

## **COMUNICACIÓN AL XXXI CONGRESO DERECHO Y SALUD. MÁLAGA, 30 DE MAYO, 1 Y 2 DE JUNIO DE 2023**

**Título: “LAS ENTIDADES DE BASE ASOCIATIVA SANITARIAS (EBAs), UN INSTRUMENTO DE TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) DESDE LA ECONOMÍA SOCIAL (ES)”**

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

Director Técnico de l'Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa Sanitàries (ACEBA). Centre d'Atenció Primària Vallcarca. Avda. de Vallcarca, 169-205,. Edifici Pedraforca, 08023 Barcelona. E-mail: [airuela@ebavallcarca.cat](mailto:airuela@ebavallcarca.cat)

**Josep Lluís Lafarga.** Abogado especializado en Derecho Público. Funcionario del Cuerpo de Abogacía de la Generalitat de Catalunya, en excedencia. Asesor Jurídico de ACEBA. Rambla de Catalunya, 43, 4º 2ª, 08007 Barcelona. E-mail: [lafargatraver@icab.cat](mailto:lafargatraver@icab.cat)

### **Resumen de la Comunicación:**

Las EBAs son empresas sociales que, atendiendo a los resultados asistenciales, de eficiencia y de satisfacción de usuarios y profesionales en sus 25 años de gestión de servicios públicos sanitarios en Catalunya, han de ser consideradas como un instrumento de transformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en orden a la resolución de los retos que el sistema sanitario público tiene planteados en la España post-Covid, a consecuencia de la escasez de profesionales sanitarios, la sobrecarga de trabajo, las condiciones salariales y laborales precarias y el éxodo de talento al exterior, lo que conlleva inequidad de acceso en la atención primaria y en determinadas especialidades y el aumento de las listas de espera, ya de por sí de difícil resolución, en un marco de infrafinanciación endémica que mina el sostenimiento del SNS y podría perjudicar la equidad y la calidad de la asistencia sanitaria, todo ello unido al progresivo envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades que exigen medidas de integración de los servicios sanitarios y sociales para la adecuada atención de las necesidades asistenciales de la ciudadanía.

### **Palabras clave:**

Entidades de base asociativa sanitarias (EBAs); Transformación; Sistema Nacional de Salud; Atención Primaria de Salud; Economía social; Profesionalismo y autogestión.

**Esta comunicación está directamente relacionada con la salud pública y la administración sanitaria y opta al Premio SESPAS-AJS.**

**Interesa que esta comunicación sea evaluada para su publicación en la Revista “Derecho y Salud”.**

## **1. Salud dentro del Estado del Bienestar. El diagnóstico**

Como es sabido, el Sistema Nacional de Salud constituye uno de los pilares fundamentales del Estado del Bienestar. Los otros pilares son el Sistema de Seguridad Social (en especial, las pensiones), el sistema educativo y el sistema de servicios sociales.

Es preciso recordar la arquitectura constitucional del Estado español (Título VIII de la Constitución española de 1978) en el que son las autonomías las que gestionan los servicios de salud y, por otra parte, el importante paraguas normativo que representa la Unión Europea en la legislación de los servicios de interés general de carácter económico y los servicios de atención a las personas (servicios de interés general de carácter no económico), de acuerdo con el artículo 106.2 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, (TFUE) y concordantes.

La atención primaria de salud (en adelante APS) constituye el eje vertebrador de los sistemas nacionales de salud más eficientes y de mejor calidad (1) (2) (3) y, como dicen Ortún y Pané, la oportunidad que ninguna sociedad puede perder (4). De especial interés resultan las recomendaciones de camfic (5) sobre qué debe hacerse en esta “*era post-covid*”, así como las recogidas en el documento de expertos de “*30 mesures per enfortir el sistema sanitari*” (6). Para la mayoría de expertos es necesario dedicar más recursos económicos, aumentar las plantillas, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, reformar y mejorar las instalaciones y los recursos tecnológicos.

A este debate se sumaron un grupo de directivos de la sanidad catalana en un artículo publicado en el diario La Vanguardia de 13 de febrero de 2022 (7) en el que básicamente nos hablan de los principales retos del sistema: mejorar la financiación y aplicar las reformas organizativas (dotar de personalidad jurídica y autonomía los hospitales, órganos de gobierno y gestión profesionalizados, incorporar modelos de autogestión al ámbito de la APS y mejorar las condiciones laborales de los profesionales que permitan desarrollar plenamente el profesionalismo).

