les diferents entitats proveïdores, l'anàlisi del percentatge de compliment del contracte pot ser una bona indicadora de comparació entre l'EAP i els models de gestió.

En el nostre estudi, aquest indicador ha permès també establir diferències entre els diferents models de gestió.

LES EBA compleixen més el contracte del CatSalut comparat amb la resta de proveïdors.

Analitzar la qualitat de vida dels professionals de les EBA.

La qualitat de vida dels professionals és el quart objectiu que complementa el Triple Aim de Berwick.

Amb la tesi hem pogut aportar l'anàlisi de la qualitat de vida dels professionals de les EBA mitjançant el QVP-35.

Els resultats a les EBA han estat superiors dels obtinguts de la bibliografia, la qual cosa va a favor de la hipòtesi que els professionals motivats i implicats (satisfets) obtenen més bon resultats assistencials i de gestió.

Descriure la satisfacció dels usuaris dels diferents EAP i comparar-la segons el model de gestió.

La nostra tesi ha permès estudiar el grau de satisfacció dels usuaris dels diferents EAP catalans i s'han pogut constatar diferències entre els models que s'han mantingut estables al llarg del temps d'estudi.

La satisfacció dels usuaris atesos al model EBA és superior a la de la resta de models de gestió.

Aquest és un indicador molt rellevant del sistema, per la qual cosa és previsible que pugui evolucionar en el futur cap a indicadors que s'aproximin millor a l'experiència del pacient amb la seva interacció amb l'APS, en la línia dels indicadors tipus *patient-reported experience measure* (PREM).

Aquest recull de conclusions es pot considerar una contribució prou significativa al coneixement de l'avaluació dels models de gestió de l'APS catalana i, dins d'aquesta, de l'aportació de les EBA a la mateixa.

7.2. Aportacions rellevants

Tot i les limitacions metodològiques ja esmentades, aquesta tesi pot significar una contribució interessant als camps del coneixement del model EBA i de l'avaluació dels models de gestió de l'APS.

Aquesta tesi inclou una descripció del model EBA, de les característiques i la història fins ara no publicades.

Pel que fa a l'avaluació dels models de gestió, aquesta tesi fa aportacions rellevants respecte dels estudis disponibles fins a l'actualitat, en la mesura que aquesta avaluació es pot fer de manera objectiva i sistemàtica.

Aquesta avaluació aporta informació rellevant per al conjunt del sistema sanitari i constata la importància de l'APS per al bon funcionament del sistema sanitari català.

Considerem especialment rellevant l'aportació que, mitjançant l'anàlisi multivariant, situa el model de gestió com una variable principal explicativa de les diferències entre els indicadors per sobre d'altres variables no principals.

El model EBA aporta valor al sistema que es pot verificar amb aquesta tesi. En cap cas sembla pitjor que els altres models de gestió.

L'estudi de l'avaluació del contracte de CatSalut és una aportació original que fins al moment de la redacció d'aquesta tesi no s'havia abordat. Seria previsible que el contracte de CatSalut vagi canviant per tal de definir millor el producte de l'APS i el que espera l'asseguradora de les seves entitats proveïdores.

L'anàlisi de la satisfacció dels diferents EAP segons PLAENSA[®] ha resultat d'interès i ha permès constatar que es tracta d'un indicador d'avaluació molt rellevant i que s'ha comportat alineat amb la resta d'indicadors assistencials i de gestió.

Una aportació original de la nostra tesi és l'estudi de la qualitat de vida dels professionals mesurada amb l'instrument del QVP-35. Cap aportació rellevant es podrà fer sense el concurs dels professionals. Els professionals, com sovint recorden els responsables polítics, són l'actiu principal del sistema. Serà imprescindible fer aproximacions per tal de conèixer-ne el grau de satisfacció, la motivació i la implicació.

L'enfocament de la tesi treballant el Quadruple Aim s'ha demostrat factible i poderós. La nostra tesi avala el Quadruple Aim, atès que hem pogut constatar que uns bons resultats en la qualitat de vida dels professionals de les EBA impliquen bons resultats assistencials i de gestió i de satisfacció dels usuaris. De fet, la tesi planteja un estudi específic d'aquesta correlació entre la qualitat de vida dels professionals i la satisfacció dels usuaris.

Amb les limitacions de treballar amb un nombre molt petit d'EBA, hem fet un estudi de les diferències entre les EBA rurals i urbanes, i les entitats rurals surten més ben parades en l'avaluació plantejada.

Vist tot això, incorporar objectivitat, mètode i rigor en l'avaluació dels sistemes de provisió dels serveis de salut (i prendre decisions a partir d'aquesta evidència) és una obligació ètica per part dels decisors.

7.3. Línies futures de recerca

La revisió dels estudis referents publicats, la informació que aporta la pròpia tesi i l'experiència professional assistencial i de gestió del doctorand porten a analitzar, en primer lloc, iniciatives actuals que cal millorar i, en segon lloc, línies de recerca noves que caldrà desenvolupar.

Entre les iniciatives actuals existents, però que cal millorar, caldria fer algunes reflexions en relació amb els indicadors emprats en aquesta tesi. Sens dubte, aquest haurà de ser un camp de millora en el futur. Caldrà avançar per disposar d'indicadors molt significatius, robustos i que

mesurin el valor salut (*outcomes*) per sobre dels indicadors de procés. Un aspecte rellevant és que és mantinguin al llarg del temps, perquè permeti seguir-ne l'evolució.

La cultura de l'avaluació, la transparència, la rendició de comptes i el *benchmarking* anirà a més i, per això, caldrà fer millores al portal de la CdR, perquè sigui més amigable, més fàcil d'interactuar i perquè es puguin fer aportacions de valor als diferents EAP. La CdR hauria de tenir més influència en la contractació dels serveis i superar les velles dinàmiques basades en l'històric.

Quan s'analitzen els indicadors del contracte del CatSalut, els que tenen relació amb la mesura del valor no arriben a un terç. Aquest és l'instrument més potent de què disposa l'autoritat sanitària per incentivar la qualitat i les bones pràctiques i, per això, seria desitjable que incorporés indicadors que valoressin millor el producte esperat pels EAP, com apunten els experts de contractació de valor en salut. Per la implicació econòmica, és imprescindible que aquest indicador sigui transparent per a tot el sistema.

Entre les iniciatives que poden ser línies de recerca noves caldria esmentar, en primer lloc, l'avaluació de la satisfacció dels pacients que continuarà essent molt rellevant. Caldrà avançar amb aproximacions a l'experiència dels pacients en la línia d'indicadors del tipus *patient-reported outcome measure* (PROM) i *patient-reported experience measure* (PREM).

Si els professionals són el millor actiu del sistema, no es pot entendre que els responsables polítics no facilitin instruments per monitoritzar la qualitat de vida dels professionals, el grau d'esgotament professional, la motivació intrínseca i l'extrínseca, la implicació, etc. L'Administració hauria de comptar amb la complicitat de les entitats proveïdores per introduir aquesta mesura, que considerem del tot imprescindible, i més en els temps postcovid.

La sostenibilitat i viabilitat del sistema farà que s'hagin de plantejar estudis metodològicament rigorosos que aportin coneixement amb avaluació econòmica dels diferents models de gestió.

Els aspectes de seguretat clínica no han pogut ser abordats en aquesta tesi per manca d'indicadors adequats i de casos suficients que permetin la seva comparació, aquest és, sens dubte, un camp que caldria potenciar en el futur, ja que la seguretat clínica es pot considerar part de la qualitat i se sap que el clima laboral i la cultura de l'organització influeixen en els resultats de seguretat del pacient. Aquesta dimensió hauria estat molt interessant si s'hagués pogut estudiar i així analitzar si hi ha diferències entre els diferents models de gestió de l'APS catalana.

Una aproximació complementària podria ser estudiar el grau d'implementació de les característiques de l'EAP com a estàndard de referència de la SCGS segons els diferents models de gestió i veure la correlació amb els resultats d'aquesta tesi.

A la tesi s'apunten algunes possibles explicacions de les peculiaritats de la sanitat osonenca que han permès ser font d'innovació i que podrien merèixer més investigació.

Seria desitjable que, arran dels resultats d'aquesta tesi, es pogués plantejar avançar en l'extensió dels models de gestió que aportin millors resultats. Es podria plantejar que les fórmules d'autogestió professional es poguessin estendre a altres nivells assistencials del nostre sistema sanitari.

La qualitat del sistema sanitari depèn, en gran mesura, de la qualitat de l'APS. Ens esperen temps difícils, en què els canvis demogràfics poblacionals i professionals, la transició epidemiològica, la complexitat social i la insuficiència pressupostària condicionaran i tesaran la capacitat de donar resposta adequada a la ciutadania. En aquest context, sembla que hi ha prou consens quant a potenciar i empoderar l'atenció primària, avançar en l'avaluació dels models de gestió de l'atenció i donar resposta a les demandes dels professionals de més autonomia de gestió; aquestes vies d'avenç són imprescindibles. El model EBA nascut al nínxol d'innovació d'Osona ha mostrat uns resultats excel·lents i una gran capacitat d'adaptació, aquestes característiques s'haurien de tenir en compte si es vol donar una resposta adequada als reptes de futur de l'atenció primària de salut catalana.

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

8. LLISTAT DE SIGLES, ACRÒNIMS I ABREVIATURES

8. Llistat de sigles, acrònims i abreviatures

Al llarg d'aquesta tesi s'ha emprat una sèrie d'abreviatures d'ús habitual en l'àmbit de l'atenció primària de salut i la gestió sanitària, que es recullen a continuació per tal de facilitar-ne la comprensió:

ABS: àrea bàsica de salut

ACEBA: Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa

ACUT: atenció continuada i de les urgències de base territorial

AESCAT: Associació Economia Social Catalunya

ANOVA: anàlisi de la variància

APS: atenció primària de salut

CAMFiC: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

CASAP: Consorci Castelldefels Agents de Salut

CAP: centre d'atenció primària

CatSalut: Servei Català de de la Salut

CdR: Central de Resultats de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

CEIC: Comitè Ètic d'Investigació Clínica

CHV: Consorci Hospitalari de Vic

CIRIEC: Centro Internacional de Investigación e Información sobre la Economía Pública, Social y Cooperativa

COMB: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

DAP: Direcció d'Atenció Primària

DE: desviació estàndard

DMA:	despesa màxima autoritzada
DS:	diferència significativa
EBA:	entitat de base associativa
EAP:	equip d'atenció primària
ECAP:	estació clínica d'atenció primària
ESS:	economia social i solidària
FAD:	Fundació Avedis Donabedian
FSE:	Fundació Salut Empordà
HSJD:	Hospital Sant Joan de Deu
ICS:	Institut Català de la Salut
IES:	Institut d'Estudis de la Salut
IQF:	índex de qualitat de la prescripció farmacèutica
IT:	incapacitat transitòria (baixa laboral)
LOSC:	lleï ordenació sanitària de Catalunya
MFIC:	medicina familiar i comunitària
OARCC:	Òrgan Administratiu de Recursos Contractuals de Catalunya
OSI:	organitzacions sanitàries integrades
PADES:	Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport
PLAENSA®:	Pla d'enquestes de satisfacció
PREM:	<i>patient-reported experience measure</i>
PROM:	<i>patient-reported outcome measure</i>
RAP:	<i>reforma d'atenció primària</i>
QVP-35:	enquesta de qualitat de vida dels professionals
SCGS:	Societat Catalana de Gestió Sanitària
SISCAT:	sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
SISO:	sistema integrat de salut d'Osona
SLP:	societat limitada professional
SNS:	sistema nacional de salut
UBA:	unitat bàsica assistencial
UCH:	Unió Catalana d'Hospitals
VAG:	vacuna antigripal
XHUP:	xarxa hospitalària d'utilització pública

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

9. BIBLIOGRAFIA

9. Bibliografia

Les referències bibliogràfiques han estat treballades amb el gestor Mendeley seguint l'estil Vancouver. Es mostren agrupades tant les publicacions científiques en revistes indexades, com les de caràcter no científic (premsa local, premsa especialitzada mèdica, referències institucionals o jurídiques, etc.). Aquestes cites s'han referit seguint les recomanacions de l'APA (<https://www.uvic.cat/biblioteca/guia-elaborar-citacions-bibliografiques/guia-per-elaborar-citacions-bibliografiques-en-format-apa>).

