

ECONOMÍA SOCIAL, SALUD Y ENTIDADES DE BASE ASOCIATIVA SANITARIAS

**José Luis
Monzón Campos**

*Catedrático Honorario de Economía Aplicada
Universitat de València
Director de CIRIEC-España*

SUMARIO

I. Introducción. II. Economía Social y Economía Social y Solidaria. 1. El concepto europeo de Economía Social. 2. El concepto internacional de Economía Social-Solidaria. **III. Las Entidades de Base Asociativas Sanitarias y la Economía Social.** 1. Introducción. 2. El marco normativo de las entidades de base asociativa sanitarias. 3. Las características identitarias de las Entidades de Base Asociativa Sanitarias en las normas jurídicas. 4. Las Entidades de Base Asociativa Sanitarias como parte integrante de la Economía Social. **IV. La Gestión de Servicios Público de la Salud por las Empresas de la Economía Social: La experiencia de las EBAS.** V. Fuentes y bibliografía.

RESUMEN

Esta investigación analiza la evolución y consolidación de los conceptos de economía social y economía social y solidaria, así como las características identitarias de las entidades de base asociativa sanitarias de Catalunya, para concluir que éstas son parte integrante de la economía social.

La investigación finaliza con unas reflexiones sobre la gestión del servicio público de Catalunya por las entidades de base asociativa sanitarias, en las que se comprueba que han constituido una experiencia de éxito en el espacio de colaboración público-privada en la gestión de servicios públicos.

PALABRAS CLAVE

Economía social, economía social y solidaria, entidades de base asociativa sanitarias, servicios públicos, colaboración público-privada.

ABSTRACT

This research analyzes the evolution and consolidation of the concepts of social economy and social and solidarity economy, as well as the identity characteristics of associative-based healthcare entities in Catalonia, concluding that these entities are an integral part of the social economy.

The research concludes with some reflections on the management of Catalonia's public healthcare services by associative-based entities, demonstrating that they have been a successful example of public-private collaboration in the management of public services.

KEYWORDS

Social economy, Social and solidarity economy, Associative-based healthcare entities, Public services, Public-private collaboration.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos 35 años la economía social (ES) se ha posicionado en Europa y España como un sector relevante del sistema económico. Una ES conformada por una gran pluralidad de actores que se desenvuelven en todos los ámbitos de la actividad económica. Por utilizar la terminología de los sistemas de contabilidad nacional en vigor (SCN-2008 y SEC-2010), se trata tanto de productores de mercado (cooperativas, mutuales, sociedades laborales, empresas de base asociativa controladas por sus trabajadores, empresas sociales y otras), como de productores no de mercado (principalmente asociaciones y fundaciones).

Todas estas empresas y entidades, lucrativas y no lucrativas, tienen un núcleo identitario común: son empresas y entidades de carácter libre, voluntario y abierto, con procesos de decisión democrática, creadas desde la sociedad civil para satisfacer y resolver necesidades de personas, hogares o colectivos sociales, y no para retribuir o dar cobertura a inversores o empresas capitalistas.

La irrupción de la ES en las agendas políticas de la UE tuvo su punto de arranque en 1989, cuando la Comisión Europea publicó la Comunicación titulada *Las empresas de economía social y la construcción de un mercado único sin fronteras*¹. Desde entonces han sido numerosas las Comunicaciones y Resoluciones elaboradas por las tres instituciones de la UE que conjuntamente desarrollan el procedimiento legislativo ordinario (Parlamento, Consejo de la UE y Comisión de la UE)². Por su parte, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité Europeo de las Regiones han elaborado numerosos informes y dictámenes sobre la economía social³.

Destaca, por su importancia y actualidad el Plan de Acción Europeo para la economía social⁴.

En el ámbito de las legislaciones nacionales europeas ha sido pionera la Ley española 5/2011 de 29 de marzo, de economía social, a la que han seguido leyes similares en diferentes autonomías y en otros países europeos.

El último informe de la Comisión Europea sobre la ES-Informe EISMEA-, revela la existencia en la UE de 4,3 millones de empresas y organizaciones, con un empleo remunerado de 11,5 millones de personas y volumen de negocio de 913 miles de millones de euros en 2021⁵. En España, el mismo informe refleja unos datos de 407.000 empresas y organizaciones, 1,4 millones de empleos remunerados y un volumen de negocio de 107 mil millones de euros.

El Portal Estadístico de la Economía Social en España, CIRIECSTAT, señala para 2024 la existencia de 43.000 empresas de la ES productoras de mercado con 565.000 empleos directos y 86.000 millones de euros de facturación, así como 32.600 asociaciones y fundaciones de acción social con 656.700 empleos remunerados y 20.000 millones de euros de ingresos⁶.