Si saltamos del plano académico al plano político incluso el *Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica* del Congreso de los Diputados (8) no deja ninguna duda sobre la necesidad de potenciar la atención primaria como eje del Sistema Nacional de Salud (SNS).

A lo largo de esta comunicación intentaremos demostrar la disociación entre las palabras y los hechos, así como un cierto desenfoque a la hora de abordar los problemas del sistema sanitario y de la APS en particular. No es de extrañar. Así, la situación de invisibilidad (9) de la APS recuerda al coronel de García Márquez que “*no tiene quien le escriba*” y un cierto deterioro (10) por no hablar del clima también epidémico de hastío profesional (11). Para algunos autores el hecho de que quienes deciden y crean opinión sobre la APS no la utilizan es un factor que contribuye a explicar esta situación (12). De lo que no parece que haya duda

alguna es de que los presupuestos destinados a Sanidad marcarán los presupuestos de la próxima década (13).

A los efectos de nuestra comunicación nos interesa recordar que la prestación de los servicios de salud en el ámbito del Estado español puede ser, dicho de forma esquemática, de gestión directa, cuando es la propia Administración (directamente o mediante entes instrumentales de titularidad pública) con personal funcionario o estatutario, o gestión indirecta, cuando la Administración responsable delega esta prestación en entidades de naturaleza jurídico-privada que se vinculan a la misma mediante contratos o conciertos públicos.

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

## **2. Situación del sistema sanitario español. Propuesta terapéutica**

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

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

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

A España se han destinado unos 140.000 millones de euros en un período de 6 años. El plan diseñado en España para la recuperación es el *Plan de recuperación, transformación y resiliencia* (17) del 2020, con 4 ejes transversales: transición ecológica, transformación digital, cohesión social y territorial e igualdad de género, que tiene 10 políticas palanca y 30 componentes. Para salud los más relevantes serían el C11 *Modernización de la Administración pública*; el C13

*Impulso de las pymes y el C18 Renovación y ampliación de las capacidades del SNS*, con una inversión estimada de 1069 millones de euros (de los que 277 millones son propiamente para la APS y 792 millones se destinarán al capítulo de inversiones) y que, entre otras reformas e inversiones, incluye el *Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria* (Ejecución del Marco Estratégico para el refuerzo de la atención primaria y comunitaria para una mayor prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario). Otra reforma relevante a efectos de nuestra exposición es la del *Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad* (su objetivo es reforzar las dotaciones de médicos y enfermería, reducir su temporalidad, mejorar sus condiciones laborales y potenciar su formación y desarrollo profesional). Para ello se ha reformado la ley que regula el grueso del personal sanitario en España (Estatuto Marco de los servicios de salud) (18). Asimismo, se ha aprobado un Real Decreto para mejorar el sistema de formación sanitaria especializada (MIR) (19).

Todas estas políticas del Plan de recuperación se concretan mediante los PERTE (Proyecto Estratégico para la Recuperación y Transformación Económica). Hasta la fecha se han aprobado 12. Así, el 30 de noviembre de 2021 el Gobierno aprobó el *PERTE para la Salud de Vanguardia* (20), que tiene cuatro objetivos específicos: posicionar España como Estado líder en la innovación y desarrollo de terapias avanzadas; impulsar la puesta en marcha de la medicina personalizada de precisión; desarrollar un SNS digital, y potenciar la APS a través de la transformación digital.

El 31 de mayo de 2022 el Gobierno aprobó el *PERTE de la Economía Social y de los Cuidados* (21), en el que se invertirán más de 800 millones de euros hasta 2026. Tiene 2 objetivos generales: el impulso y desarrollo de la economía social (ES) y el fortalecimiento y transformación de servicios en el ámbito de los cuidados, y un tercer objetivo estratégico: la creación de un *hub* de vanguardia para focalizar y distribuir el conocimiento con las entidades que componen este modelo económico.

Este PERTE está vinculado y sigue a la Comisión Europea, que ha animado, mediante un plan de acción, a los estados miembros que incorporen la ES en sus políticas (22).