1. Departament de Salut. Història del model. [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 1]. Available from: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala/historia_del_model/
2. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya. D Of la General Catalunya. 1985;
3. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en el Reino Unido. Med Fam Semer [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2022 Jul 12];42(2):110–3. Available from: URL_WE/es-revista-medicina-familia-semer-gen-40-articulo-la-atencion-primaria-el-reino-S113835931500297X
4. 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/eli/es-ct/l/1990/07/09/15>
5. Lafarga JL. La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya vint-i-cinc anys després. Una lectura crítica i compromesa del model sanitari català. Ann Med [Internet]. 2016;99:12–9. Available from: <https://www.academia.cat/files/499-356-FITXER/debat1.pdf>
6. Estudi en fer un segon ambulatori, privat, al barri del Remei de Vic [Internet]. El 9 nou. 1994 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1994/199403/19940304/19940304003.pdf>
7. Entrevista a Francesc Moreu, gerent de la Regió Centre del Servei Català de la Salut [Internet]. El 9 nou. 1994 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1994/199403/19940330/19940330011.pdf>
8. 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>

9. Crítiques d'alguns metges de Vica la divisió de l'atenció primària [Internet]. El 9 nou. 1995 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1995/199502/19950203/19950203003.pdf>
10. Els veïns de Vic sud exigeixen que se'ls informi del futur "ambulatori" [Internet]. El 9 nou. 1995 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1995/199503/19950310/19950310007.pdf>
11. El PSC porta al Parlament els seus interrogants sobre la gestió privada del nou CAP de Vic Sud. El 9 nou. 1996 Jun 7;
12. El Col·legi de Metges finança el local pel segon "ambulatori" de Vic [Internet]. El 9 nou. 1995 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1995/199509/19950929/19950929005.pdf>
13. Entrevista a Maria Dolors March, directora d'Atenció Primària d'Osona i del CAP de Vic [Internet]. El 9 nou. 1995 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1995/199510/19951020/19951020009.pdf>
14. CatSalut. document sobre la provisió vic sud. 1996;
15. L'equip de Ledesma, únic aspirant, gestionarà la nova ABS de Vic sud [Internet]. El 9 nou. 1996 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1996/199609/19960909/19960909009.pdf>
16. A partir de l'1 d'octubre es podrà escollir àrea bàsica de salut a Vic [Internet]. El 9 nou. 1996 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1996/199609/19960913/19960913003.pdf>
17. Hem aconseguit que la gent demani hora per telèfon [Internet]. El 9 nou. 1996 [cited 2021 Feb 6]. Available from: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/Supplements/1996/199612/19961220/0sup_19961220031.pdf
18. El CAP "privat" de Vic marca 'unabans i un després' per a la sanitat [Internet]. El 9 nou. 1997 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1997/199702/19970228/19970228011.pdf>
19. El doctor Estrada deixa el CAP Vic Nord i "fitxa" pel del Remei [Internet]. El 9 nou. 1997 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1997/199710/19971010/19971010015.pdf>
20. El nou CAP El Remei de Vic ha atès 78.000 visites el primer any [Internet]. El 9 nou. 1997 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1997/199710/19971013/19971013003.pdf>
21. 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://portal.dogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/2539/97310.pdf>
22. Els pacients del CAP El Remei de Vic van menys a l'especialista [Internet]. El 9 nou. 1998 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1998/199810/19981016/19981016007.pdf>
23. El CAP "privat" estalvia 250 milions en urgències i ingressos hospitalaris [Internet]. El 9 nou. 1999 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1999/199910/19991001/19991001020.pdf>
24. Arthur Andersen. Anàlisi de situació. Situació de l'ABS Vic 2. Anàlisi d'activitat. Satisfacció dels usuaris. Satisfacció dels professionals. 2000.
25. El Col·legi de Metges ven el CAP del Remei com a model a exportar [Internet]. El 9 nou. 1999 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/1999/199912/19991217/19991217014.pdf>
26. Centelles podria acollir una àrea bàsica de salut de gestió privada [Internet]. El 9 nou. 2000 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2000/200002/20000218/20000218005.pdf>

27. La Generalitat confirma una ABSde gestió privada per a Centelles [Internet]. El 9 nou. 2000 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2000/200004/20000403/20000403007.pdf>
28. Es retarda fins a finals d'any l'obertura delnou CAP de Centelles [Internet]. El 9 nou. 2000 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2000/200007/20000714/20000714016.pdf>
29. dogc. Licitació concursos Sardenya, Centelles i l'Escala [Internet]. dogc. 2000. p. 14522–3. Available from: <http://www.gencat.es/diari>
30. Decret 378/2000 de 21 de novembre, pel qual es configura el sistema integral d'utilització pública (SISCAT). dogc. 2000;
31. L'equip liderat per Ramon Vilatimógestionarà l'ABS de Centelles [Internet]. El 9 nou. 2000 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2000/200012/20001207/20001207014.pdf>
32. Entra en servei la nova ABS de Centelles, de gestió privada [Internet]. El 9 nou. 2001 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2001/200102/20010209/20010209016.pdf>
33. Dissabte s'inaugura el nou CAP de gestióprivada de Centelles [Internet]. El 9 nou. 2001 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2001/200106/20010615/20010615016.pdf>
34. Departament de Salut. El Govern acorda autoritzar el Servei Català de la Salut per realitzar despeses amb un abast pluriennal per un import total de 1.641.902.448 pessetes (9.868.032,45 euros) per al projecte d'informatització de l'atenció primària de l'Institut Català de la Salut. [Internet]. 2001 [cited 2021 Aug 1]. Available from: <https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/69635/govern-acorda-autoritzar-servei-catala-salut-realitzar-despeses-abast-pluriennal-import-total-1641902448-pessetes-986803245-euros-al-projecte-dinformatitzacio-latencio-primaria-linstitut-catala-salut>
35. Neix ACEBA una associació queagrupa els CAP “privats” [Internet]. El 9 nou. 2002 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2002/200208/20020802/20020802014.pdf>
36. Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'aproximació a la situació de l'atenció primària de salut a Catalunya». Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, 24 d'octubre de 2002. 2002.
37. Simón M. Un informe del Síndic valora els avantatges del model de gestió associatiu El Síndic aplaudeix el model de gestió del CAP del Remei de Vic. El 9 nou. 2002.
38. Institut d'Estudis de la Salut. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. 2006.
39. Deu anys d'un model de gestió [Internet]. El 9 nou. 2006 [cited 2021 Feb 4]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2006/200610/20061006/20061006002.pdf>
40. Marina Geli participarà en els actes del desè aniversari [Internet]. El 9 nou. 2006 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2006/200610/20061006/20061006003.pdf>
41. Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales. [Internet]. BOE. 2007. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-5584-consolidado.pdf>
42. Ledesma:”No interesa implicarse más en el ejercicio” [Internet]. Diario Médico. 2007 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/ledesmano-interesa-implicarse-mas-en-el-ejercicio.html>
43. Llei 8/2007 de l'ICS. Portal Jurídic de Catalunya [Internet]. Portal jurídic de Catalunya. 2007 [cited 2021 Aug 2]. Available from: <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=445808>

44. Francesc José María: “A pesar de las apariencias, 2007 no ha sido el ‘annus horribilis’ del ICS” [Internet]. Diario Medico. 2008 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/francesc-jose-maria-pesar-de-las-apariencias-2007-no-ha-sido-el-annus-horribilis-del-ics.html>
45. Cataluña. Diez equipos asumen la autonomía de gestión [Internet]. Diario Medico. 2008 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/cataluna-diez-equipos-asumen-la-autonomia-de-gestion.html>
46. Autogestión: ¿dónde se pone el listón? [Internet]. Diario Medico. 2008 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/autogestion-donde-se-pone-el-liston.html>
47. Albert Ledesma deja la dirección de Aceba porque la autogestión no avanza [Internet]. Diario Medico. 2008 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/albert-ledesma-deja-la-direccion-de-aceba-porque-la-autogestion-no-avanza.html>
48. Joaquim Pellejà és el nou director dels Serveis Territorials de Salut a Tarragona [Internet]. CCMA. 2008 [cited 2021 Jan 23]. Available from: <https://www.ccma.cat/324/joaquim-pelleja-es-el-nou-director-dels-serveis-territorials-de-salut-a-tarragona/noticia/334869/>
49. Geli presenta en societat el nou gerent de la Regió Sanitària de la Catalunya Central, Antoni Iruela | ACN / Maria Alba Riu | Punt divers | El Punt Avui [Internet]. El Punt Avui. 2009 [cited 2021 Jan 23]. Available from: <http://www.elpuntavui.cat/punt-divers/article/4-divers/257954--geli-presenta-en-societat-el-nou-gerent-de-la-regio-sanitaria-de-la-catalunya-central-antoni-iruela-.html>
50. Pla d’innovació d’atenció primària i salut comunitària. Elements estratègics i operatius. 2010.
51. El plan de innovación de AP “recupera” la autogestión [Internet]. Diario Medico. 2009 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/el-plan-de-innovacion-de-ap-recupera-la-autogestion.html>
52. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l’atenció primària i de la diversificació de serveis. Barcelona, FAD. 2002.
53. El CatSalut dejará “entre 2 y 4” centros de primaria en manos de EBA en 2012 [Internet]. Diario Medico. 2011 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/el-catsalut-dejara-entre-2-y-4-centros-de-primaria-en-manos-de-eba-en-2012.html>
54. El CatSalut reactiva la fórmula de la autogestión en primaria [Internet]. Diario Medico. 2009 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/el-catsalut-reactiva-la-formula-de-la-autogestion-en-primaria.html>
55. Diario Medico. Geli recibe 11 propuestas de autogestión de 150 médicos [Internet]. Diario Medico. 2009 [cited 2021 Aug 2]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/geli-recibe-11-propuestas-de-autogestion-de-150-medicos.html>
56. La buena AP no depende de la gestión [Internet]. Diario Medico. 2009 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/la-buena-ap-no-depende-de-la-gestion.html>
57. Cuatro pediatras crean una cooperativa para autogestión de atención integral [Internet]. Diario Medico. 2010 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/cuatro-pediatras-crean-una-cooperativa-para-autogestion-de-atencion-integral.html>
58. Premsa i Comunicació Departament Salut Lleida. Experiències innovadores en l’àmbit de la gestió sanitària lleidatana reben el certificat de qualitat de l’AQuAS | Gestió de Serveis Sanitaris. Hospital Santa Maria [Internet]. 2013 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.gss.cat/node/22138>
59. Detectan riesgos en la autonomía de gestión [Internet]. Diario Medico. 2009 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/detectan-riesgos-en-la-autonomia-de-gestion.html>
60. Casap, el cuarto modelo de gestión de primaria [Internet]. Diario Medico. 2009 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/casap-el-cuarto-modelo-de-gestion-de-primaria.html>