Por las características identitarias de las empresas y entidades de la ES, los principios que las inspiran, los sistemas de gobernanza que utilizan, y su vinculación a las personas y al territorio, tanto desde la literatura científica como desde diversas normas de carácter legal se ha considerado que las organizaciones de la ES pueden ser actores idóneos para protagonizar experiencias exitosas de colaboración público-privada en la gestión de servicios públicos, como es el caso de servicios sociales, culturales y de salud⁷.

A este respecto, en el ámbito de la colaboración público-privada se ha desarrollado en Catalunya una experiencia, singular en España, de provisión del servicio público de salud desde el sector privado a través de las denominadas entidades de base asociativa sanitarias (EBAs). Se trata de una experiencia de colaboración público-privada que cuenta ya con casi 30 años de existencia y que, a través de 13 EBAs con diferentes estatutos jurídicos, agrupan a 750 profesionales al servicio de la salud que, integradas en el sistema público de salud, prestan servicios de atención primaria a una población de 279.000 personas, el 3,5% de la población de Catalunya⁸.

1 Comisión Europea (1989): Comunicación *Las empresas de la economía social y la realización del mercado europeo sin fronteras*, SEC (89) 2187.

2 Una referencia de las cuales puede encontrarse en Comisión Europea, 2024. *Benchmarking the socio-economic performance of the EU Social Economy*, European Commission, Brussels. Informe EISMEA de la Comisión Europea realizado por EURICSE y CIRIEC.

3 CHAVES, R. y MONZÓN, J. L. (2008): *The Social Economy in the European Union*. European Economic and Social Committee-CESE; (2012): *The Social Economy in the European Union*. European Economic and Social Committee-CESE; (2017): *Recens Evolutions of the Social Economy in the European Union*. European Economic and Social Committee-CESE.

4 Comisión Europea (2021): Comunicación COM/2021/778 final.

5 Comisión Europea (2024).

6 CIRIECSTAT (2025): *Portal estadístico de la economía social española*.

7 Comisión Europea (2014): *Directiva europea 2014/24/UE sobre contratación pública*.

8 ACEBA (2023): *Memoria ACEBA 2023*.

Este artículo pasa revista a la evolución del concepto de economía social y economía social y solidaria, tanto en España como en la Unión Europea y en el escenario internacional planetario. Analiza las características identitarias de las EBAS, para concluir que son parte integrante de la ES y finaliza con unas reflexiones sobre la gestión del servicio público de la salud en Catalunya por las EBAS, en las que se comprueba que han constituido una experiencia de éxito en el espacio de la colaboración público-privada en la gestión de servicios públicos.

II. ECONOMÍA SOCIAL Y ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA⁹

En los últimos 30 años, la delimitación conceptual de la economía social (ES) ha quedado resuelta de forma satisfactoria en Europa, a partir de las aportaciones de cuatro grupos de interés: los propios actores de la economía social, la literatura científica, las instituciones políticas de la Unión Europea (UE) y las leyes nacionales de economía social promulgadas en varios países europeos, entre ellos España.

En el ámbito internacional planetario, la Asamblea General de Naciones Unidas (ONU) aprobó el 18/04/2023 una *Resolución sobre la Promoción de la Economía Social y Solidaria para el desarrollo sostenible*¹⁰, en la que se incluía una definición de economía social y solidaria (ESS) que viene a converger con el concepto europeo/CIRIEC de ES.

1. El concepto europeo de Economía Social

Por parte de los propios actores sociales, en el ámbito transnacional europeo se creó en noviembre de 2000 la Conferencia Europea Permanente de Cooperativas, Mutualidades, Asociaciones y Fundaciones (CEP-CMAF), que en junio de 2002 estableció un concepto de la ES basado en los siguientes principios, claramente inspirados por los siete principios de la Alianza Cooperativa Internacional (ACI)¹¹:

9 Este epígrafe se beneficia parcialmente de la investigación de este autor publicada en julio de 2025 en *CIRIEC-España, Revista de economía pública, social y cooperativa*, pp. 17-47, con el título "Economía Social: Estadísticas, conceptos y perímetros. Tres décadas para un concurso internacional" (Monzón, 2025).