Desgraciadamente, cuando analizamos de forma detenida todas las medidas que se han puesto encima de la mesa no sabemos ver una apuesta decidida por aumentar el peso de la ES en la gestión de los servicios públicos de APS y dar salida a la epidemia de *burnout* que asola a este nivel asistencial (23) (24).

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

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

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

### **3. Las EBAs, una oportunidad de la ES en la gestión de la APS**

Las EBAs son (y podrían serlo más) un instrumento de la economía social para la gestión de los servicios públicos sanitarios (25), como concluíamos en el XVIII Congreso Internacional de Investigadores en Economía Social y Cooperativa, celebrado en este mismo enclave. Los requisitos y condiciones que deben cumplir las EBAs de conformidad con la LOSC (26) y el Decreto de la Generalitat de Catalunya 309/1997, de 9 de diciembre (27), así como las pautas contenidas en el *Código de Buen Gobierno de las EBAs* (28), garantizan que la actuación de estas entidades se adecúa escrupulosamente a los principios establecidos en el artículo 4 de la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social (28) y a los principios y valores de la ES reconocidos internacionalmente (30).

Los requisitos y condiciones exigidos legal y reglamentariamente a las EBAs se amparan en la finalidad de *"promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público"* (disposición adicional décima de la LOSC) (31), finalidad que se correlaciona con el interés general económico y social, atendiendo especialmente a los resultados asistenciales y económicos de las EBAs publicados por la *Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya*. Con ello se da cumplimiento al requisito establecido en el artículo 2 *in fine* de la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social. Es de destacar que esta apuesta legislativa catalana por la motivación e implicación de los profesionales para conseguir mejoras asistenciales se avanzó unos años a lo que algunos autores conceptualizaron como el *cuádruple aim* (32) (33).

Las EBAs, cualquiera que sea su forma jurídica, son entidades subsumibles en el artículo 5.1 *in fine* y 5.2 de la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social, como sea que cumplen con los requisitos materiales que los preceptos expresados determinan y, en consecuencia, deben entenderse comprendidas entre las entidades de economía social reguladas en la citada Ley, siendo, por tanto, dignas de la acción sustantiva de apoyo y promoción de los poderes públicos, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente. Ello no excluye la necesidad de que las EBAs constituidas al amparo de la disposición adicional décima de la LOSC estén debidamente acreditadas de conformidad con el Decreto 309/1997, de 9 de diciembre, como así es, e incluidas en los *Catálogos de Entidades de Economía Social* del Departamento de Empresa y Trabajo de la Generalitat de Catalunya y del Ministerio de Trabajo y Economía Social, con el informe previo del Consejo para el Fomento de la Economía Social, antes al

contrario, es necesario que se formalicen dichos trámites para acreditar de manera fehaciente la condición de entidades de economía social que ostentan formalmente las EBAs y gozar de las ventajas y de las obligaciones que esta condición entraña legalmente.

A mayor abundamiento, las EBAs dan estricto cumplimiento a los requisitos establecidos en el artículo 77 de la Directiva 2014/24/UE (34), del Parlamento Europeo y del Consejo.

#### **4. Situación en España, ¿por qué tan poco peso de la ES en al gestión de la APS?**

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

La Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social (29) desarrolla este reconocimiento en sede constitucional.

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

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

- La mayoría de las entidades de la ES son pymes y esto las sitúa en inferioridad competitiva a la hora de licitar en los procedimientos de adjudicación.
- Menos efecto *lobby*.
- Menos tecnología.
- La fuerza de los sindicatos, que se encuentran más cómodos en el marco de la función pública que en el marco de una empresa de economía social.
- Reticencias a la colaboración público-privada o público-social con falsos debates sobre la privatización del servicio.
- El afán de homogeneización de la provisión en la atención primaria y la oposición de los otros operadores (ICS y organizaciones hospitalarias).
- El miedo a la pérdida de control por parte de la Administración, pues siempre se ha prestado el servicio con gestión directa.

- Las reticencias de los propios profesionales.