61. Primer informe Central de Resultats. 2010;
62. Legislatius T. Llei 21/2010, del 7 de juliol, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut. 2010;
63. Las EBA obtienen los mejores resultados en el área de Barcelona ciudad [Internet]. Diario Medico. 2010 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/las-eba-obtienen-los-mejores-resultados-en-el-area-de-barcelona-ciudad.html>
64. La adjudicación de la nueva ABS de Igualada al hospital local está en los juzgados [Internet]. Diario Medico. 2011 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/inmunologia/formacion/la-adjudicacion-de-la-nueva-abs-de-igualada-al-hospital-local-esta-en-los-juzgados.html>
65. 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>
66. 200 médicos y enfermeras continúan optando a la autogestión [Internet]. Diario Medico. 2011 [cited 2021 Aug 3]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/200-medicos-y-enfermeras-continuan-optando-la-autogestion.html>
67. Los médicos del ICS podrán avanzar de la autonomía de gestión a la autogestión [Internet]. Diario Medico. 2011 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/los-medicos-del-ics-podran-avanzar-de-la-autonomia-de-gestion-la-autogestion.html>
68. La solución a los problemas de AP vendrá de la mano de la autogestión [Internet]. Diario Medico. 2011 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/la-solucion-los-problemas-de-ap-vendra-de-la-mano-de-la-autogestion.html>
69. “El CatSalut podría ceder la gestión de dos centros a EBA” [Internet]. Diario Medico. 2012 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/el-catsalut-podria-ceder-la-gestion-de-dos-centros-eba.html>
70. Anulada una adjudicación por incumplir la igualdad de trato [Internet]. Diario Medico. 2012 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/inmunologia/formacion/anulada-una-adjudicacion-por-incumplir-la-igualdad-de-trato.html>
71. En juego un modelo anclado en 1990 [Internet]. Diario Medico. 2012 [cited 2021 Aug 3]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/en-juego-un-modelo-anclado-en-1990.html>
72. CatSalut adjudica a Eulen la gestión de una área básica de salud [Internet]. Diario Medico. 2012 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/catsalut-adjudica-eulen-la-gestion-de-una-area-basica-de-salud.html>
73. Cataluña publicará los resultados de toda su AP [Internet]. Diario Medico. 2012 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/cataluna-publicara-los-resultados-de-toda-su-ap.html>
74. Doce de los 14 mejores equipos de AP catalanes son del ICS [Internet]. Diario Medico. 2012 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/doce-de-los-14-mejores-equipos-de-ap-catalanes-son-del-ics.html>
75. 139 millones de ahorro copiando a la mejor AP en Cataluña [Internet]. Diario Medico. 2012 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/139-millones-de-ahorro-copiando-la-mejor-ap-en-cataluna.html>
76. CAREC. CATALUNYA: VISIÓ I OBJECTIUS ECONÒMICS DE FUTUR. 2012;
77. Cataluña responderá con un recurso contra el RD [Internet]. Diario Medico. 2012 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/cataluna-respondera-con-un-recurso-contra-el-rd.html>
78. La gestión privada causa disensión en la Generalitat [Internet]. Diario Medico. 2013 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/la-gestion-privada-causa-disension-en-la-generalitat.html>

79. Moció 2/X i 3/X del Parlament de Catalunya, sobre la Fundació Salut Empordà i sobre les reformes de l'Institut Català de la Salut i l'Hospital Clínic de Barcelona. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya. 2013.
80. La autogestión, una buena experiencia en Cataluña [Internet]. Diario Medico. 2013 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/opinion/la-autogestion-una-buena-experiencia-en-cataluna.html>
81. Primera adjudicación a una EBA tras diez años [Internet]. Diario Medico. 2013 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/primera-adjudicacion-una-eba-tras-diez-anos.html>
82. Iruela A. A favor de la autogestión en AP [Internet]. Diario Medico. 2013 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/favor-de-la-autogestion-en-ap.html>
83. Iruela A. Ja som 13 ! [Internet]. blog rba salut i gestió. 2013 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <http://rbasalutigestio.blogspot.com/2013/04/ja-som-13.html>
84. Iruela A. rba salut i gestió: Les EBA i els partits polítics [Internet]. blog rba salut i gestió. 2013 [cited 2021 Jan 23]. Available from: <https://rbasalutigestio.blogspot.com/2013/05/les-eba-i-els-partits-politics.html>
85. Siete S.L. profesionales van a optar a 4 centros en Madrid [Internet]. Diario Medico. 2013 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/siete-sl-profesionales-van-optar-4-centros-en-madrid.html>
86. Un grupo de veinte médicos madrileños se interesan por la experiencia catalana [Internet]. Diario Medico. 2013 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/un-grupo-de-veinte-medicos-madrilenos-se-interesan-por-la-experiencia-catalana.html>
87. Las EBA catalanas abaratan costes un 30% [Internet]. Diario Medico. 2013 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/las-eba-catalanas-abaratan-costes-un-30.html>
88. Una fórmula con luces y sombras [Internet]. Diario Medico. 2013 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/una-formula-con-luces-y-sombras.html>
89. Ledesma Castelltort A, Iruela López A. Las entidades de base asociativa (EBA): una alternativa a la gestión pública en la provisión de servicios de salud [Internet]. 2013. Available from: <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article402>
90. Cinco EBA entre la mejor primaria de Barcelona [Internet]. Diario Medico. 2014 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/cinco-eba-entre-la-mejor-primaria-de-barcelona.html>
91. 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.
92. Riesgo I. Enseñanzas del fracaso de la privatización sanitaria en Madrid. El País [Internet]. 2014 Mar 10 [cited 2021 Jan 16]; Available from: https://elpais.com/sociedad/2014/03/10/actualidad/1394457227_701861.html
93. La autogestión catalana, la experiencia más innovadora en treinta años [Internet]. Diario Medico. 2014 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/la-autogestion-catalana-la-experiencia-mas-innovadora-en-treinta-anos.html>
94. Sellarès J. Reflexiones desde la profesión sobre la autogestión de AP [Internet]. Diario Medico. 2014 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/reflexiones-desde-la-profesion-sobre-la-autogestion-de-ap.html>
95. Expertos defienden las bondades de implicarse en la gestión clínica [Internet]. Diario Medico. 2014 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/expertos-defienden-las-bondades-de-implicarse-en-la-gestion-clinica.html>
96. Las EBA ahorran 130 euros de media por paciente y año [Internet]. Diario Medico. 2014 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/las-eba-ahorran-130-euros-de-media-por-paciente-y-ano.html>

97. Lafarga J. ¿Adjudicar sólo al mejor postor? [Internet]. Diario Medico. 2014 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/adjudicar-solo-al-mejor-postor.html>
98. DOGC. Anunci licitacions concursos Alt camp Oest, Vic Sud, Poble Sec i l'Escala [Internet]. dogc. 2014 [cited 2021 Aug 4]. Available from: https://dogc.gencat.cat/ca/sumari-del-dogc/?anexos=1&-selectedYear=2014&selectedMonth=10&numDOGC=6726&language=ca_ES
99. CatSalut. Licitació concurs ABS Alt Camp Oest [Internet]. 2014 Oct. Available from: <http://www.gencat.cat/dogc>
100. Catsalut. Licitació concurs ABS Poble Sec 3A [Internet]. 2014 Oct. Available from: <http://www.gencat.cat/dogc>
101. CatSalut. Licitació concurs ABS Vic Sud [Internet]. 2014 Oct. Available from: <http://www.gencat.cat/dogc>
102. CatSalut. Licitació concurs ABS L'Escala [Internet]. 2014 Oct. Available from: <http://www.gencat.cat/dogc>
103. Lafarga J. Recurs alçada concurs ABS Al Camp Oest (EBA Alcover). 2014;
104. Moció 159/X del Parlament de Catalunya, sobre l'atenció primària de salut. 2014;
105. Iruela A. La Moció del Parlament sobre l'APS: l'oportunitat ? [Internet]. blog toni iruela. 2014 [cited 2021 Jan 24]. Available from: <http://toniiruela.blogspot.com/2014/11/>
106. Departament de Salut. Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) | DEPARTAMENT DE SALUT | Legislació | Cercador d'Informació i Documentació Oficials (CIDO) - Diputació de Barcelona [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 6]. Available from: <http://cido.diba.cat/legislacio/1399178/decret-1962010-de-14-de-desembre-del-sistema-sanitari-integral-dutilitzacio-publica-de-catalunya-siscat>
107. Una EBA puede perder el centro que gestiona [Internet]. Diario Medico. 2014 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/una-eba-puede-perder-el-centro-que-gestiona.html>
108. El mateix equip al CAP del Remei [Internet]. El 9 nou. 2014 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2014/201411/20141128/20141128025.pdf>
109. L'equip de professionals que gestiona el CAP del Remei ho continuarà fent 10 anys més [Internet]. El 9 nou. 2014 [cited 2021 Feb 4]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2014/201411/20141128/20141128009.pdf>
110. El futuro de la autogestión en la AP catalana está en entredicho [Internet]. Diario Médico. 2014 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/el-futuro-de-la-autogestion-en-la-ap-catalana-esta-en-entredicho.html>
111. El CatSalut mantiene sus concursos de gestión de AP [Internet]. Diario Médico. 2014 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/el-catsalut-mantiene-sus-concursos-de-gestion-de-ap.html>
112. Marina Geli deixa el PSC, però de moment mantindrà l'escó fins a finals d'any [Internet]. El Punt avui. 2014 [cited 2021 Aug 6]. Available from: <http://www.elpuntavui.cat/article/799415-marina-geli-deixa-el-psc-pero-de-moment-mantindra-lesco-fins-a-finals-dany.html>
113. Cataluña pide adaptar la ley de contratos a Sanidad [Internet]. Diario Médico. 2015 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/cataluna-pide-adaptar-la-ley-de-contratos-sanidad.html>
114. Lafarga J. Informe sobre les EBA i l'economia social. 2015.
115. Perfils de contractant | Plataforma electrònica de contractació pública/Resolució anul·lació ABS Alt Camp Oest [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 10]. Available from: https://contractaciopublica.gencat.cat/ecofin_pscp/AppJava/anouncementDetails.pscp?reqCode=view&cn=9467949&type=cn&anouncementId=10437699
116. El CatSalut decide incorporar el criterio de la experiencia a los concursos de gestión de AP [Internet]. Diario Medico. 2015 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/>

- medicina/profesion/el-catsalut-decide-incorporar-el-criterio-de-la-experiencia-los-concursos-de-gestion-de-ap.html
117. Lafarga J. Informe sobre la viabilitat de la integració directa dels serveis d'APS i dels restants serveis sanitaris i sociosanitaris d'àmbit comunitari en la Xarxa de Centres i Serveis Sanitaris d'Àmbit Comunitari d'Utilització Pública de Catalunya sense l'exigència de licitar aquests serveis mitjançant procediments de concurrència pública o la reserva de la prestació d'aquests serveis per entitats que compleixin determinats requisits, en compliment de la Moció 159/X del Parlament de Catalunya. 2015.
 118. Moció 190/X del Parlament de Catalunya, sobre la situació de la sanitat. 2015;
 119. Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya, sobre el sistema públic de salut. 2015;
 120. Acord de Govern de 23.06.2015 grup treball contractació i pròrroga contractes. 2015.
 121. Iruela A. Más nueces que ruido en la sanidad catalana [Internet]. Diario Medico. 2015 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/mas-nueces-que-ruido-en-la-sanidad-catalana.html>
 122. Gimeno Feliu JM. Bases para la regulación de la gestión sanitaria en Cataluña. Propuestas para la transposición de la directiva 2014/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública. Grupo de expertos. 2015.
 123. Trias: "Es raro que no haya 'bofetadas' por más EBA" [Internet]. Diario Medico. 2015 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/trias-es-raro-que-no-haya-bofetadas-por-mas-eba.html>
 124. Las EBA cargan con una deuda del CatSalut de casi 20 millones [Internet]. Diario Medico. 2015 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/las-eba-cargan-con-una-deuda-del-catsalut-de-casi-20-millones.html>
 125. Cataluña: la revisión de la LOSC gana adeptos [Internet]. Diario Medico. 2016 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/cataluna-la-revision-de-la-losc-gana-adeptos.html>
 126. UCH. 25 ANYS DE LA LOSC: NOUS REPTES ASSISTENCIALS I DE SOSTENIBILITAT DEL SISTEMA [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 14]. Available from: www.uch.cat
 127. ACEBA. DECÀLEG DE LES EBA [Internet]. 2016. Available from: <http://www.aceba.cat/ca/files/doc444/decaleg-de-les-eba-aceba-juny2016.pdf>
 128. 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>
 129. Lafarga J. INFORME SOBRE L'EVENTUAL TRANSFORMACIÓ DE LES ENTITATS DE BASE ASSOCIATIVA CONSTITUIDES EN FORMA DE SOCIETAT PROFESSIONAL DE RESPONSABILITAT LIMITADA O EN FORMA DE SOCIETAT DE RESPONSABILITAT LIMITADA EN SOCIETATS COOPERATIVES. 2016.
 130. "Sólo la autogestión permitirá mejorar el sistema sanitario" [Internet]. Diario Medico. 2016 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/solo-la-autogestion-permitira-mejorar-el-sistema-sanitario.html>
 131. Lafarga J. ESTRATÈGIA PER A LA GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS D'UTILITZACIÓ PÚBLICA A CATALUNYA. 2016;
 132. Acord de Govern de 10.05.2016 grup treball contractació. 2016.
 133. ACEBA. Les entitats socials i sanitàries urgeixen el Govern a transposar les directives europees de concertació per protegir la qualitat dels serveis públics que gestionen [Internet]. web aceba. 2016 [cited 2021 Aug 7]. Available from: <https://www.aceba.cat/ca/pl199/actualitat-i-publicacions/noticies/id109/les-entitats-socials-i-sanitaries-urgeixen-el-govern-a-transposar-les-directives-europees-de-concertacio-per-protegir-la-qualitat-dels-serveis-publics-que-gestionen.htm>
 134. Comín aposta per mantenir l'actual sistema sanitari [Internet]. El Punt Avui. 2016 [cited 2021 Aug 7]. Available from: <http://www.elpuntavui.cat/societat/article/974587-comin-aposta-per-mantenir-lactual-sistema-sanitari.html?ItemId=2784&vermobil=0>

