

LAS ENTIDADES DE BASE ASOCIATIVA (EBA): PROFESIONALISMO Y AUTOGESTIÓN COMO PILARES PARA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOSTENIBLE

**Antonio
Iruela López**

*Médico de Familia Atenció Primària Vallcarca-Sant Gervasi
Director Tècnic d'ACEBA
Profesor Asociado de la Facultat de Medicina IVIC-UCC*

SUMARIO

I. Introducción. II. El modelo EBA: concepto, fundamentos y marco legal. III. Impacto en la gestión y resultados asistenciales. IV. La autogestión como motor de profesionalismo sanitario. V. Reflexiones críticas y retos de futuro. VI. Conclusiones. VII. Bibliografía.

RESUMEN

Las Entidades de Base Asociativa (EBA) constituyen un modelo de provisión de servicios sanitarios en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS) que aúna profesionalismo, autogestión y economía social. Desde su implantación en Catalunya, han demostrado una alta eficiencia, calidad asistencial y satisfacción tanto para profesionales como para pacientes. Este artículo analiza el marco legal que sustenta el modelo, sus resultados empíricos, su encaje en el derecho sanitario y sus potencialidades como instrumento transformador del SNS.

PALABRAS CLAVE

Entidades de Base Asociativa, autogestión, profesionalismo, Sistema Nacional de Salud, economía social.

ABSTRACT

The Associative-Based Entities (EBA) represent a model of healthcare service provision within Spain's National Health System that integrates professionalism, self-management, and social economy principles. Since their inception in Catalonia, they have proven highly efficient, achieving strong results in care quality and user and professional satisfaction. This article examines the legal foundations of the model, empirical outcomes, its position within healthcare law, and its transformative potential for the national system.

KEYWORDS

Associative-Based Entities, self-management, professionalism, National Health System, social economy.

I. INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud (SNS) atraviesa una etapa de tensión estructural derivada de la escasez de profesionales¹, la sobrecarga asistencial², el burnout creciente³ y la percepción de una gobernanza poco flexible⁴. Esta situación no es exclusiva de nuestro país, de hecho, el NHS inglés también se encuentra en una situación similar como recoge el informe de lord Darzi⁵ que recomienda abordar reformas antes que la situación sea irreversible.

Aunque España tiene una de las ratios más elevadas de médicos por habitante⁶ su distribución por especialidades (deficitaria en medicina de familia y en zonas alejadas de las grandes conurbaciones) representa un auténtico problema asistencial⁷ que no parece en vías de solucionarse, más bien lo contrario⁸.

La reforma de la atención primaria (AP) iniciada en España en los años ochenta⁹ supuso una mejora sustancial del sistema sanitario público, gracias a la implantación de un nuevo modelo asistencial

basado en la accesibilidad, la atención longitudinal, la coordinación y una visión comunitaria¹⁰. A pesar de los avances conseguidos, diversos informes y declaraciones internacionales, como la Declaración de Astaná de 2018¹¹, han puesto de manifiesto la necesidad de redefinir la AP para hacer frente a nuevos retos sociales, demográficos y económicos.

No hay ninguna duda del papel clave que desempeñan los profesionales sanitarios para poder obtener los mejores resultados asistenciales y de gestión, lo que se conoce como el cuádruple objetivo¹², en este sentido y de forma avanzada allá por los años 90 se promovieron en Cataluña los cambios legislativos¹³ y reglamentarios¹⁴ para promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público.

En este contexto, las Entidades de Base Asociativa (EBA), surgidas en Catalunya en 1996¹⁵, ofrecen una alternativa viable dentro del sistema público basada en la autogestión y el profesionalismo.

Desde entonces hasta la actualidad 13 equipos de atención primaria catalanes están gestionados bajo esta fórmula con más de una década de estancamiento en el desarrollo de nuevas EBA. Cabe mencionar que esta fórmula no ha conseguido trasladarse al resto de España donde se sigue el modelo estatutario¹⁶ a diferencia de la mayoría de los países europeos de nuestro entorno.