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

En el ámbito sanitario, los parlamentos autonómicos que han regulado la figura de la concertación sanitaria, en la que encaja la provisión de servicios de atención primaria mediante entidades de Economía Social, son los de Aragón, con su Ley 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario (35); la Generalitat Valenciana, con la Ley 7/2017, de 30 de marzo, sobre acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario (36); Navarra, con su Ley Foral 13/2017, de 16 de noviembre, de conciertos sociales en los ámbitos de salud y servicios sociales (37), y Extremadura, con Ley 13/2018, de 26 de diciembre, de conciertos sociales para la prestación de servicios a las personas en los ámbitos social, sanitario y sociosanitario en Extremadura (38).

Todas ellos en líneas similares y con escasos matices diferenciales. Además, en otras Comunidades, como es el caso de Catalunya, está en trámite el Anteproyecto de Ley de armonización de las fórmulas de gestión no contractuales y de ordenación funcional de los servicios de salud con cargo a fondos públicos, que declara tributarios de concertación sanitaria las entidades sin ánimo de lucro y aquellas que cumplen con los requisitos establecidos en el artículo 77.2 de la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE (34), requisitos que reflejan los principios y valores de la Economía Social, y cuya aprobación por el Gobierno de Catalunya podría producirse en breve.

Asimismo, hemos tenido conocimiento hace pocas semanas del Anteproyecto de ley de promoción, fomento y ordenación de la economía social y solidaria en Catalunya (39) que, si bien reconoce la naturaleza de “*entidades de economía social i solidaria con actividad socioempresarial*” a todas aquellas que se adecúan a los principios y valores de la Economía Social fijados internacionalmente (entre los que no se exige la adopción de una forma jurídica determinada) (30) (art. 5), limita inopinadamente la acreditación de “*entidades de economía social y solidaria catalana con actividad socioempresarial de atención a las personas*” a las *instituciones de iniciativa social sin ánimo de lucro* y que tengan la forma jurídica de *cooperativas, mutualidades, fundaciones, asociaciones, sociedades laborales, empresas de inserción, centros especiales de trabajo, cofradías de pescadores y sociedades agrarias de transformación*, lo que resulta contradictorio (en primer lugar, las fundaciones no cumplen con el requisito identitario de la ES relativo a la *participación democrática en la gobernanza de la organización* y, en segundo lugar, las sociedades laborales y las cooperativas no son, por naturaleza, entidades sin ánimo de lucro) y, además, excluye *a priori* a cualesquiera otra formas jurídicas que no sean las recién citadas y, por tanto, a las EBAs (art. 6). A

este respecto es de señalar que Monzón Campos (40) ha solicitado la supresión de este precepto del Anteproyecto de Ley por *no responder a los principios y valores de la Economía social recogidos en el artículo 4 del (mismo) Anteproyecto (los reconocidos internacionalmente), ni tampoco a los criterios específicos formulados por la Unión Europea para reservar a determinadas organizaciones el derecho de participación en procedimientos de adjudicación de contratos públicos en el caso de servicios sociales, culturales y de salud*, supresión que, haciendo suyos dichos argumentos, ACEBA también ha reclamado en su escrito de alegaciones formulado en el trámite de audiencia pública del Anteproyecto de Ley de referencia (41).

Por lo demás, en términos generales, y sin perjuicio de la oportunidad y el acierto en la regulación por ley de la acción concertada entendida, conforme a la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE (34), como una forma de gestión no contractual de los servicios sanitarios, la legislación autonómica en materia de concertación sanitaria nos parece poco osada hasta ahora en lo que se refiere a la naturaleza de las entidades susceptibles de acción concertada (entidades públicas y entidades privadas sin ánimo de lucro), al no incorporar entre las mismas, pudiendo hacerlo, a las entidades que cumplen con los requisitos establecidos en el artículo 77 de la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, recién citada, requisitos que reflejan los principios y valores de la ES, según se ha dicho, a diferencia del Anteproyecto de Ley de concertación sanitaria de Catalunya que, esperamos, llegue a buen término.

Ello es así, con toda probabilidad, por el escaso número de estas entidades que, más allá de las clásicas instituciones sin ánimo lucrativo (asociaciones de utilidad pública, fundaciones y cooperativas reconocidas sin ánimo de lucro u otras entidades del Tercer Sector), tienen tradición y arraigo en la gestión de los servicios sanitarios públicos, salvo probablemente en el caso de Catalunya, con las EBAs, cuyo Anteproyecto de Ley de concertación sanitaria sí se refiere a las entidades que cumplen los referidos criterios identitarios del artículo 77 de la reiterada Directiva, además de a las entidades sin ánimo lucrativo, según se ha dicho.