135. Guell O. Metges públics guanyen 1,5 milions en vendre adjudicacions sanitàries | Catalunya | EL PAÍS Catalunya [Internet]. El País. 2016 [cited 2021 Jul 31]. Available from: https://cat.elpais.com/cat/2016/05/15/catalunya/1463345760_421932.html
136. Aranalde J. Que los árboles no impidan ver el bosque [Internet]. Diario Medico. 2016 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/opinion/que-los-arboles-no-impidan-ver-el-bosque.html>
137. De Alfonso a Fernández Díaz: “Les hemos destrozado el sistema sanitario” [Internet]. La Vanguardia. 2016 [cited 2021 Aug 8]. Available from: <https://www.lavanguardia.com/politica/20160622/402690747904/fernandez-diaz-grabaciones-sistema-sanitario-de-alfonso.html>
138. “Tenim l’aval de 20 anys d’èxit i ens posen pals a les rodes.” El 9 nou. 2016.
139. El CAP del Remei de Viccelebra 20 anys en ple debatsobre la privatització sanitària [Internet]. El 9 nou. 2016 [cited 2021 Feb 4]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2016/201609/20160930/20160930002.pdf>
140. Tras 20 años de la primera EBA, el modelo afronta un futuro incierto [Internet]. Diario Medico. 2016 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/tras-20-anos-de-la-primera-eba-el-modelo-afronta-un-futuro-incierto.html>
141. rba salut i gestió: Vint anys de la primera EBA [Internet]. blog rba salut i gestió. 2016 [cited 2021 Jan 23]. Available from: <https://rbasalutigestio.blogspot.com/2016/10/vint-anys-de-la-primera-eba.html>
142. Geli M. El CAP del Remei, la meva visió [Internet]. El 9 nou. 2016 [cited 2021 Feb 4]. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/el9nou/hemeroteca/pages/El+9+Nou/2016/201610/20161007/20161007030.pdf>
143. Consell de Col·legis de Metges. Catalunya. DECLARACIÓ DE GIRONA. 2016 Nov 10;
144. Lafarga J. NOTA SOBRE L’ACREDITACIÓ DE LES ENTITATS DE BASE ASSOCIATIVA (EBA’s) I LES FORMES JURÍDIQUES ALTERNATIVES PER BASTIR AQUESTES ENTITATS. 2016;
145. Monzón Campos JL. Las entidades de base asociativa (EBAS) y la economía social. 2016.
146. AVANTPROJECTE DE LLEI DE FORMULES DE GESTIÓ DE L’ASSISTÈNCIA SANITÀRIA AMB CÀRREC A FONTS PÚBLICS, A TRAVÉS DEL SERVEI CATALA DE LA SALUT. 2017.
147. Lafarga J, Iruela A. PROPOSTA D’ESMENES RELLEVANTS A L’AVANTPROJECTE DE LLEI DE FÓRMULES DE GESTIÓ DE L’ASSISTÈNCIA SANITÀRIA AMB CÀRREC A FONTS PÚBLICS, A TRAVÉS DEL CATSALUT. 2017.
148. Cataluña limitará la contratación pública a entes privados [Internet]. Diario Medico. 2017 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/cataluna-limitara-la-contratacion-publica-entes-privados.html>
149. Generalitat de Catalunya. Acord Govern memoria preliminar LCSAP. 2017 Feb;
150. ACEBA. Al·legacions al Projecte de Llei de Contractes de Serveis a les Persones. 2017;
151. Lafarga J. Notes Acreditació de les EBAs. 2017 Jul;
152. CatSalut. Certificat acreditació EBA Vallcarca SLP. 2017;
153. Lafarga J. COMENTARIS A CONSULTA PÚBLICA PRÈVIA DECRET REGULADOR EMPRESES. 2017 Apr 10;
154. Pedrosa F. Memorandum EBAS període transitori economia social. 2017 Apr;
155. Departament de Justícia. Document de resolució grup d’interès ACEBA. 2017 May 22;
156. Decret 151/2017, de 17 d’octubre, pel qual s’estableixen els requisits i les garanties tecnosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre | Departament de Salut | Legislació | Cercador d’Informació i Documentació Oficials (CIDO) - Diputació de Barcelona [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 8]. Available from: <http://cido.diba.cat/legislacio/7322788/decret-1512017-de-17-doctubre-pel-qual-sestableixen-els-requisits-i-les-garanties-tecnicosanitarias-comunes-dels-centres-i-serveis-sanitaris-i-els-procediments-per-a-la-seva-autoritzacio-i-registre-departament-de-salut>

157. Lafarga J. NOTES SOBRE EL DECRET 151/2017, AUTORITZACIÓ I REGISTRE DE CENTRES I SERVEIS SANITARIS. 2017;
158. Lafarga J, Iruela A. MESURES D'AFIANÇAMENT DE L'ESTRATÈGIA DE CONSOLIDACIÓ INSTITUCIONAL DEL MODEL D'AUTOGESTIÓ I PROFESSIONALISME QUE ENCARNEN LES EBAs COM A INSTRUMENT DE CONSOLIDACIÓ I MILLORA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT A CATALUNYA. 2017.
159. 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.
160. Lafarga J, Iruela A. NOTES SOBRE NOVES EBAs I DESENVOLUPAMENT DEL MODEL DE GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS PÚBLICS A CATALUNYA . 2018;
161. ¿Funcionan las EBA para gestionar un centro de salud? [Internet]. Diario Medico. 2018 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/medicina-familiar/funcionan-las-eba-para-gestionar-un-centro-de-salud.html>
162. Bayona X, Sánchez J, Peris A. MODELOS DE GESTIÓN SEGÚN EL PROVEEDOR Y SUS EFECTOS EN LA DINÁMICA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA [Internet]. Vol. 93, ** Rev Esp Salud Pública. 2019. Available from: www.mscces.org
163. PROJECTE DE LLEI DE CONTRACTES DE SERVEIS A LES PERSONES. 2018.
164. Esmenes ACEBA al Projecte de llei de contractes de serveis a les persones de 31 de juliol de 2018. 2018.
165. Lafarga J, Iruela A. NOTES EN RELACIÓ AMB L'EVENTUAL EXTINCIÓ DELS CONTRACTES DE GESTIÓ DE SERVEIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA SUBSCRITS PEL catsalut AMB DIVERSES EBAs QUE HAN ESTAT PRORROGATS EN VIRTUT DE L'AG DE 23 DE JUNY DE 2015, LA CONTRAPRESTACIÓ D'AQUESTS SERVEIS I L'EVENTUAL LICITACIÓ DE NOUS CONTRACTES ENTRE TANT NO S'APROVI LA LLEI DE FÓRMULES DE GESTIÓ (NO CONTRACTUALS) DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA AMB CÀRREC A FONTS PÚBLICS, A TRAVÉS DEL CATSALUT. VALORACIÓ DE LES DIVERSES ALTERNATIVES VERSEMBLANTS. 2018.
166. ACEBA. NOTES ESTRATÈGIQUES EN RELACIÓ AMB LA COMUNICACIÓ AL GOVERN DE 28 D'AGOST DE 2018 I PER A L'ORDENACIÓ DE LA GESTIÓ DELS SERVEIS SANITARIS, SOCIOSANITARIS I DE SALUT MENTAL D'UTILITZACIÓ PÚBLICA A MIG TERMINI (VINCLACIÓ ESTABLE AL SISCAT). 2018.
167. Acord de Govern de 20 de desembre de 2018 extensió pròrroga contractes fins 31 desembre 2019. 2018.
168. Ballart X, Galais C. ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña. Aten Primaria. 2019;51(10):610–6.
169. ACEBA. Intervenció President ACEBA Compareixença Ple Llei Contractes Serveis a les Persones. 2019;
170. Carta Consellera sobre no inclusió pla normatiu de llei fórmules de gestió. 2019.
171. ACEBA. Carta Ponents Projecte LCSP Impuls Projecte Llei Fórmules Gestió Assistència Sanitària. 2019;
172. ACEBA. Comunicat d'ACEBA sobre LCSP [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://www.aceba.cat/ca/pl199/actualitat-i-publicacions/noticies/id181/comunicat-d-aceba-sobre-el-projecte-de-llei-de-contractes-de-serveis-a-les-persones.htm>
173. Lafarga J. TRANSPOSICIÓ DE DIRECTIVES COMUNITÀRIES I PRIVATITZACIÓ DE SERVEIS PÚBLICS A LES PERSONES. AL FIL DE LA TRAMITACIÓ DEL PROJECTE DE LLEI DE CONTRACTES DE SERVEIS A LES PERSONES. 2019.
174. Comella A. Carta del Director CatSalut sobre ES i impuls llei fórmules gestió no contractuals. 2019.
175. La autonomía de gestión de los equipos de AP mejora su capacidad resolutive [Internet]. Diario Medico. 2019 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/medicina-familiar/la-autonomia-de-gestion-de-los-equipos-de-ap-mejora-su-capacidad-resolutiva.html>

176. Projecte de Llei de contractació de serveis a les persones. 2020;
177. Impuls d'un marc normatiu que reconegui l'ESS i la seva voluntat transformadora de l'economia. 2020.
178. Lafarga J. Notes d'urgència al document AESCAT. 2020;
179. El Parlament tomba la 'Llei Aragonès' [Internet]. Social.cat. 2020 [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://www.social.cat/noticia/11410/el-parlament-tomba-la-llei-aragones>
180. Lafarga J, Vilatimó R. LA LLEI DE CONTRACTES DE SERVEIS A LES PERSONES, UNA OPORTUNITAT EN EL PERIODE DE DESCOMPTE. 2020.
181. Monzón JL, Galán J, González A. Las cuentas satélite de las entidades de base asociativa en cataluña. In: Libro blanco de la economía social en España Delimitación de objetivos y cuentas satélite de cooperativas, sociedades laborales y entidades de base asociativa Año 2017. Valencia: CIEREC-España; 2020. p. 61–7.
182. Lafarga J, Iruela A. ESMENES AL PROJECTE DE LLEI DE MESURES ADMINISTRATIVES, FISCALS, FINANCERS I DEL SECTOR PÚBLIC (LLEI D'ACOMPANYAMENT ALS PRESSUPOSTOS DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA PER A L'ANY 2020). 2020.
183. Llei 5/2020, del 29 d'abril, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic i de creació de l'impost sobre les instal·lacions que incideixen en el medi ambient | Departament de la Presidència | Legislació | Cercador d'Informació i Documentació Oficials (CIDO) - Diputació de Barcelona [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 9]. Available from: <http://cido.diba.cat/legislacio/10075670/llei-52020-del-29-dabril-de-mesures-fiscals-financeres-administratives-i-del-sector-public-i-de-creacio-de-limpost-sobre-les-installacions-que-incideixen-en-el-medi-ambient>
184. Proposta de bases de la llei d'ESS de la DG econ social. 2020.
185. Lafarga J, Iruela A. NOTES AL DOCUMENT “BASES DE LA LLEI D'ECONOMIA SOCIAL I SOLIDÀRIA” DE LA DIRECCIÓ GENERAL D'ECONOMIA. 2020.
186. 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;
187. Vilatimó R, Iruela T, Lafarga J. Les EBAs, entitats d'Economia Social. Fer salut. 2020.
188. López Casasnovas G. La vacunación contra la gripe. Estado de la cuestión sobre sus virtudes y limitaciones. 2021;
189. Moreu F. NUEVO_MODELO_DE_SALUD_FRANCESC_MOREU_1611511047. 2020;
190. Varela J (coordinador). Innovant en l'atenció primària a Catalunya. Una aproximació a la realitat. Obs La gestió importa. 2021;
191. Comitè d'Experts per a la Transformació del Sistema Públic de Salut 30 +. 30 +. Mesures per enfortir el sistema de salut. 2020.
192. Generalitat de Catalunya. Reset Catalunya 2022. 2021;
193. camfic. Atenció Primària en l'era post-COVID revolució per a la transformació. 2021.
194. Lafarga J, Iruela A. PROPOSTA ESTRATÈGICA PER A LES EBAS PEL SEU AFIANÇAMENT I EVENTUALMENT CREACIÓ DE NOVES. 2021;
195. Lafarga J, Iruela A. Avantprojecte Llei fórmules gestió no contractuals 2021 v8 2021 08 09. 2021;
196. Iruela A. Las EBA (autogestión), ahora que tenemos 25 años [Internet]. Diario Medico. 2021 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/opinion/las-eba-autogestion-ahora-que-tenemos-25-anos.html>
197. 25 anys de l'EAP Vic, 25 anys de les EBAs i l'autogestió en la provisió de serveis de salut d'Atenció Primària [Internet]. Web d'ACEBA. 2021 [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://www.aceba.cat/ca/pl199/actualitat-i-publicacions/noticies/id230/25-anys-de-l-eap-vic-25-anys-de-les-ebas-i-l-autogestio-en-la-provisio-de-serveis-d-atencio-primaria-de-salut.htm>
198. Fernandez R. 25 anys de les EBA's, volem i no gosem [Internet]. Blog de la UCH. 2021 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://www.uch.cat/blog/25-anys-de-les-ebas-volem-i-no-gosem.html#comentaris>