1 SOLER I FÁBREGAS, M. et al (2019): "Medical demographics in Barcelona, Spain: Facing the challenges for the future". *Med Clínica*. Vol. 152, núm. 10, pp. 405-410 (DOI: [10.1016/j.medcli.2018.10.031](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.031)).

2 GENÉ, J. (2021): "El peligroso hastío profesional". *Actualización en Medicina de Familia*. pp. 630-631 (URL: <https://amf-semfyc.com/web/article/3039>).

3 MONTERO ALÍA, J.J. et al. (2021): "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*. Vol. 39, núm. 3 (URL: <http://www.butlleti.cat/ca/Vol39/iss3/3>).

4 López i Casanovas, G. y Casanova i Roca, M. (2020): *La malaltia de la sanitat catalana : finançament i governança*. p. 125.

5 DARZI, A. (2024): *Independent Investigation of the National Health Service in England*. pp. 1-163 (URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66f42ae-630536cb92748271f/Lord-Darzi-Independent-Investigation-of-the-National-Health-Service-in-England-Updated-25-September.pdf>).

6 OECD (2023): *Health at a Glance: Europe 2022* (URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en.html).

7 SIMÓ MIÑANA, J. (2021): "La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria Española". *Revista Clínica de Medicina de Familia*. Vol. 14, núm. 3, pp. 129-130 (DOI: [10.55783/rcmf.140302](https://doi.org/10.55783/rcmf.140302)).

8 SIMÓ, J. (2025): "Encuentran (dinero para contratar) médicos para el hospital pero no para primaria: ¿Dónde están los 20.000 médicos de familia formados en los últimos 10 años?". *Salud, dinero y atención primaria* (URL: <https://saludinerioap.blogspot.com/2025/06/encuentran-dinero-para-contratar.html>).

9 VILLALBÍ, J.R. y FARRÉS, J. (2005): "Culminar la reforma de la atención primaria de salud: gestión del cambio en Barcelona, 1998-2003". *Atención Primaria*. Vol. 35, núm.9, pp. 484-488 (DOI: <https://doi.org/10.1157/13075474>).

10 STARFIELD, B. (1994): "Is primary care essential?". *Lancet*. Vol. 344, núm. 8930, pp. 1129- 1133 (DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)).

11 Comisión Nacional de Productividad (2021): "Estudio sobre la eficiencia en la gestión de la Atención Primaria Comparativa en el ámbito internacional europeo - Informe Final". pp. 99 (URL: <https://www.cnep.cl/wp-content/uploads/2022/04/Informe-Final-APS-FCh-parte-2.pdf>).

12 SIKKA, R., MORATH, J.M. y LEAPE, L. (2015): "The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work". *BMJ Qual Saf*. Vol. 24, núm. 10, pp. 608- 610 (<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>).

13 Ley 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.

14 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.

15 Diario Medico (2016): "Tras 20 años de la primera EBA, el modelo afronta un futuro incierto" (URL: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/tras-20-anos-de-la-primera-eba-el-modelo-afronta-un-futuro-incierto.html>).

16 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

En Cataluña, la Central de Resultados (CdR)¹⁷ ha permitido consolidar un sistema de evaluación periódica del rendimiento de los dispositivos sanitarios, incluyendo la atención primaria. La evaluación de los diferentes modelos de gestión es especialmente relevante en un sistema con pluralidad de proveedores (ICS, EBA, OSI), se han realizado diferentes estudios¹⁸ pero parece que todavía hay camino de avance al incluir en la evaluación aspectos como las características poblacionales o el grado de satisfacción profesional¹⁹ para explicar las diferencias encontradas entre los diferentes modelos de gestión.