10 UNGA (2023): *Resolution A/RES/77/281. Promoting the social and solidarity economy for sustainable development*.

11 La Alianza Cooperativa Internacional (ACI) es una organización no gubernamental creada en Londres en 1895, heredera de los fundadores del cooperativismo moderno, en 1844, los pioneros de la cooperativa de Rochdale en Inglaterra. En la actualidad la ACI representa a 313 organizaciones cooperativas de 110 países y regula los conocidos *principios cooperativos*,

- Primacía de la persona y del objeto social sobre el capital
- Adhesión voluntaria y abierta
- Control democrático por sus miembros (excepto para las fundaciones, que no tienen socios)
- Conjunción de los intereses de los miembros usuarios con el interés general
- Defensa y aplicación de los principios de solidaridad y responsabilidad
- Autonomía de gestión e independencia respecto de los poderes públicos
- Destino de la mayoría de excedente a la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible, de los servicios de interés para los miembros y del interés general.

En enero del año 2008 el CEP-CMAF pasó a denominarse Social Economy Europe (SEE), reafirmando los anteriores principios de la ES.

De este modo, la primera perimetración de la ES será realizada por sus propios actores, a partir de los principios históricos del cooperativismo, ya formulados en el siglo XIX.

El segundo grupo de interés comprometido con la delimitación conceptual de la ES ha sido el de los investigadores universitarios, que, desde 1988, promovieron una destacada literatura científica, a partir de las investigaciones impulsadas por la Comisión Científica del CIRIEC¹².

Las investigaciones desarrolladas por el CIRIEC han precisado la perimetración de la ES a través del *Manual para la elaboración de las cuentas satélite de las empresas de la economía social: cooperativas y mutuas*¹³ y de los tres informes sobre la eco-

cuya última actualización se produjo en la Asamblea General de la ACI de Manchester en 1995.

12 CIRIEC (Centro Internacional de Investigación e Información sobre la Economía Social y Cooperativa) es una organización científica internacional no gubernamental con sede en Lieja, creada en 1947. Presente en más de 15 países, su sección española, el CIRIEC-España se constituyó en 1986 y tiene su sede en la Universitat de València. DEFOURNY, Jacques & MONZÓN, José Luis (1992). *Economie Sociale, entre économie capitaliste et économie publique*. Bruxelles, BE: De Boeck-Wesmael; ZEVI, Alberto & MONZÓN, José Luis (1995). *Coopératives, marchés, principes coopératives*. Bruxelles, BE: De Boeck-Wesmael; CHAVES, Rafael, DEMOUSTIER, Danièle, MONZÓN, José Luis, PEZZINI, Enzo, SPEAR, Roger & THIRY, Bernard (Dirs.) (2000). *Economía Social y Empleo en la Unión Europea*. CIRIEC-España.

13 BAREA, José & MONZÓN, José Luis (2006). *Manual for drawing up the satellite accounts on cooperatives and*

nomía social publicados por el Comité Económico y Social de la Unión Europea (CESE)¹⁴. La última perimetración seguida por la línea CIRIEC reitera los conceptos establecidos en los anteriores informes resaltando el principio de adhesión voluntaria y abierta y los procesos democráticos y participativos en la toma de decisiones¹⁵:

Conjunto de empresas privadas organizadas formalmente, con autonomía de decisión y adhesión voluntaria y abierta, creadas para satisfacer las necesidades de sus socios a través del mercado, produciendo bienes y servicios, asegurando o financiando, y en las que la eventual distribución entre los socios de beneficios o excedentes así como la toma de decisiones no están ligadas directamente con el capital o cotizaciones aportados por cada socio, correspondiendo un voto a cada uno de ellos, o se llevan a cabo en todo caso mediante procesos democráticos y participativos de toma de decisiones. La economía social también agrupa a aquellas organizaciones privadas organizadas formalmente con autonomía de decisión y adhesión voluntaria y abierta, que producen servicios no de mercado a favor de las familias, cuyos excedentes, si los hubiera, no pueden apropiarse los agentes económicos que los crean, los controlan o los financian.

Dos notas de esta definición merecen ser resaltadas: la primera de ellas es que, al prescindir de criterios jurídicos y administrativos y centrarse en el análisis de comportamiento de las empresas y entidades de la economía social se trata de una definición abierta, válida internacionalmente, que permite incluir en el ámbito de la economía social, la gran diversidad de entidades que la integran, cualquiera que sea su personalidad jurídica. Incluso a través de sus notas aclaratorias, permite incluir también a entidades sin personalidad jurídica.

La segunda nota a destacar es que la definición propuesta es totalmente convergente con los principios de la economía social establecidos por Social Economy Europe (SEE) y, como se verá más adelante, con las perimetraciones propuestas por la Comisión Europea, OIT y Naciones Unidas.

mutual societies, CIRIEC-España.

14 CHAVES, Rafael & MONZÓN, José Luis (2008), (2012) y (2017).

15 MONZÓN, José Luis & CHAVES, Rafael (2020). "Fundamentos de economía social" en *Manual de Economía Social*. Tirant lo Blanch, Valencia, 21-42.