En este sentido, el Anteproyecto de Ley de concertación sanitaria de Catalunya, de aprobarse como Proyecto y, finalmente, de convertirse en Ley, daría un notable paso adelante en el reconocimiento de las entidades de ES como proveedoras de servicios públicos sanitarios, lo que, por otra parte, es de justicia en el caso de Catalunya, habida cuenta que las EBAs constituyen el segundo grupo de empresas proveedoras de servicios de APS en esta Comunidad, que gestionan 13 equipos de atención primaria (EAPs), con más de seiscientos (600) profesionales y trabajadores y trabajadoras en nómina, con una cobertura poblacional que rebasa las doscientas sesenta mil (260.000) personas (42), y con unos resultados asistenciales y económicos muy relevantes en términos comparativos con las restantes entidades proveedoras de este tipo de servicios.



## **5. Profesionalismo y autogestión (EBAs): un modelo para la transformación del SNS desde la ES**

A la vista de lo expuesto anteriormente, huelga decir que, ni el Gobierno del Estado, ni los Gobiernos autonómicos han impulsado medidas legislativas orientadas a promover la gestión de servicios sanitarios públicos por entidades de ES mediante fórmulas de gestión no contractual, haciendo uso de las prerrogativas que la legislación europea ha puesto a su disposición en virtud del TFUE y de la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, reiterada. Antes al contrario, lamentablemente las iniciativas legislativas de los últimos meses apuntan justamente en la dirección opuesta, como es el caso del Proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del SNS (43), en cuyo artículo 1, bajo la rúbrica *“Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad”*, adiciona en su apartado 1 el artículo 47 al referido texto legal, relativo a la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del SNS, artículo cuyo apartado 3 prevé la preferencia de la gestión directa de carácter público, determinando la excepcionalidad del recurso a otras formas de gestión, cuyo uso habrá de justificarse desde el punto de vista sanitario, social y económico en una memoria elaborada al efecto, teniendo en cuenta con carácter previo la utilización óptima de los recursos sanitarios propios y demás criterios establecidos en esta Ley.

Esta iniciativa, que ha sido cuestionada por distintos agentes por el mantenimiento del sistema de gestión indirecta para MUFACE, MUJEJU e ISFAS (44) y por su eventual vulneración de la distribución competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia sanitaria (45), afortunadamente a fecha de hoy en vías de revisión en sede parlamentaria, obedece probablemente a la mala experiencia del modelo concesional para la construcción y gestión de hospitales públicos, desarrollado por la Generalitat Valenciana y la Comunidad Autónoma de Madrid, pero olvida que la colaboración público-privada para la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios no queda circunscrita a ese modelo de concesión administrativa y que existe una diversidad de fórmulas de colaboración: los conciertos con entidades sin ánimo de lucro, los convenios (en caso de hospitales privados, los convenios singulares de vinculación al SNS), los contratos de servicios regulados por la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP) (46) y, desde la entrada en vigor de dicha Ley, los conciertos sociales concebidos como instrumentos no contractuales excluidos de la LCSP, y las subvenciones, cuya virtualidad y contribución a la capacidad resolutoria del sistema sanitario público son muy notables, e imprescindibles para preservar el modelo sanitario de determinadas nacionalidades y regiones, habida cuenta la titularidad jurídico-privada de muchos de los dispositivos sanitarios que integran el sistema sanitario de utilización pública en los respectivos territorios, como es el caso de Catalunya.