El CAIROS (Comitè d'Avaluació, Innovació i Reforma Operativa del Sistema de Salut) creado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya²⁰, nace con la voluntad de recoger entre los diversos análisis de situación y propuestas ya existentes sobre distintos aspectos del sistema sanitario, evaluados por distintos grupos consultados, para convertirlas en medidas de acción en la realidad concreta del sistema sanitario catalán. Las propuestas se enmarcan con los principios macro de equidad y financiación suficientes; facilitar los elementos micro de gestión clínica y seguridad del paciente; y transformar algunos elementos meso que lo requieren, como la gestión de centros, la compra de servicios, la gestión de recursos humanos y la incorporación de nuevos perfiles profesionales. Las 10 líneas de acción y las 25 medidas que se proponen se desarrollan mediante equipos de transformación operativa (ETO), gestión de proyectos y equipos de gobernanza. Hace sólo unos días y mediante acuerdo de gobierno²¹ se

han seleccionado 27 equipos de atención primaria de entre los 116 que lo solicitaron, siendo denominados Centros de Salud Integral de Referencia (CSIR) para implantar y evaluar 15 medidas relacionadas con la orientación a las necesidades de la población (Acceso, Satisfacción, Calidad de la atención, Integración social y entre niveles, y salud pública y comunitaria), Organización y eficiencia (Autonomía organizativa, coordinación de recursos, Tecnología y IA, y banco de horas de I+D) y Desarrollo profesional (Estructura retributiva-incentivos-, Organización asistencial y Competencias profesionales).

En general, cabe destacar que esta experiencia ha suscitado interés y esperanza en la APS catalana, aunque tampoco le faltan detractores por las dificultades legales que se ven en el proyecto, la infradotación presupuestaria o incluso un intento de privatización encubierto²². Los CSIR deben en primer lugar poder acreditar que son representativos de la atención primaria catalana y posteriormente deberán ser evaluados sus resultados para intentar escalarlos al resto del sistema.

En todo caso ya sea con los CSIR o con las EBA se trata de dar respuesta a los retos derivados de los cambios sociales, demográficos y tecnológicos que den respuesta a las expectativas y a las necesidades actuales y futuras de la ciudadanía. Se trata de cuidar a los profesionales de la salud y optimizar el funcionamiento de los centros. Persiguen obtener una mejora de la accesibilidad, la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, preservando los principios básicos de equidad y universalidad y sin renunciar a la mejora de la financiación. Las medidas identificadas se orientan a transformar la gestión de los centros, la compra de servicios y el desarrollo y reconocimiento profesional, con un modelo basado en superiores cuotas de autonomía organizativa y de gestión, como palanca de cambio para mejorar los resultados en salud y la satisfacción ciudadana. La diferencia, a priori, entre CSIR y las EBA sería que en las EBA los profesionales se implican jurídicamente asumiendo la propiedad de la organización con riesgo económico si los resultados no son satisfactorios y desvinculándose del SNS mediante excedencia especial.

Este artículo analiza el marco legal que sustenta el modelo de las EBA, sus resultados empíricos, su encaje en el derecho sanitario y sus potencialidades como instrumento transformador del SNS.

17 ESPALLARGUES CARRERAS, M. et al. (2025): "Results Centre: advances in the evaluation and transparency of the Catalan health system". *Gaceta Sanitaria*. Vol. 39, núm. 102466 (DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102466>).

18 Véase IRUELA LÓPEZ, A. (2022): "Les entitats de base associativa, una aportació d'Osona a la sanitat catalana" (Tesi Doctoral). UAB. (URL: <http://hdl.handle.net/10803/688796>). SEGURA, A. (2007): *Evaluación de la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria*. Departament de Salut. VILASECA, J.M. et al. (2021): "Modelos de gestión de la atención primaria en Cataluña: ¿Que gane el mejor?". *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 95, pp. 1-8 (URL: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/C_ESPECIALS/RS95C_202105073.pdf).