199. Lafarga J, Iruela A. Alegaciones ACEBA al Anteproyecto de Ley de Equidad, Universalidad y Cohesión del SNS-30.11.2021. 2021;
200. La llei d'Economia Social i Solidària i el seu impacte en el model de contractació de serveis públics d'atenció a les persones. - La Unió [Internet]. bloc UCH. 2022 [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://www.uch.cat/blog-esp/la-llei-deconomia-social-i-solidaria-i-el-seu-impacte-en-el-model-de-contractacio-de-serveis-publics-datencio-a-les-persones.-esp.html>
201. Jose Maria F. A PROPÒSIT DEL PLA D'ORDENACIÓ DE RECURSOS HUMANS DE L'ICS [Internet]. Blog Cercle de Salut. 2022 [cited 2022 Mar 21]. Available from: <http://cerclledesalut.cat/bloc/a-proposit-del-pla-dordenacio-de-recursos-humans-de-lics/>
202. Iruela A. A propósito del informe sobre la AP de la Sindicatura de Cuentas catalana [Internet]. Diario Medico. 2022 [cited 2022 Apr 4]. Available from: <https://www.diariomedico.com/medicina/opinion/proposito-del-informe-sobre-la-ap-de-la-sindicatura-de-cuentas-catalana.html>
203. Iruela A. Notes a propòsit de l'informe 1/2022 anàlisi comparativa dels serveis prestats pels equips d'Atenció Primària (exercici 2018) de la Sindicatura de Comptes de Catalunya – Cercle de Salut [Internet]. Blog Cercle de Salut. 2022 [cited 2022 Apr 5]. Available from: <http://cerclledesalut.cat/bloc/notes-a-proposit-de-linforme-1-2022-analisi-comparativa-dels-serveis-prestats-pels-equips-da-tencio-primaria-exercici-2018-de-la-sindicatura-de-comptes-de-catalunya/>
204. Ruiz B. LES ORGANITZACIONS ASSISTENCIALS COM ORGANITZACIONS DE CONEIXEMENT. Rev R Acad Med Catalunya. 2008;
205. Dari P, Kesehatan P. LESSONS FROM PRIMARY HEALTH CARE IN THE UNITED KINGDOM. Indones J Heal Adm (Jurnal Adm Kesehat Indones [Internet]. 2021 Jun 16 [cited 2022 Jul 16];9(1):4–8. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/JAKI/article/view/26885>
206. NHS commissioning [Internet]. [cited 2022 Jul 16]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/>
207. Història – Osonament [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://www.osonament.cat/qui-som/historia/>
208. CatSalut. L atenció sociosanitària a Catalunya. vida als anys [Internet]. 2004 [cited 2022 May 17]. Available from: <https://docplayer.es/30567252-L-atencio-sociosanitaria-a-catalunya-vida-als-anys.html>
209. Sobre nosaltres | EAP Santa Eugènia de Berga [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://eapsantaeugeniadebergaics.wordpress.com/qui-som/>
210. Història | Consorci Hospitalari de Vic [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://www.chv.cat/consorci/qui-som/historia/>
211. Varela J (coordinador), Martí T (coordinador). Per un nou marc d'avaluació i contractació de serveis basat en el valor de la salut. Obs La gestió importa. 2022;
212. Saigí F. Modernització tecnològica, canvi organitzatiu i servei als usuaris. Informe de recerca (vol 1). [Internet]. 2007 [cited 2022 May 17]. Available from: <http://www.uoc.edu/in3/pic>
213. Marina Geli ho va traslladar aquest dijous als alcaldes per desbloquejar la reforma de les urgències Salut proposa que el metge de guàrdia estigui localitzable tots els dies a l'ABS de Sant Quirze. El 9 nou. 2008.
214. La gestió de les urgències a Osona, l'ACUT, s'ha consolidat com un model d'èxit i referència a Catalunya | ICS Catalunya Central [Internet]. [cited 2022 May 15]. Available from: <https://icscatalunyacentral.cat/2018/05/07/la-gestio-de-les-urgencies-a-osona-lacut-sha-consolidat-com-un-model-dexit-i-referencia-a-catalunya/>
215. Els hospitals de Vic, Campdevàrol i Olot acorden una aliança formal. El 9 nou. 2010.
216. Sebastià Santa Eugènia González Autors Amblàs Novellas DJ, Amil Bujan J, Contel Segura P, Carles Gil Sánchez J, González Mestre E, Mir Labalsa A, et al. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). 2018;
217. La Facultat de Medicina, un altre pas endavant de la UVic-UCC | UCampus [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://ucampus.uvic-ucc.cat/2019-n1/articles/07-facultat-de-medicina/>

218. Blay C. La demografia mèdica a Osona. 2013;1–8.
219. Roland M, Guthrie B, Thomé DC. Primary Medical Care in the United Kingdom Primary Care Models and Payment Systems. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jul 26];25. Available from: <http://www.jabfm.org>
220. Departament de Salut. Resolució per la qual es nomenen les persones membres del Consell Assessor de l'Atenció Primària i Comunitària. 2022;
221. ferSalut – La revista del teu centre de salut [Internet]. Fer salut. [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://www.fersalut.cat/>
222. Udaceba – Unitat Docent [Internet]. Udaceba. [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://udaceba.cat/>
223. CREBA [Internet]. [cited 2022 May 1]. Available from: <http://creba.cat/index.php/ca/>
224. Set de cada deu metges de família de Catalunya estan “esgotats” | [Internet]. El Punt Avui. 2022 [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://www.elpuntavui.cat/societat/article/14-salut/2132812-set-de-cada-deu-metges-de-familia-de-catalunya-estan-esgotats.html>
225. Satisfacció dels Usuaris 2015 : ACEBA [Internet]. Web d'ACEBA. 2016 [cited 2022 May 14]. Available from: <https://www.aceba.cat/ca/resultatseba/satisfaccio-dels-usuaris-2015.htm>
226. Sindicatura de Comptes de Catalunya. ANÀLISI COMPARATIVA DELS SERVEIS PRESTATS PELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA EXERCICI 2018. Informe 1/2022. Barcelona; 2022.
227. 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>.
228. Constitución Española [Internet]. BOE. 1978 [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
229. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. BOE. 1986 [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
230. Llei 15/1997, de 25 d'abril, sobre habilitació de noves formes de gestió del Sistema Nacional de Salut. BOE. 1997;
231. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. BOE. 2003 [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
232. Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. [Internet]. BOE. 2006 [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-13087>
233. Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. [Internet]. BOE. 2009 [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-20725>
234. CTESC. Dictamen 39-2010 sobre el projecte de decret del sistema sanitari integral públic de Catalunya (SISCAT). 2010.
235. Soler i Fàbregas M, Camps i Fondevila B, Serratusell-Miró G, Martin-Fumadó C. Medical demographics in Barcelona, Spain: Facing the challenges for the future. *Med Clínica (English Ed)*. 2019 May 17;152(10):405–10.
236. conclusions diàleg professional [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 4]. Available from: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/lineas-estrategiques/1r_forum_dialeg_professional/documents/conclusions-forum-dialeg-professional.pdf
237. Varela J. L'autogestió és el camí [Internet]. Avenços en gestió clínica: . 2019 [cited 2021 Aug 27]. Available from: <http://gestioclincavarela.blogspot.com/2019/01/lautogestio-es-el-cami.html>
238. Padrós J. Jaume Padrós: “No té sentit que importem la meitat de metges que necessitem” [Internet]. *www.vilaweb.cat*. 2022 [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://www.vilaweb.cat/noticies/jaume-padros-falten-metges-entrevista/>

239. Tamborero G, Esteva M, March S, Guillén M. Autonomía de gestión en atención primaria: posicionamiento de los profesionales de Mallorca. *Aten Primaria*. 2015;47(2):99–107.
240. SECRETARÍA DE COMUNICACIÓN. Gobierno de España. PROYECTO DE LEY PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. [Internet]. Consejo de Ministros. Referencia. 2022 [cited 2022 Jun 19]. p. 66–73. Available from: https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeminstros/referencias/Paginas/2022/refc20220614_cc.aspx#SNS
241. Fundacion Salud Innovacion Sociedad. Novartis. Estudio sobre la publicación de resultados en el sistema nacional de salud Bases para un modelo. 2020.
242. Com es transforma el sistema sanitari a partir de les lliçons apreses de la COVID-19? – Cercle de Salut [Internet]. 2022 [cited 2022 May 17]. Available from: <http://cerclledesalut.cat/portfolio-item/com-es-transforma-el-sistema-sanitari-a-partir-de-les-llicons-apreses-de-la-covid-19/>
243. Vilaseca JM, Saura A, Kostov B, Sisó-Almirall A. Modelos de gestión de la atención primaria en Cataluña: ¿Que gane el mejor? [Internet]. *Rev Esp Salud Publica*. 2021 [cited 2021 May 25]. p. 1–8. Available from: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/C_ESPECIALES/RS95C_202105073.pdf
244. Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Escosa A, et al. ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Experiencia en Cataluña. *Gac Sanit* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2022 Jun 29];36(4):324–32. Available from: <http://www.gacetasanitaria.org/es-la-integracion-gestion-servicios-sanitarios-articulo-S0213911121001151>
245. Whittington J, Nolan K, Lewis N, Torres T. Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years | [Internet]. *Milbank Quarterly* | Milbank Memorial Fund. 2015 [cited 2022 Jul 16]. p. 263–300. Available from: <https://www.milbank.org/quarterly/articles/pursuing-the-triple-aim-the-first-7-years/>
246. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Aff*. 2008;27(3):759–69.
247. 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.
248. 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/>
249. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2014 Apr 1 [cited 2022 Jul 8];174(4):527–33. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1828744>
250. Observatori del Sistema de salut de Catalunya. Central de Resultats. Atenció primària. Dades 2015 [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <http://observatorisalut.gencat.cat>
251. Observatori del Sistema de salut de Catalunya. Central de Resultats. Atenció primària. Dades 2016 [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <http://observatorisalut.gencat.cat>
252. Observatori del Sistema de salut de Catalunya. Central de Resultats. Atenció primària. Dades 2017 [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <http://observatorisalut.gencat.cat>
253. 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>
254. Unitat de Qualitat. Divisió de Qualitat i Transparència. Gerència d'atenció ciutadana. PLA D'ENQUESTES DE SATISFACCIÓ DEL CATSALUT ATENCIÓ PRIMÀRIA: MEDICINA I INFERMERIA FAMILIAR I COMUNITÀRIA RESULTATS PER ABS 2018. 2018.
255. Servei Català de la Salut. Unitat Experiència del Pacient. PLAENSA: atenció primària - 2021 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 26]. Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7555?locale-attribute=ca>
256. Martín Fernández J, Gómez Gascón T, Martínez García-Olalla C, del Cura González MI, del Carmen Cabezas Peña M, García Sánchez S. Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Atención Primaria*. 2008;40(7):327–34.