En estas líneas queremos reivindicar la idoneidad de fórmulas como las EBAs para la gestión de los servicios públicos sanitarios desde la ES, en la línea de los países norte-europeos como Suecia, Noruega o Dinamarca, en orden a la resolución de problemas sistémicos de los servicios de salud, acentuados en la post-pandemia (por la escasez de profesionales (5), la precariedad de las condiciones salariales y laborales, su creciente *burnout* (23), el éxodo de talento al exterior y la dificultad manifiesta de las Administraciones sanitarias para cubrir determinados destinos en el territorio, especialmente en el ámbito de la APS, tal como se ha puesto de manifiesto en los últimos meses en distintos territorios del Estado, lo que deriva en la inequidad en el acceso a los centros de APS y a determinadas especialidades, aumentando las listas de espera ya de por sí de difícil resolución, en un marco de infrafinanciación endémica que mina el sostenimiento del SNS y podría perjudicar la equidad y la calidad de la asistencia sanitaria, todo ello unido al progresivo envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades que exigen medidas de integración de los servicios sanitarios y sociales para la adecuada atención de las necesidades asistenciales de la ciudadanía, escenario complejo que es de muy difícil solución para aquellas Administraciones), así como el buen hacer de los profesionales sanitarios organizados en forma autogestionaria, cuya capacidad resolutoria en términos de calidad de la asistencia y satisfacción percibida por los pacientes y por los propios profesionales es muy alta, a tenor de los resultados recogidos en la tesis doctoral de uno de los autores de esta comunicación (47) basados en los indicadores del Observatori d'Atenció Primària de Salut de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) en los últimos años (48), así como en los índices de satisfacción de los pacientes recogidos en Plaensa (49) que, con datos del año 2021, confirman los resultados estadísticamente superiores de las EBAs sobre el resto de modelos de gestión catalanes, como ya sucedía en las anteriores ediciones de 2015 y 2018. Recientemente se acaba de publicar el libro “*A este lado del espejo*” (50) que recoge el análisis de la actividad de la APS atendiendo a las necesidades epidemiológicas de la ciudad de Tarragona durante el año 2021 en base a los 3 modelos de gestión (Instituto Catalán de la Salud, organizaciones sanitarias integradas i EBAs). Partiendo de los resultados de este trabajo y haciendo un ejercicio de extrapolación del mismo a todo el territorio de Catalunya, de modo que todos los EAPs se comportaran como EBAs, habría un margen de 895 médicos que permitirían reforzar el dispositivo a la APS en esta Comunidad y se producirían unos 1500 millones de euros anuales de ahorro. Como dijo Keynes “la economía es una ciencia muy peligrosa” (51) a lo que humildemente añadiríamos que, si ésta es social (ES), aún lo es más !. Y es que sino es ahora, ¿cuándo?.

## **6. ¿Cómo hacerlo posible?**

Huelga decir que los excelentes resultados asistenciales y en salud comunitaria, de gestión y de satisfacción, tanto entre los usuarios como entre los profesionales sanitarios, que vienen acreditando las EBAs en sus 25 años de experiencia en la gestión de los servicios públicos sanitarios hacen pensar en la idoneidad de una

estrategia orientada a extender el modelo de profesionalismo y autogestión que encarnan estas entidades para hacer frente a los retos que el SNS tiene planteados a corto y medio plazo, siguiendo el ejemplo de los países más progresistas y avanzados de Europa, según se ha dicho. Al menos, en aquellos niveles asistenciales y territorios en los que este modelo puede resultar más indicado.

Para hacerlo posible, ha de promoverse la creación y la contratación de EBAs para la gestión de servicios sanitarios públicos en la APS y en otros niveles de la asistencia (especialmente en territorios y especialidades con déficit de profesionales sanitarios) y dotar el Sistema de los mecanismos necesarios desde el punto de vista legal para constituir EBAs en forma de sociedades de Beneficio e Interés Común (52), sociedades cooperativas u otras empresas sociales, con la participación de las entidades gestoras de servicios sanitarios de titularidad pública (Servicios de Salud, empresas públicas y consorcios sanitarios) y organizaciones sanitarias integrales (OSIs), e impulsando su contratación para la gestión de los servicios sanitarios públicos.

## Bibliografía

1. Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, et al. Evaluation of primary care: The “ Primary Care Assessment Tools - Facility version”for the Spanish health system. *Gac Sanit.* 2013;27(1):12–8.
2. McCauley L, Phillips RL, Meisnere M, Robinson SK. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. *Implement High-Quality Prim Care.* 2021 May 4;1–428.
3. Sandvik H. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of. *Br J Gen Pract [Internet].* 2021 [cited 2021 Sep 13]; Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
4. Ortún V, Pané O. Orientación a la atención primaria: la oportunidad que ninguna sociedad puede perder [Internet]. *Observatori La gestió importa.* 2022 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <http://lagestioimporta.cat/arees/orientacion-a-la-atencion-primaria-la-oportunidad-que-ninguna-sociedad-puede-perder/?lang=es>
5. camfic. Atenció Primària en l'era post-COVID revolució per a la transformació. 2021.
6. Comitè d'Experts per a la Transformació del Sistema Públic de Salut 30 +. 30 +. Mesures per enfortir el sistema de salut. 2020.
7. Recursos y reformas para encarar la pospandemia [Internet]. *La Vanguardia.* 2022 [cited 2022 Feb 13]. Available from: <https://www.lavanguardia.com/vida/20220213/8053585/recursos-reformas-encarar-pospandemia.html>
8. Dictamen Comisión para la Reconstrucción Social y Económica [Internet].