19 BALLART, X., FERRAIOLI, F. e IRUELA, A. (2022): "Carga administrativa, motivación y bienestar entre médicos de asistencia primaria. Comparación entre modelos de gestión". *Gaceta Sanitaria*. Vol. 37 (DOI: [10.1016/j.gaceta.2023.102306](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102306)).

20 Acord GOV/203/2024, de 25 de setembre, pel qual es crea el Comitè d'Avaluació, Innovació i Reforma Operativa del Sistema de Salut.

21 Acord GOV/171/2025, d'1 de juliol, pel qual s'autoritza el desenvolupament de les mesures de transformació i reforma operativa de l'atenció primària de la salut, mitjançant l'establiment dels centres de salut integral de referència com a mitjà de desenvolupament. (URL: <https://portalldogc.gencat.cat/utis/EADOP/PDF/9446/2097440.pdf>).

22 Metges de Catalunya (2024): "Les propostes del CAIROS generen moltes incògnites i abunden en solucions que no redueixen la sobrecàrrega dels professionals". (URL: <https://metgesdecatalunya.cat/ca/actualitat/noticies/mc-les-propos-tes-del-cairos-generen-moltes-incognites-i-abunden-en-solucions-que-no-redueixen-la-sobrecarrega-dels-professionals>).

II. EL MODELO EBA: CONCEPTO, FUNDAMENTOS Y MARCO LEGAL

Las EBA son sociedades profesionales que gestionan áreas básicas de salud (ABS) mediante concurso público, con una composición interna participativa, transversal y con autonomía organizativa. Las EBA son un instrumento de la economía social para la gestión de los servicios públicos sanitarios²³.

Los requisitos y condiciones que deben cumplir las EBA de conformidad con la LOSC²⁴ y el Decreto de la Generalitat de Catalunya 309/1997, de 9 de diciembre, 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”, así como las pautas contenidas en el Código de Buen Gobierno de las EBA²⁵, 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 Social²⁶ y a los principios y valores de la ES reconocidos internacionalmente²⁷.

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 años más tarde como el cuádruple aim²⁸.

Las EBA, 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

23 Véase LAFARGA, J. LL. e IRUELA, A. (2020): Las entidades de base asociativa sanitaria (EBAs). Un instrumento de la economía social para la gestión de los servicios públicos sanitarios” (URL: <https://www.aceba.cat/ca/files/doc652/las-entidades-base-asociativa-sanitarias-y-la-economia-social-2020.pdf>).

24 Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.

25 ACEBA (2016): “Codi de Bon Govern” (URL: <http://www.aceba.cat/ca/files/doc478/codi-de-bon-govern-deles-eba-juny2016.pdf>).

26 Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social.

27 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.

28 Véase BODENHEIMER, T. y SINSKY, C. (2014): “From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider”. *Annals of Family Medicine*. Vol. 12, núm. 6 (DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1713>) y SIKKA, R., MORATH, J.M. y LEAPE, L. (2015).

sustantiva de apoyo y promoción de los poderes públicos, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente. Ello no excluye la necesidad de que las EBA 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 EBA y gozar de las ventajas y de las obligaciones que esta condición entraña legalmente. A mayor abundamiento, las EBA dan estricto cumplimiento a los requisitos establecidos en el artículo 77 de la Directiva 2014/24/UE²⁹, del Parlamento Europeo y del Consejo.

El 15 de noviembre de 2002 se creó la Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa (ACEBA)³⁰, que integra todos los centros autogestionados en Atención Primaria de Cataluña³¹.

La mayoría de las EBA adoptan la fórmula jurídica de SLP (Sociedades Limitadas Profesionales), también contamos con una cooperativa y una fundación.

III. IMPACTO EN LA GESTIÓN Y RESULTADOS ASISTENCIALES

Las EBA dan cobertura sanitaria a unos 280.000 catalanes³² lo que convierte a las entidades de ACEBA en el segundo proveedor de atención primaria después del ICS que da cobertura al 75% de la población catalana³³.