257. STATA BASE REFERENCE MANUAL RELEASE 17 [Internet]. [cited 2021 Jun 14]. Available from: <https://www.stata.com/manuals/r.pdf>
258. Unitat de Qualitat-Gerència d'Atenció Ciutadana-Subdirecció. Estudi de qualitat de servei i satisfacció amb la línia de servei ATENCIÓ PRIMÀRIA 2015 PRESENTACIÓ AMB RESULTATS PER ABS. 2015.
259. Colls C, Mias M, García-Altés A. Un índice de privación para reformar el modelo de financiación de la atención primaria en Cataluña. *Gac Sanit*. 2020 Jan 1;34(1):44–50.
260. Hidalgo T. Equipos d'Atenció Primària i Àrees Bàsiques de Salut d'ACEBA Benchmarking d'AP a partir de la Central de Resultats 2016 Resum executiu. 2017;
261. Segura A, Martín Zurro A, Corbella A, Roma J, Jiménez Villa J, Plaza A, et al. Evaluación de la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. 2007.
262. 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>
263. Rodríguez FJ, Blanco Ramos MA, Pérez SI, Romero García L, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;
264. Ledesma A. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(SUPPL.1):57–62.
265. Del Estal M, Melián S. Motivación por el servicio público de los profesionales de los centros de atención primaria: ¿qué es más importante el entorno o el apoyo directivo? *Atención Primaria* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 10];53(4). Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656721000299?token=CBFC4547F3484B2EF25CF0E8A1595F6FA3FEA70C41865C8BB-B9729B7174A61F1FAB49F28822FF863925BBBDE09F38CC7&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210710132751>
266. Lideratge- IFMIL - Institut de Formació Mèdica i Lideratge [Internet]. [cited 2022 Jun 1]. Available from: <https://www.ifmil.com/ca/lideratge>
267. ACEBA. Salut Comunitària i Compromís Social. ACEBA. Vetllem per la teva salut. 2019 [cited 2022 Jun 1];28–35. Available from: www.aceba.cat
268. ACEBA. Colaboraciones Tercer Sector : ACEBA [Internet]. [cited 2022 Jun 1]. Available from: <https://www.aceba.cat/es/compromiso-social/colaboraciones-tercer-sector.htm>
269. 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
270. Sans Corrales M. TESIS DOCTORAL: Les Dimensions del resultat assistència de l'atenció primària de salut [Internet]. 2008. Available from: <http://www.tdx.cat/TDX-0218109-134803>
271. Iruela López A. Primer informe de la central de resultats [Internet]. blog rba salut i gestió. 2013. Available from: <https://rbasalutigestio.blogspot.com/2013/01/primer-informe-de-la-central-de.html>
272. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). *Atención Primaria* [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2022 Aug 29];44(7):417–24. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-seguridad-clinica-atencion-primaria-el-S021265671100429X>
273. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. De la responsabilidad profesional médica a la seguridad clínica. 2014 [cited 2022 Aug 29]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.007>
274. Torijano-Casalengua M, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña M, Maderuelo-Fernández J, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España [Internet]. *Aten Primaria*. 2013 [cited 2022 Aug 29]. p.

- 21–37. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656712003447>
275. Dewa C, Loong D, Bonato S, Trojanowsky L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
276. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction A Systematic Review and Meta-analysis Supplemental content. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018;178(10):1317–30. Available from: <https://jamanetwork.com/>
277. MacLean CH, Kerr EA, Qaseem A. Time Out — Charting a Path for Improving Performance Measurement. *N Engl J Med* [Internet]. 2018 May 10 [cited 2022 Aug 30];378(19):1757–61. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1802595>
278. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *Lancet* [Internet]. 2016 Jul 16 [cited 2022 Apr 15];388(10041):268–74. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673616002762/fulltext>
279. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: A time and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med*. 2016 Dec 6;165(11):753–60.
280. Hobbs FDR, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007–14. *Lancet* [Internet]. 2016 Jun 4 [cited 2022 Apr 15];387(10035):2323–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/>
281. Iruela A, Serrarols M, Moral I. IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LAS ENTIDADES DE BASE ASOCIATIVA (EBAS) DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CATALANA Toni Iruela, Marta Serrarols, Irene Moral ACEBA (Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa). Comunicaciones Eje18 ES | 33 Congreso Internacional del CIRIEC. 2022.

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

10. ÍNDEX DE TAULES I FIGURES

10. Índex de taules i figures

10.1. Taules

Taula 1. Distribució del nombre de persones assignades per entitat i any	107
Taula 2. Distribució de la mitjana del nombre de visites anuals per entitat i any	108
Taula 3. Distribució del nombre de visites anuals per pacient assignat, entitat i any	110
Taula 4. Distribució del nombre de dies d'incapacitat laboral per entitat i any.....	112
Taula 5. Distribució de la taxa d'hospitalitzacions evitables per entitat i any	113
Taula 6. Distribució de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica per entitat i any	115
Taula 7. Distribució del percentatge de població de seixanta anys o més vacunada de la grip per entitat i any	117
Taula 8. Distribució del nombre de receptes (estandarditzat) per usuari, entitat i any.....	119
Taula 9. Distribució del cost per usuari (estandarditzat) per entitat i any	120
Taula 10. Distribució de la taxa de pacients polimedicats amb més de deu principis actius (per a 100.000 habitants) per entitat i any	121
Taula 11. Distribució de l'índex socioeconòmic compost per entitat els anys 2017-2018	123
Taula 12. Distribució de la despesa de contractació per entitat i any	123
Taula 13. Distribució de la despesa per càpita per entitat i any	124
Taula 14. Distribució de l'índex de morbiditat per entitat l'any 2019.....	125
Taula 15. Distribució del percentatge d'assoliment del contracte per entitat els anys 2018 i 2019.....	125
Taula 16. Correlació entre el percentatge d'assoliment del contracte i altres indicadors l'any 2018.....	126

Taula 17. Anàlisi del factor territorial i ANOVA segons el tipus d'entitat	127
Taula 18. Distribució de les puntuacions obtingudes en l'enquesta de satisfacció per entitat els anys 2015 i 2018.....	128
Taula 19. Determinants de l'indicador d'adequació IQF.....	135
Taula 20. Determinants de l'indicador d'efectivitat: cobertura vacunal antigripal de la població de seixanta anys o més (%)	135
Taula 21. Determinants de l'indicador d'adequació: taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables	136
Taula 22. Determinants de l'indicador d'adequació: durada mitjana per episodi d'incapacitat laboral.....	137
Taula 23. Determinants del grau de satisfacció (PLAENSA®)	138
Taula 24. Determinants del grau d'assoliment del contracte	139

10.2. Figures

Figura 1. Representació gràfica del Quadruple Aim	96
Figura 2. Distribució de les freqüències del nombre de centres per entitat entre els anys 2015-2018	105
Figura 3. Evolució del nombre de persones assignades per centre i entitat entre els anys 2015-2018	106
Figura 4. Diagrama de caixa del nombre de persones assignades per entitat l'any 2018	108
Figura 5. Evolució del nombre de visites per centre i entitat entre els anys 2015-2018 ...	109
Figura 6. Distribució de les mitjanes de visites per centre i entitat l'any 2018.....	109
Figura 7. Evolució del nombre de visites per pacient assignat, centre i entitat entre els anys 2015-2018	111
Figura 8. Distribució de les mitjanes de visites per pacient assignat, centre i entitat l'any 2018.....	111
Figura 9. Relació entre el nombre de pacients assignats i la mitjana de visites per pacient assignat per centre i entitat l'any 2018	111
Figura 10. Evolució de la incapacitat laboral segons entitat entre els anys 2015-2018....	113
Figura 11. Evolució de la taxa d'hospitalitzacions evitables per entitat entre els anys 2015-2018	114
Figura 12. Distribució dels valors de la taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables per cada 100.000 habitants per centre i entitat l'any 2018.....	114
Figura 13. Evolució de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica per entitat entre els anys 2015-2018.....	116

Figura 14. Puntuació de l'índex de qualitat de la prescripció farmacèutica per entitats l'any 2018.....	116
Figura 15. Evolució del percentatge de població de seixanta anys o més vacunada de la grip per entitat entre els anys 2015-2018	117
Figura 16. Cobertura vacunal de la grip en persones de seixanta anys o més per entitats l'any 2018.....	118
Figura 17. Evolució del nombre de receptes (estandarditzat) per usuari i entitat els anys 2016-2018	119
Figura 18. Evolució del cost per usuari anual (estandarditzat) per entitat els anys 2015-2018	120
Figura 19. Distribució del cost anual per usuari en les diferents entitats l'any 2018	121
Figura 20. Evolució de la taxa de pacients polimedicats amb més de deu principis actius (per a 100.000 habitants) per entitat els anys 2015-2018.....	122
Figura 21. Evolució de la despesa de contractació per entitat els anys 2016 i 2018	124
Figura 22. Evolució de les puntuacions obtingudes en l'enquesta de satisfacció per entitat els anys 2015 i 2018.....	129
Figura 23. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: dades globals.....	130
Figura 24. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: dimensió suport directiu.....	130
Figura 25. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: dimensió càrrega de feina	131
Figura 26. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: dimensió motivació intrínseca	131
Figura 27. Qualitat de vida dels professionals els anys 2019 i 2020: ítem independent sobre qualitat de vida a la feina	132
Figura 28. Relació entre la qualitat de vida dels professionals i la satisfacció dels pacients.....	132
Figura 29. Relació entre les dimensions del qüestionari de qualitat de vida dels professionals i l'entorn del centre	133
Figura 30. Relació entre la qualitat de vida dels professionals i l'entorn del centre l'any 2019	134

Les entitats de base associativa,
una aportació d'Osona a la sanitat catalana

11. ANNEXOS

Les entitats de base associativa, una aportació d'Osona a la sanitat catalana

11. Annexos

Annex 1. Indicadors inclosos al capítol de dades generals per any

Indicador 2015	Indicador 2016	Indicador 2017	Indicador 2018
Llocs de treball equivalents			
Persones assignades	Població assignada	Persones assignades	Persones assignades
Població assignada (%) 0-2 anys	Percentatge de població assignada de 0-2 anys		
	Percentatge de població assignada de 15 anys o més		
Població assignada (%) 75 anys o més	Percentatge de població assignada de 75 anys o més		
Població assignada atesa (%)	Percentatge de població assignada i atesa en l'equip		
Població assignada atesa (%) 0-2 anys	Percentatge de població assignada atesa en l'equip de 0-2 anys		
Població assignada atesa (%) 15 anys o més	Percentatge de població assignada atesa en l'equip de 15 anys o més		
Població assignada atesa (%) 75 anys o més	Percentatge de població assignada atesa en l'equip de 75 anys o més		
Nombre de visites	Nombre de visites	Nombre de visites	Nombre de visites
Mitjana de visites per pacient assignat atès	Mitjana de visites per població atesa en qualsevol equip		
	Mitjana de visites per població atesa en qualsevol equip de 0-2 anys		

Annex 1. (Continuació)

Indicador 2015	Indicador 2016	Indicador 2017	Indicador 2018
	Mitjana de visites per població atesa en qualsevol equip de 75 anys		
Visites pacients (%) 0-2 anys	Percentatge de visites dels pacients de 0-2 anys		
Visites pacients (%) 75 anys o més	Percentatge de visites dels pacients de 75 anys o més		
% visites població no assignada sobre total de visites	Percentatge de visites de població no assignada sobre el total de visites		
Nombre de visites per professionals de metges de família i dia (%)			
Nombre de visites per professionals d'infermeria i dia (%)			
Nombre de visites per professional i dia (%)			
Incapacitat laboral mediana	Mediana de dies per incapacitat laboral	Incapacitat laboral MED	Incapacitat laboral MED
Incapacitat laboral mitjana	Mitjana de dies per incapacitat laboral	Incapacitat laboral MIT	Incapacitat laboral MIT
	Índex socioeconòmic compost	Índex socioeconòmic	Índex socioeconòmic
	Despesa de contractació	Despesa de contractació	Despesa de contractació