- BOCG. 2020 [cited 2022 Mar 1]. Available from: [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF)
9. Sisó-Almirall A. “Efecto desplazamiento” de la covid-19 en la salud poblacional: lecciones aprendidas desde la invisibilidad [Internet]. Salud, dinero y atención primaria. 2022 [cited 2022 Feb 6]. Available from: <http://saludinerop.blogspot.com/2022/02/efecto-desplazamiento-de-la-covid-19-en.html>
  10. Realising the Potential of Primary Health Care | OECD iLibrary [Internet]. OECD Health Policy Studies. 2020 [cited 2021 Apr 20]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a92adee4-en/index.html?itemId=/content/publication/a92adee4-en>
  11. Gené J. El peligroso hastío profesional [Internet]. AMF. 2021 [cited 2022 Mar 1]. p. 630–1. Available from: <https://amf-semfyc.com/web/article/3039>
  12. Simó Miñana J. La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria española. 2021 [cited 2022 Mar 1];14(3):129–30. Available from: [www.muface.es/revista/o221/En\\_Portada\\_Gobierno\\_de\\_funcionarios.html](http://www.muface.es/revista/o221/En_Portada_Gobierno_de_funcionarios.html)
  13. La sanidad marcará la orientación de los presupuestos la próxima década [Internet]. La Vanguardia. 2022 [cited 2022 Feb 20]. Available from: <https://www.lavanguardia.com/economia/20220220/8069668/sanidad-presupuestos-inversiones-covid-pandemia-espana.html>
  14. Costas A. Un nuevo contrato social postpandémico. El papel de la Economía social. CIRIEC-España, Rev Econ Pública, Soc y Coop [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 8];100:11–29. Available from: [www.ciriec-revistaeconomia.es](http://www.ciriec-revistaeconomia.es)
  15. Francisco J, Igual J, Jurado EB, Carrasco I, Inmaculada M, Monteagudo C. Economía Social y recuperación económica tras la crisis del COVID-19. CIRIEC-España, Rev Econ Pública, Soc y Coop [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 8];104:7–33. Available from: [www.ciriec-revistaeconomia.es](http://www.ciriec-revistaeconomia.es)
  16. Oficina Nacional de Estrategia y Prospectiva del Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia. España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de largo plazo. 2021;
  17. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia Gobierno de España [Internet]. [cited 2022 Apr 9]. Available from: <https://planderecuperacion.gob.es/>
  18. Real decreto-Ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco (BOE nº 161, de 06.07.2022). Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2022/07/05/12>
  19. Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica; y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades en Ciencias de la Salud.

- (BOE nº 173, de 20.07.2022). Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/07/19/589>
20. Gobierno de España. España transforma. PERTE para la Salud de Vanguardia. 2021;
  21. El Gobierno español aprueba el PERTE de la Economía Social y los Cuidados, dotado con 800 millones de euros | Actualidad Observatorio | Observatorio Español de la Economía Social [Internet]. [cited 2022 Jun 3]. Available from: <http://www.observatorioeconomiasocial.es/actualidad-observatorio.php?id=5143>
  22. 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>.
  23. Covid: El “burnout” se multiplica por 10 en la AP [Internet]. Redaccion Medica. 2022 [cited 2022 Apr 30]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/el-burnout-se-multiplica-por-10-entre-los-medicos-de-familia-con-el-covid-8230>
  24. 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>
  25. Lafarga JL, Iruela A. Las entidades de base asociativa sanitaria (EBAs). Un instrumento de la economía social para la gestión de los servicios públicos sanitarios. 2020;
  26. Llei15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. DOGC núm 1324 de 30/7/1990 [Internet]. dogc. 1990. p. 3660–73. Available from: [https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa/?action=fitxa&documentId=48426&language=ca\\_ES&textWords=09294101%2BOR%2B07208034%2BOR%2B03114114%2BOR%2B00364003%2BOR%2B97092038%2BOR%2B91352001%2BOR%2B90191085%2BOR%2B2833-85%2BOR%2B239](https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=48426&language=ca_ES&textWords=09294101%2BOR%2B07208034%2BOR%2B03114114%2BOR%2B00364003%2BOR%2B97092038%2BOR%2B91352001%2BOR%2B90191085%2BOR%2B2833-85%2BOR%2B239)
  27. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 309/1997, de 9 de desembre, pel qual s'estableixen els requisits d'acreditació de les entitats de base associativa per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària. [Internet]. dogc. 1997. Available from: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/2539/97310.pdf>
  28. 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>
  29. 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>