Según datos recogidos en la memoria de ACEBA del 2023³⁴, estas entidades cuentan con una plantilla superior a más de 750 trabajadores y profesionales

29 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.

30 Creación de ACEBA (URL: <https://www.aceba.cat/es/las-eba/nuestra-historia.htm>).

31 Entidades de ACEBA (URL: <https://www.aceba.cat/es/las-eba/entidades-aceba.htm>).

32 ACEBA. Memoria anual. 2023.

33 Instituto Catalán de la Salud (2023): “La sanidad pública en Cataluña” (URL: <https://www.encyclopediasalud.com/instituto-catalan-de-la-salud/>).

34 ACEBA. Memoria anual. 2023.

que realizaron casi 1,5 millones de visitas ese año, reflejando una elevada capacidad resolutive y accesibilidad.

Los datos publicados por la Central de Resultados³⁵ del Departament de Salut de la Generalitat evidencian que las EBA presentan mejores indicadores de eficiencia, como el coste medio por usuario o la tasa de polimedicación, así como indicadores de efectividad asistencial, como la reducción de hospitalizaciones evitables o una menor duración media de las bajas por incapacidad laboral.

En cuanto a la calidad percibida, la encuesta PLAENSA 2024³⁶ sitúa a las EBA con una valoración global de 8,09 sobre 10, superando la obtenida por el ICS (7,73) y por otras organizaciones sanitarias integradas. Asimismo, las EBA destacan en el grado de cumplimiento de los contratos programa del CatSalut, así como en los resultados del índice de calidad de la prescripción farmacéutica (IQF).

Estos buenos resultados se alinean con el enfoque del cuádruple objetivo (Quadruple Aim)³⁷, que añade al trinomio clásico (mejorar la experiencia del paciente, la salud poblacional y reducir costes) un cuarto componente: la mejora de la experiencia y bienestar del profesional sanitario. En este sentido, las EBA llevan a cabo anualmente la encuesta CVP-35, herramienta que evalúa la calidad de vida profesional, cuyos resultados muestran un alto nivel de satisfacción y resiliencia, incluso durante el periodo post-pandémico³⁸.

A diferencia de los indicadores comentados con anterioridad, no contamos con valores de CVP-35 de todos los EAP catalanes, con lo que no se puede establecer comparaciones entre los diferentes EAP y modelos de gestión. Hemos tenido información que los CSIR incorporarán la realización del CVP-35 con lo que en próximos estudios podremos incorporar este análisis.

Además, todos los centros adscritos a ACEBA se someten a una evaluación externa anual del Código de Buen Gobierno (CBG)³⁹, lo que refuerza la

transparencia, la mejora continua y el compromiso ético con los resultados y la sostenibilidad del sistema.

El modelo EBA refuerza la motivación profesional al devolver poder de decisión a los equipos, fomentar la innovación local y reconocer la implicación en los resultados. La evaluación anual del Código de Buen Gobierno y el CVP-35 de calidad de vida laboral reflejan índices positivos sostenidos, incluso en el contexto post-pandemia.

IV. LA AUTOGESTIÓN COMO MOTOR DE PROFESIONALISMO SANITARIO

El modelo EBA encarna una forma avanzada de gobernanza sanitaria basada en la autogestión profesional, alineada con los planteamientos organizativos descritos por Frédéric Laloux en su teoría de las organizaciones “Teal” aquellas que promueven autonomía, plenitud personal y propósito evolutivo en contextos complejos y dinámicos⁴⁰. Esta lógica de gestión horizontal, participativa y orientada a resultados encuentra en las EBA una expresión tangible y contextualizada al sistema sanitario catalán.

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 SNS⁴¹, en cuyo artículo 1, bajo la rúbrica “Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad”, adiciona en su

35 AQUAS (2023): “Informe Atenció Primària. Central de Resultats” (URL: <https://aquas-gencat.shinyapps.io/centralderesultats/>).