Annex 2a. Indicadors inclosos al capítol d'adequació per any (I)

Indicador 2015	Indicador 2016	Indicador 2017	Indicador 2018
Taxa d'urgències			
Taxa d'urgències triatge 4 i 5			
Urgències triatge 4 i 5 (%)			
Pacients de 0 a 2 anys amb més de 20 visites (%)	Pacients de 0 a 2 anys amb més de 20 visites (%)	Pacients de 0 a 2 anys amb més de 20 visites (%)	Pacients de 0 a 2 anys amb més de 20 visites (%)
Pacients >74 anys amb més de 12 visites (%)	Pacients >74 anys amb més de 12 visites (%)	Pacients >74 anys amb més de 12 visites (%)	Pacients >74 anys amb més de 12 visites (%)
Pacients >84 anys consumidors d'anticoagulants (%)			
Hospitalitzacions evitables per a 1.000 hab. (per ABS)	Taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables (per ABS)	Taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables (per ABS)	Taxa d'hospitalitzacions potencialment evitables (per ABS)
	Índex estandarditzat d'hospitalitzacions potencialment evitables (per ABS)	Índex estandarditzat d'hospitalitzacions potencialment evitables (per ABS)	Índex estandarditzat d'hospitalitzacions potencialment evitables (per ABS)
Hospitalitzacions per MPOC per a 1.000 hab. (per ABS)	Taxa d'hospitalitzacions per malaltia pulmonar obstructiva (per ABS)	Taxa d'hospitalitzacions per malaltia pulmonar obstructiva (per ABS)	Taxa d'hospitalitzacions per malaltia pulmonar obstructiva (per ABS)
	Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per malaltia pulmonar obstructiva (per ABS)	Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per malaltia pulmonar obstructiva (per ABS)	Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per malaltia pulmonar obstructiva (per ABS)
Hospitalitzacions per ICC per a 1.000 hab. (per ABS)	Taxa d'hospitalitzacions per insuficiència cardíaca (per ABS)	Taxa d'hospitalitzacions per insuficiència cardíaca (per ABS)	Taxa d'hospitalitzacions per insuficiència cardíaca (per ABS)
	Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per insuficiència cardíaca (per ABS)	Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per insuficiència cardíaca (per ABS)	Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per insuficiència cardíaca (per ABS)

Annex 2b. Indicadors inclosos al capítol d'adequació per any (II)

Indicador 2015	Indicador 2016	Indicador 2017	Indicador 2018
Taxa d'usuaris polimedicats (≥ 10 ATC)	Pacients polimedicats amb més de 10 principis actius (per a 100.000 hab.)	Pacients polimedicats amb més de 10 principis actius (per a 100.000 hab.)	Pacients polimedicats amb més de 10 principis actius (per a 100.000 hab.)
Taxa d'usuaris polimedicats (≥ 18 ATC)	Pacients polimedicats amb més de 18 principis actius (per a 100.000 hab.)		
Puntuació IQF total	IQF total	Puntuació total IQF	Puntuació total IQF
Puntuació IQF d'antihipertensius	IQF d'antihipertensius	IQF d'antihipertensius	IQF d'antihipertensius
Puntuació IQF d'hipolipemians	IQF d'hipolipemians	IQF d'hipolipemians	IQF d'hipolipemians
Puntuació IQF d'antidepressius	IQF d'antidepressius		
Puntuació IQF d'antidiabètics	IQF d'antidiabètics		
		IQF d'antidepressius 1 línia	IQF d'antidepressius 1 línia
		IQF d'antidepressius 2 línia	IQF d'antidepressius 2 línia
		IQF d'antidiabètics 1 línia	IQF d'antidiabètics 1 línia
		IQF d'antidiabètics 2 línia	IQF d'antidiabètics 2 línia

Annex 3. Indicadors inclosos al capítol d'efectivitat per any

Indicador 2015	Indicador 2016	Indicador 2017	Indicador 2018
Població atesa al programa ATDOM (%)			Població atesa al programa ATDOM (%)
Cobertura vacunal de la població infantil (%)			
Cobertura vacunal antigripal de la població de 60 anys o més (%)			Cobertura vacunal antigripal de la població de 60 anys o més (%)
			Cobertura vacunal triple vírica (%)
Visites per grip	Visites per grip		
Visites per pacient amb grip	Visites per pacient amb grip		
Pacients assignats atesos de 15 i més anys			
Prevalença atesa de DM 2 (%)		Prevalença atesa de DM 2 (%)	Prevalença atesa de DM 2 (%)
	Prevalença atesa de diabetis en població de 15 anys o més (%)		
Consumidors d'antidiabètics orals (%)	Consumidors d'antidiabètics orals (%)	Consumidors d'antidiabètics orals (%)	Consumidors d'antidiabètics orals (%)
Control glucèmic acceptable (%)		% població d'entre 14 i 80 anys amb DM2: control HbA1C	% població d'entre 14 i 80 anys amb DM2: control HbA1C
Taxa d'hospitalització per complicacions DM	Taxa d'hospitalització per complicacions DM	Taxa d'hospitalització per complicacions DM	Taxa d'hospitalització per complicacions DM
	Hospitalitzacions per complicacions de la DM		
Pacients assignats atesos amb HTA (%)	Prevalença atesa d'hipertensió arterial (%)	Pacients assignats atesos amb HTA (%)	
Consumidors d'antihipertensius (%)	Consumidors d'antihipertensius (%)	Consumidors d'antihipertensius (%)	Consumidors d'antihipertensius (%)
Control de la tensió arterial acceptable (%)		% població de 14 a 80 anys amb control de la tensió arterial acceptable	% població de 14 a 80 anys amb control de la tensió arterial acceptable
Pacients assignats atesos amb colesterol elevat (%)	Prevalença atesa de colesterol elevat (%)	Pacients assignats atesos amb colesterol elevat (%)	
Consumidors d'hipocolesterolemiants (%)	Consumidors d'hipocolesterolemiants (%)	Consumidors d'hipocolesterolemiants (%)	Consumidors d'hipocolesterolemiants (%)
Taxa d'hospitalització per ictus	Taxa d'hospitalització per ictus	Taxa d'hospitalització per ictus	Taxa d'hospitalització per ictus
	Hospitalitzacions per ictus		

Inclòs al capítol d'EQA

Annex 4. Indicadors inclosos al capítol d'eficiència per any

Indicador 2015	Indicador 2016	Indicador 2017	Indicador 2018
Receptes per usuari	Nombre de receptes per usuari (brut)	Nombre de receptes per usuari (brut)	Nombre de receptes per usuari (brut)
	Nombre de receptes per usuari (estandarditzat)	Nombre de receptes per usuari (estandarditzat)	Nombre de receptes per usuari (estandarditzat)
Cost per usuari	Despesa farmacèutica pública per usuari (brut)	Cost per usuari (brut)	Cost per usuari (brut)
	Despesa farmacèutica pública per usuari (estandarditzat)	Cost per usuari (ST)	Cost per usuari (ST)
Cost per usuari - antidiabètics	Cost per pacient tractat amb antidiabètics (brut)	Cost per usuari - antidiabètics (brut)	Cost per usuari - antidiabètics (brut)
	Cost per pacient tractat amb antidiabètics (estandarditzat)	Cost per usuari - antidiabètics (ST)	Cost per usuari - antidiabètics (ST)
Cost per usuari - antihipertensius	Cost per pacient tractat amb antihipertensius (brut)	Cost per usuari - antihipertensius (brut)	Cost per usuari - antihipertensius (brut)
	Cost per pacient tractat amb antihipertensius (estandarditzat)	Cost per usuari - antihipertensius (ST)	Cost per usuari - antihipertensius (ST)
Cost per usuari - hipolipemiants	Cost per pacient tractat amb hipolipemiants (brut)	Cost per usuari - hipolipemiants (brut)	Cost per usuari - hipolipemiants (brut)
	Cost per pacient tractat amb hipolemiants (estandarditzat)	Cost per usuari - hipolemiants (ST)	Cost per usuari - hipolemiants (ST)
Cost per usuari - antidepressius	Cost per pacient tractat amb antidepressius (brut)	Cost per usuari - antidepressius (brut)	Cost per usuari - antidepressius (brut)
	Cost per pacient tractat amb antidepressius (estandarditzat)	Cost per usuari - antidepressius (ST)	Cost per usuari - antidepressius (ST)

Annex 5. Indicadors inclosos al capítol d'essencial per any

Indicador 2015	Indicador 2016	Indicador 2017	Indicador 2018
	Pacients consumidors d'antiulcerosos sense justificació farmacèutica (%)		Pacients consumidors d'antiulcerosos sense justificació farmacèutica (%)
	Pacients consumidors de bifosfonats de 55 o més anys amb cinc anys o més de tractament (%)		Pacients consumidors de bifosfonats de 55 o més anys amb cinc anys o més de tractament (%)
		% de pacients en tractament amb bifosfonats ≥ 5 anys potencialment inadequat	
Ús incorrecte PSA	Ús inadequat de PSA		Ús inadequat de PSA
		% d'antigen prostàtic específic (PSA)	
RCV baix amb hipolipemiants mal indicats	Risc cardiovascular baix amb hipolipemiants no indicats	% de persones amb baix risc cardiovascular en ús d'estatines	Risc cardiovascular baix amb hipolipemiants no indicats
		% de pacients consumidors d'inhibidors de la bomba de protons (IBP) sense justificació clínica	

Annex 6. Indicadors inclosos al capítol de TIC i EQA (2017-2018) per any

Indicador 2015	Indicador 2016	Indicador 2017	Indicador 2018
Publicacions HC3	Publicacions HC3	Publicacions HC3	Publicacions HC3
Utilització eConsulta - raó de professionals	Utilització eConsulta - raó de professionals	Utilització eConsulta - raó de professionals	Utilització eConsulta - raó de professionals
Utilització eConsulta - raó d'usuaris	Utilització eConsulta - raó d'usuaris	Utilització eConsulta - raó d'usuaris	Utilització eConsulta - raó d'usuaris
Utilització eConsulta i LMS - raó de professionals			
Utilització eConsulta i LMS - raó d'usuaris			
		IS3: nombre d'especialitats diferents derivades	IS3: nombre d'especialitats diferents derivades
		IS3: volumetria de derivacions fetes	IS3: volumetria de derivacions fetes
		% població de més de 14 anys amb tractament antiagregant en CI/AVC	% població de més de 14 anys amb tractament antiagregant en CI/AVC
		% població d'entre 14 i 90 anys amb tractament amb IECA o ARAll en l'ICC i en la HTA o DM amb nefropatia	% població d'entre 14 i 90 anys amb tractament amb IECA o ARAll en l'ICC i en la HTA o DM amb nefropatia
		% població d'entre 14 i 80 anys amb bon control de l'hipotiroïdisme	% població d'entre 14 i 80 anys amb bon control de l'hipotiroïdisme
		% població d'entre 14 i 18 anys amb cribratge del consum d'alcohol	% població d'entre 14 i 18 anys amb cribratge del consum d'alcohol
		% població de més de 14 anys amb valoració integral de les persones en ATDOM	% població de més de 14 anys amb valoració integral de les persones en ATDOM

Annex 7. Indicadors registrats a la Central de Resultats (any 2018)

Nombre de visites

Descripció: Nombre de visites a l'equip d'atenció primària

Fórmula: *Nombre de visites assignades a l'EAP*

Origen de les dades: Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP). Divisió de Gestió de Registres d'Activitat. Registre central de persones assegurades (RCA). Servei Català de la Salut.

Població assignada

Descripció: Població assignada a un EAP.

Fórmula de càlcul: *Població assignada a l'EAP*

Origen de les dades: Registre central de persones assegurades (RCA). Servei Català de la Salut.