30. Resolución del Parlamento Europeo de 19 de febrero de 2009, sobre economía social (2008/2250 (INI)). Available from: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-6-2009-0062\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-6-2009-0062_ES.html)
31. Llei 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>
32. 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.
33. 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/>
34. 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.
35. Presidencia del Gobierno Aragón. Ley 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario. 2016;
36. Presidència Generalitat Valenciana. Ley 7/2017, de 30 de marzo, de la Generalitat, sobre acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario. 2017;
37. Comunidad Foral de Navarra. Ley Foral 13/2017, de 16 de noviembre, de ciertos sociales en los ámbitos de salud y servicios sociales. 2017; Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-15290-consolidado.pdf>
38. Comunidad Autónoma de Extremadura. Ley 13/2018, de 26 de diciembre, de ciertos sociales para la prestación de servicios a las personas en los ámbitos social, sanitario y sociosanitario en Extremadura. 2018; Available from: <https://boe.es/buscar/pdf/2019/BOE-A-2019-1792-consolidado.pdf>
39. Dirección General de Economía Social, el Tercer Sector i las Cooperativas del Departamento d'e Empresa y Trabajo de la Generalitat de Catalunya. Avantprojecte de llei de promoció, foment i ordenació de l'economia social i solidària a Catalunya. 2022. 1–28 p.
40. Monzón Campos, JL. Observaciones al Título I (disposiciones generales) del Anteproyecto de Ley de promoción, fomento y ordenación de la Economía social y solidaria en Catalunya.
41. ACEBA. Allegacions ACEBA a l'Avantprojecte de llei de promoció, foment i ordenació de l'economia social i solidària a Catalunya. 2022.
42. 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](http://www.aceba.cat)
43. Ministerio de Sanidad. Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. 2021;
44. Meneu R. AES ante el Anteproyecto de Ley sobre Equidad, Universalidad y Cohesión del SNS. El artículo 1 - Blog Economía y Salud [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 5]. Available from: <https://www.aes.es/blog/2021/12/22/aes->

ante-el-anteproyecto-de-ley-sobre-equidad-universalidad-y-cohesion-del-sns-el-articulo-1/

45. Lafarga JL, Iruela A. Alegaciones ACEBA al Anteproyecto de Ley de Equidad, Universalidad y Cohesión del SNS-30.11.2021. 2021;
46. Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE i 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 (BOE nº 272, de 09.11.2017). Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/2017/11/08/9/con>
47. Iruela A. Las entidades de base asociativa. Una aportación de Osona a la sanidad catalana. 2022.
48. 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>
49. Àrea de Ciutadania innovació i UG de GCUE del PSC de la salut. Pla d'Enquestes de Percepció, Experiència i Satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut Atenció primària: medicina i infermeria familiar i comunitària. 2021;
50. Ruiz Tellez A. A este lado del espejo [Internet]. Circulo Rojo, editor. 2022 [cited 2023 Feb 25]. 1–204 p. Available from: <https://www.amazon.es/este-lado-del-espejo-Mundo-Visita-ebook/dp/B0BTJT69K5>
51. Serrano E. La economía es muy peligrosa [Internet]. La Vanguardia. 2022 [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://www.lavanguardia.com/economia/20220521/8281890/economia-ciencia-economistas.html>
52. Ley 18/2022, de 28 de diciembre, de creación y crecimiento de empresas (BOE nº 234, de 29.09.2022). Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/2022/09/28/18>