36 Gerència de Gestió Ciutadana: Unitat d'avaluació i experiència del pacient. Pla d'Enquestes de Percepció, Experiència i Satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut Atenció primària: medicina i infermeria familiar i comunitària. Serv Català la Salut (URL: <https://xpatientbcncongress.com/wp-content/uploads/2019/10/XPAT-PREMs.pdf>).

37 SIKKA, R., MORATH, J.M. y LEAPE, L. (2015).

38 ACEBA. Memoria anual. 2023.

39 GRÀCIA, L., et al. (2024): “Experiència del Codi

de Bon Govern com a instrument de governança de les EBA”. Comunicació oral al 2n Congrés Català de Gestió Clínica i sanitària. Sitges, 2024 (URL: <https://lagescioimporta.cat/wp-content/uploads/2024/12/E6-Iruela.pdf>)

40 Laloux, F. (2015): *Reinventing Organizations*. Les Éditions Diateneo (URL: <https://media.electre-ng.com/extraits/extrait-id/bfb3a40fc45066f85e8632858a65ca7c2bf202e4c-3c721909da6befb299a1551.pdf>).

41 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/consejodeministros/referencias/Paginas/2022/refc20220614_cc.aspx#SNS

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, MUJEU e ISFAS⁴² y por su eventual vulneración de la distribución competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia sanitaria, 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)⁴³ 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 resolutive 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 EBA 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 profesionales⁴⁴, la precariedad de las condiciones salariales y laborales, su creciente burnout⁴⁵, 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 resolutive 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 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, así como en los índices de satisfacción de los pacientes recogidos en Plaensa⁴⁶ que, con datos del año 2021, confirman los resultados estadísticamente superiores de las EBA 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”⁴⁷ 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

44 CAMFIC (2021): Atenció Primària en l'era post-COVID revolució per a la transformació.

45 Acord GOV/171/2025, d'1 de juliol, pel qual s'autoritza el desenvolupament de les mesures de transformació i reforma operativa de l'atenció primària de la salut, mitjançant l'establiment dels centres de salut integral de referència com a mitjà de desenvolupament. Accesible en el enlace siguiente: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/9446/2097440.pdf>

46 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>

47 RUIZ TELLEZ, A. (2022).

42 Cercle de Salut. El pretès blindatge de la sanitat pública contra la sanitat privada [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 25]. Available from: <http://cerclledesalut.cat/bloc/el-pretès-blindatge-de-la-sanitat-publica-contra-la-sanitat-privada/>

43 España. Jefatura del Estado. 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 y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014. Boletín Of del Estado. 2017;272(272):1-268.

de la Salud, organizaciones sanitarias integradas i EBA). 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 EAP se comportaran como EBA, 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

Estos datos no solo respaldan la viabilidad del modelo, sino que lo sitúan como una vía estratégica para avanzar en un sistema sanitario más eficiente, equitativo y profesionalizado, en línea con los objetivos de sostenibilidad y resiliencia post-pandemia.

V. REFLEXIONES CRÍTICAS Y RETOS DE FUTURO

A pesar de la consolidación del modelo EBA en Cataluña y de la evidencia empírica favorable sobre sus resultados en eficiencia, calidad asistencial y satisfacción profesional y ciudadana, persisten importantes resistencias estructurales a su extensión. Entre estas barreras destacan el sesgo político-administrativo hacia la gestión directa, la rigidez normativa del aparato público, así como la limitada capacidad de influencia institucional de la economía social, que dificulta su posicionamiento frente a modelos más tradicionales de provisión sanitaria.

La normativa estatal vigente continúa privilegiando la gestión directa de los servicios sanitarios públicos, sin explorar de forma suficiente ni decidida otras fórmulas jurídicas de colaboración público-social previstas tanto en la legislación nacional como en la normativa europea. En particular, la Directiva 2014/24/UE y el artículo 77 del TFUE reconocen expresamente la posibilidad de reservar la gestión de determinados servicios a entidades de la economía social, siempre que cumplan criterios de interés general, ausencia de ánimo de lucro y participación democrática en la gobernanza.