Durada mitjana de la incapacitat temporal

Descripció: Mitjana de la durada de la incapacitat temporal dels processos donats.

Fórmula: *mitjana del nombre de dies d'incapacitat temporal per EAP*

Origen de les dades: Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS).

Hospitalitzacions evitables per malalties seleccionades

Descripció: Nombre d'altres d'hospitalització convencional amb diagnòstic principal definit com a hospitalització potencialment evitable per malalties seleccionades.

Fórmula:
$$\frac{\text{Altes d'hospitalització potencialment evitable per malalties seleccionades}}{\text{Població assegurada major de 19 anys}} \times 1000$$

Malalties seleccionades: L'indicador genèric d'hospitalitzacions evitables inclou les malalties següents: complicacions de la diabetis mellitus, insuficiència cardíaca congestiva, malaltia pulmonar obstructiva crònica, asma, angina de pit, infeccions del tracte urinari, pneumònia bacteriana, deshidratació i hipertensió.

A més, es publiquen els indicadors específics d'hospitalitzacions evitables per les següents malalties: insuficiència cardíaca congestiva i malaltia pulmonar obstructiva crònica.

continua →

Cobertura vacunal antigripal de la població de 60 anys o més

Descripció: Percentatge de població assignada de 60 anys o més durant l'any pels EAP, amb estat vacunal antigripal correcte.

Fórmula:
$$\frac{\text{Població assignada de 60 anys o més amb estat vacunal correcte}}{\text{Població assignada de 60 anys o més}} \times 100$$

Origen de les dades: Divisió de Planificació i Avaluació Operativa. Registre central de persones assegurades (RCA). Servei Català de la Salut.

Despesa farmacèutica pública per assegurat consumidor

Descripció: Relació entre l'import líquid en receptes mèdiques i els assegurats consumidors de receptes.

Fórmula:
$$\frac{\text{Import líquid}}{\text{Nombre d'assegurats consumidors}}$$

Origen de les dades: Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries. Registre central de persones assegurades (RCA). Servei Català de la Salut.

ÍNDEX DE QUALITAT DE LA PRESCRIPCIÓ FARMACÈUTICA

Indicadors de prevalença

Descripció: Exposició poblacional a determinats grups farmacològics expressada en DHD (dosis diàries definides [DDD] per 1.000 habitants i dia).

Fórmula de càlcul:
$$\frac{\text{Quantitat consumida (mg)}}{\text{DDD}_{\text{OMS}} * \text{població assignada ajustada per tram d'edat} * 365} \times 1.000$$

Ponderació: 25% (5 punts cadascun dels indicadors d'AINE, benzodiazepines i fàrmacs per l'osteoporosi i 10 punts per l'indicador d'antiulcerosos).

Puntuació: Segons valor de cadascun dels 4 indicadors; per als indicadors de 5 punts: si valor < mitjana* - 1DE*: 5 punts; si valor entre mitjana ± 1 DE: 3 punts; per a l'indicador de 10 punts: si valor < mitjana* - 1DE*: 10 punts; si valor entre mitjana ± 1 DE: 5 punts.

* Valors a determinar segons distribució de l'indicador al període de càlcul.

Fàrmacs inclosos: AINES i medicaments per patologies musculoesquelètiques (M01A, M01B, M09), antiulcerosos (A02A, A02B), benzodiazepines (N05BA, N05CD, N05CF), medicaments per a osteoporosi (M05BA, M05BB, M05BX, H05AA, H05BA, G03XC).

Origen de les dades: Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries. Servei Català de la Salut.

Taxa de pacients polimedicats amb més de 10 principis actius

Descripció: Taxa de pacients per cada 10.000 habitants als quals se'ls ha dispensat més de 10 medicaments en un mateix mes.

Fórmula:
$$\frac{\text{Nombre d'usuaris més de 10 principis actius diferents}}{\text{Nombre d'assegurats assignats a l'EAP}} \times 10.000$$

Origen de les dades: Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries. Registre central de persones assegurades (RCA). Servei Català de la Salut.

Nota: Els càlculs són mensuals i en aquest cas es mostren els resultats del mes de desembre de 2016.

Percentatge de població d'entre 14 i 80 anys amb DM2: control HbA1C

Descripció: Percentatge de població entre 14 i 80 anys, amb diagnòstic de diabetis mellitus tipus 2 (DM2), en què la darrera determinació d'hemoglobina glicada durant el període d'avaluació és inferior o igual a 8%.

Fórmula:
$$\frac{\text{En què la darrera determinació d'hemoglobina glicada durant el període d'avaluació és inferior o igual a 8\%}}{\text{Població atesa assignada entre 14 i 80 anys, amb diagnòstic de diabetis mellitus tipus 2}} \times 100$$

Origen de les dades: Estàndard de Qualitat Assistencial (EQA). Institut Català de la Salut.

Percentatge de població de 14 a 80 anys amb control de la tensió arterial acceptable

Descripció: Percentatge de població entre 14 i 80 anys amb diagnòstic d'hipertensió arterial (HTA), en què la mitjana de les 3 últimes mesures de la pressió arterial (PA) durant el període d'avaluació és 150/95 (o $\leq 160/95$ si té 60 o més anys).

Fórmula:
$$\frac{\text{Població atesa assignada entre 14 i 80 anys, amb el diagnòstic d'HTA en què la mitjana de les 3 últimes mesures de la pressió arterial (PA) durant el període d'avaluació és 150/95 (o $\leq 160/95$ si té 60 o més anys)}}{\text{Població atesa assignada entre 14 i 80 anys, amb el diagnòstic d'HTA}} \times 100$$

Origen de les dades: Estàndard de Qualitat Assistencial (EQA). Institut Català de la Salut.

ÍNDEX SOCIOECONÒMIC COMPOST

Descripció: índex construït a partir d'un model que contempla les variables següents:

- Tres categories de copagament de farmàcia:
 - Percentatge de població exempta de copagament de farmàcia.
 - Percentatge de població amb rendes inferiors a 18.000 € l'any.
 - Percentatge de població amb rendes superiors a 100.000 € l'any.
- Percentatge de població ocupada de 25 a 64 anys amb ocupacions manuals en relació amb el total de població ocupada.
- Percentatge de població de 16 anys o més amb nivell d'instrucció insuficient en relació amb el total de població de 16 o més anys.
- Percentatge de població de 25 anys o més sense estudis secundaris en relació amb el total de població de 25 anys o més.

Dimensions de la desagregació: per nivell territorial (ABS).

Origen de les dades: Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) i Registre d'Activitat Farmacèutica. Gerència de la Farmàcia i del Medicament. Àrea del Medicament. CatSalut.

Índex de morbiditat

Es determina a partir de l'estratificació de la població en nou grups i divuit categories, d'acord amb l'estat de salut de la població assignada i els diagnòstics i la severitat de la malaltia. A cada categoria li correspon un pes específic.

Factor territorial

Es determina a partir de les següents variables en relació amb la població assignada a cada EAP, amb la ponderació corresponent:

- Edat: 54,64%
- Nivell socioeconòmic: 27,61%
- Dispersió: 17,75%

S'obtindrà un factor territorial per a cada EAP, d'acord amb el valor obtingut de cada variable (edat, segons mitjana d'edat de la població; nivell socioeconòmic, segons trams d'aportació de farmàcia de la població; i dispersió, segons la distribució dels nuclis poblacionals a cada ABS), i l'aplicació dels pesos corresponents.

Compliment del contracte CatSalut

Es treballa amb el percentatge d'assoliment del contracte i el percentatge de la contraprestació per resultat.

El pagament de la contraprestació de resultat es determina en funció de l'assoliment d'uns resultats organitzatius, clínics i en salut esperats. El pagament per resultats es basa en uns objectius territorials i en uns objectius específics que el CatSalut haurà fixat i haurà fet arribar a l'entitat proveïdora, amb els indicadors i la ponderació per a cadascun.

Annex 8. Qüestionari de satisfacció (Informe PLAENSA®)

PLA D'ENQUESTES DE SATISFACCIÓ DEL CATSALUT

ATENCIÓ PRIMÀRIA: MEDICINA I INFERMERIA FAMILIAR I COMUNITÀRIA

RESULTATS PER ABS 2018 (<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5522>)

SATISFACCIÓ GENERAL

P 101 I ara, per acabar, valori de 0 a 10 el seu grau de satisfacció global amb el seu CAP / ambulatori.

(Si hagués de posar una nota del 0 al 10, quina nota li posaria? Tenint en compte que 0 vol dir gens satisfet i 10 molt satisfet.)

Annex 9. Qüestionari de qualitat de vida dels professionals (QVP-35)

	Gens	Una mica	Bastant	Molt						
1. Quantitat de feina que tinc	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Satisfacció amb el tipus de feina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Satisfacció amb el sou	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Possibilitat de promoció	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Reconeixement del meu esforç	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Pressió que rebo per fer una quantitat de feina determinada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Pressió que rebo per mantenir la qualitat de la meva feina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Presses i ofecs per manca de temps per fer la meva feina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Motivació (ganes d'esforçar-me)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Suport dels meus caps	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Suport dels companys	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Suport de la meva família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Ganes de ser creatiu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Possibilitat de ser creatiu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. «Desconnecto» en acabar la jornada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Rebo informació dels resultats de la meva feina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Conflictes amb altres persones de la feina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Manca de temps per a la meva vida personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Incomoditat física a la feina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Possibilitat d'expressar el que penso i necessito	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Càrrega de responsabilitat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. La meva empresa tracta de millorar la qualitat de vida del meu lloc de treball	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Tinc autonomia o llibertat de decisió	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Interrupcions molestes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Estrès (esforç emocional)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

26. Capacitació necessària per fer la meva feina actual	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
27. Estic capacitat per a la meva feina actual	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28. Varietat en la meva feina	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29. La meva feina és important per a la vida d'altres persones	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
30. És possible que les meves propostes siguin escoltades i aplicades	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
31. Tinc clar el que he de fer	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
32. Em sento orgullós de la meva feina professional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
33. La meva feina té conseqüències negatives per a la meva salut	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
34. Qualitat de vida en la meva feina	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
35. Em sento orgullós de treballar	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En cas d'ocupar un càrrec directiu (inclou direcció de Programa, caps de secció o d'unitat i supervisió d'infermeria) responeu la pregunta següent:

35b. Tinc el suport del meu equip	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----------------------------------	----------------------

Annex 10. Dictamen del COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA



DICTAMEN DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Màrius Morlans Molina, president del Comitè Ètic d'Investigació Clínica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

CERTIFICA:

Que aquest comitè ha avaluat la proposta de projecte de recerca següent:

CÒDI: 2020 002 CTE

DATA DE REGISTRE: 07.01.2020

TITOL: Les entitats de base associativa (EBA's), una aportació d'Osona a la sanitat catalana

VERSIÓ PROTOCOL: V2 21.02.2020 VERSIÓ FULL D'INFORMACIÓ: -

INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: Dr. Antoni Iruela López

PROMOTOR/A:

I considera que tenint en compte les respostes als aclariments sol·licitats:

- Compleix amb els requisits de rellevància científica i social i d'adequació metodològica als objectius del projecte.
- És garanteix el respecte als principis ètics i legals de les bones pràctiques en recerca, amb especial cura pel que fa a la protecció de la confidencialitat de les dades.
- Queda acreditada la competència de l'investigador/a principal així com dels directors del projecte i la proporcionalitat dels mitjans i recursos emprats.

El CEIC, acreditat per a la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària de la Generalitat de Catalunya amb data 4 d'agost de 2016 i amb la composició que consta a l'annex, va aprovar que el projecte es porti a terme, en la reunió del dia 11 de febrer de 2020, i recorda l'obligació de comunicar qualsevol canvi en el protocol o els possibles incidents.

I per a que consti on procedeix i a petició del investigador/a principal

Barcelona, 20 de març de 2020



ANNEX

President: Màrius Morlans Molina

Secretària: Emma Galceran Gràcia

Vocals: Carles Brotons Cuixart

Helena Corrigüelas Armillas

Joan Costa Pagès

Pilar Giner Boya

Carles Martin Fumadó

Ferran Masanés Torán

Jordi Peláez de Loño

Cristina Redondo Iniesta

M^aCarmen Sabater Sánchez

Francesc Torralba Roselló