En este contexto, los excelentes resultados alcanzados por las EBA a lo largo de sus 25 años de trayectoria deberían constituir un punto de partida para diseñar una estrategia de expansión del modelo, especialmente en territorios con déficit de profesionales, dificultades de cobertura o mayores desigualdades sociales. La evidencia comparada demuestra que modelos basados en profesionalismo, corresponsabilidad y autogestión, como los existentes en países como Noruega, Dinamarca o Países Bajos, han logrado una mayor eficiencia organizativa y un mayor compromiso de los profesionales con el sistema público.

Para hacer posible esta transición, resulta imprescindible reformar el marco normativo autonómico y estatal para facilitar la constitución y contratación de EBA como entidades proveedoras del Sistema Nacional de Salud. Esta reforma debería incluir la posibilidad de constituirse como sociedades de Beneficio e Interés Común, cooperativas sanitarias u otras formas de empresa social, en las que puedan participar entidades de titularidad pública (servicios de salud, consorcios, empresas públicas) junto a los propios profesionales y comunidades locales.

Dos desarrollos legislativos recientes pueden ofrecer una oportunidad estratégica: por un lado, el Anteproyecto de Ley de la economía social y solidaria de Cataluña, que fue presentado en el Parlamento catalán a comienzos de junio de 2025⁴⁸; y por otro, el Anteproyecto de Ley de acción concertada sanitaria⁴⁹, que prevé la reserva de determinados servicios sanitarios públicos a entidades sin ánimo de lucro y de economía social, en coherencia con el marco europeo. La aprobación y desarrollo reglamentario de estas normas puede abrir una ventana de oportunidad para el reconocimiento formal de las EBA como instrumentos legítimos y eficaces de gestión del sistema sanitario público.

En definitiva, se requiere una voluntad política firme, un reconocimiento institucional explícito y un marco normativo habilitador para que el modelo EBA pueda extenderse más allá de su actual enclave catalán. Este paso no solo supondría un avance en términos de eficiencia y profesionalismo, sino que respondería a la urgencia de transformar el SNS desde una lógica más participativa, resiliente y centrada en el valor público.

VI. CONCLUSIONES

Las EBA constituyen un modelo contrastado, que compatibiliza servicio público, eficiencia y bienestar profesional. Representan una vía realista para transformar el SNS desde dentro, alineada con los principios de la economía social, el derecho sanitario y la sostenibilidad del sistema. Su extensión requiere voluntad política, reformas normativas y reconocimiento institucional.

48 Avantprojecte de Llei de l'economia social i solidària de catalunya. Generalitat de Catalunya. Preàmbul.

49 Memòria preliminar de l'avantprojecte de llei d'acció concertada en l'àmbit dels serveis sanitaris a càrrec del Servei Català de la Salut.

Servei Català de la Salut (2025): "Memòria preliminar de l'avantprojecte de llei d'acció concertada en l'àmbit dels serveis sanitaris a càrrec del Servei Català de la Salut".

VII. BIBLIOGRAFÍA

- BALLART, X., FERRAIOLI, F. e IRUELA, A. (2022): “Carga administrativa, motivación y bienestar entre médicos de asistencia primaria. Comparación entre modelos de gestión”. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 37 (DOI: [10.1016/j.gaceta.2023.102306](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102306)).
- BODENHEIMER, T. y SINSKY, C. (2014): “From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider”. *Annals of Family Medicine*. Vol. 12, núm. 6 (DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1713>).
- DARZI, A. (2024): *Independent Investigation of the National Health Service in England*. pp. 1–163 (URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66f42ae630536cb92748271f/Lord-Darzi-Independent-Investigation-of-the-National-Health-Service-in-England-Updated-25-September.pdf>).
- ESPALLARGUES CARRERAS, M. et al. (2025): “Results Centre: advances in the evaluation and transparency of the Catalan health system”. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 39, núm. 102466 (DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102466>).
- GENÉ, J. (2021): “El peligroso hastío profesional”. *Actualización en Medicina de Familia*. pp. 630–631 (URL: <https://amf-semfyc.com/web/article/3039>).
- GRÀCIA, L., et al. (2024): “Experiència del Codi de Bon Govern com a instrument de governança de les EBA”. Comunicació oral al 2n Congrés Català de Gestió Clínica i sanitària. Sitges, 2024 (URL: <https://lagestioimporta.cat/wp-content/uploads/2024/12/E6-Iruela.pdf>).
- IRUELA LÓPEZ, A. (2022): “Les entitats de base associativa, una aportació d'Osona a la sanitat catalana” (Tesi Doctoral). UAB. (URL: <http://hdl.handle.net/10803/688796>).
- LAFARGA, J. LL. e IRUELA, A. (2020): Las entidades de base asociativa sanitaria (EBAs). Un instrumento de la economía social para la gestión de los servicios públicos sanitarios” (URL: <https://www.aceba.cat/ca/files/doc652/las-entidades-base-asociativa-sanitarias-y-la-economia-social-2020.pdf>).
- LALOUX, F. (2015): *Reinventing Organizations*. Les Éditions Diateneo (URL: <https://media.electre-ng.com/extraits/extrait-id/bfb3a-40fc45066f85e8632858a65ca7c2bf202e4c3c-721909da6befb299a1551.pdf>).
- LÓPEZ I CASASNOVAS, G. y CASANOVA I ROCA, M. (2020): *La malaltia de la sanitat catalana : finançament i governança*.
- MONTERO ALÍA, J.J. et al. (2021): “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*. Vol. 39, núm. 3 (URL: <http://www.butlleti.cat/ca/Vol39/iss3/3>).
- RUIZ TELLEZ, A (2022): *A este lado del espejo*. Circulo Rojo.
- SEGURA, A. (2007): *Evaluación de la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria*. Departament de Salut.
- SIKKA, R., MORATH, J.M. y LEAPE, L. (2015): “The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work”. *BMJ Qual Saf*. Vol. 24, núm. 10, pp. 608- 610 (<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>).
- SIMÓ, J. (2025): “Encuentran (dinero para contratar) médicos para el hospital pero no para primaria: ¿Dónde están los 20.000 médicos de familia formados en los últimos 10 años?”. *Salud, dinero y atención primaria* (URL: <https://saludinerioap.blogspot.com/2025/06/encuentran-dinero-para-contratar.html>).
- SIMÓ MIÑANA, J. (2021): “La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria Española”. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. Vol. 14, núm. 3, pp. 129-130 (DOI: [10.55783/rcmf.140302](https://doi.org/10.55783/rcmf.140302)).
- SOLER I FÁBREGAS, M. et al (2019): “Medical demographics in Barcelona, Spain: Facing the challenges for the future”. *Med Clínica*. Vol. 152, núm. 10, pp. 405–410 (DOI: [10.1016/j.medcli.2018.10.031](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.031)).
- STARFIELD, B. (1994): “Is primary care essential?”. *Lancet*. Vol. 344, núm. 8930, pp. 1129-1133 (DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)).
- VILASECA, J.M. et al. (2021): “Modelos de gestión de la atención primaria en Cataluña: ¿Que gane el mejor?”. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 95, pp. 1-8 (URL: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/C_ESPECIALES/RS95C_202105073.pdf).

- VILLALBÍ, J.R. y FARRÉS, J. (2005): “Culminar la reforma de la atención primaria de salud: gestión del cambio en Barcelona, 1998-2003”. *Atención Primaria*. Vol. 35, núm.9, pp. 484-488 (DOI: <https://doi.org/10.1157/13075474>).