El Cuadro nº 1 (p.sig.) permite visualizar los diferentes tipos de empresas y entidades que en España integran la economía social de conformidad con la perimetración anteriormente establecida.

Un tercer grupo de interés relacionado con la ES está integrado por las instituciones políticas de la UE. Desde 1989 las tres instituciones de la UE que conjuntamente desarrollan el procedimiento legislativo ordinario (Parlamento, Consejo de la UE y Comisión de la UE) han elaborado numerosas Comunicaciones y Resoluciones sobre la ES¹⁶.

Por su parte, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité Europeo de las Regiones han elaborado numerosos informes y dictámenes sobre la ES, destacando los tres informes de Chaves y Monzón, ya citados, de 2008, 2022 y 2017. Todas estas comunicaciones y resoluciones reiteran la definición y perimetración de la economía social propuesta por sus propios actores (SEE).

El Plan de Acción Europeo para la economía social¹⁷ establece una definición de la economía social a partir de los "siguientes principios y características principales: la primacía de las personas y de la finalidad social o medioambiental sobre el beneficio, la reinversión de la mayoría de las ganancias y los excedentes para realizar actividades en favor de los miembros/usuarios ("interés colectivo") o de la sociedad en general ("interés general") y una gobernanza democrática o participativa. Tradicionalmente el término "economía social" se refiere a cuatro tipos de entidades que suministran bienes y servicios a sus miembros o a la sociedad en general: las cooperativas, las mutualidades, las asociaciones (incluidas las organizaciones benéficas) y las fundaciones. Son entidades privadas, independientes de las autoridades públicas y con una forma determinada".

El Plan de Acción Europeo de la economía social introduce también en el perímetro de la economía social a las empresas sociales, que "adoptan diversas formas jurídicas en función del contexto nacional". Empresas sociales que también verifican los principios y características comunes de la economía social¹⁸.

16 Una referencia de las cuales puede encontrarse en Comisión Europea, 2024.

17 Comisión Europea (2021): Comunicación COM/2021/778 final.

18 Las *empresas sociales* ya fueron introducidas por la Comisión Europea en 2011 caracterizadas como "empresas de la economía social": Comisión Europea (2011): *Comunicación "Iniciativa en favor del emprendimiento social"*, COM (2011) 682 final 25/10/2011).

CUADRO N° 1
LOS ACTORES DE LA ECONOMÍA SOCIAL EN ESPAÑA CLASIFICADOS
POR SECTORES INSTITUCIONALES DEL SEC-2010

SECTOR INSTITUCIONAL DEL SEC-2010		EMPRESAS Y ORGANIZACIONES MICROECONÓMICAS DE LA ECONOMÍA SOCIAL
PRODUCTORES DE MERCADO	Sociedades no financieras (S11)	• Cooperativas (de trabajo asociado, agroalimentarias, de consumidores, de enseñanza, transportes, viviendas, sanitarias, sociales, etc.) • Empresas sociales: Centros Especiales de Empleo, Empresas de Inserción • Sociedades laborales • Otras empresas de base asociativa • Otros productores de mercado privados (algunas asociaciones y otras personas jurídicas) • Instituciones sin fines de lucro al servicio de entidades no financieras de la economía social • Empresas mercantiles no financieras controladas por la economía social
	Sociedades financieras (S12)	• Cooperativas de crédito • Mutuas de seguros* y Mutualidades de Previsión Social • Cooperativas de seguros • Instituciones sin fines de lucro al servicio de entidades no financieras de la economía social
PRODUCTORES NO DE MERCADO	Administraciones Públicas (S13)	—
	Hogares (S14)**	• Instituciones sin fines de lucro al servicio de los Hogares de escasa importancia
	Instituciones sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares (S15)	• Asociaciones de acción social *** • Fundaciones de acción social *** • Otras instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (culturales, deportivas...)

(*) Las entidades gestoras de los sistemas de Seguridad Social y, en general, las mutuas de afiliación obligatoria y las controladas por empresas no pertenecientes a la economía social quedan excluidas del ámbito de observación y análisis.

(**) El sector Hogares (S14) incluye a las empresas individuales y a las sociedades personalistas sin personalidad jurídica, que son productores de mercado y no pertenecen a la economía social. Pero también incluye a entidades no lucrativas de escasa importancia que son productores no de mercado.

(***) Entidades no lucrativas productoras no de mercado de naturaleza privada, adhesión y participación voluntaria y autonomía estratégica y operativa, cuya finalidad consiste en la consecución de objetivos de bienestar social mediante el suministro o provisión de bienes y servicios sociales o preferentes, gratuitamente o a precios económicamente no significativos, a personas o grupos de personas vulnerables, socialmente excluidas o en riesgo de exclusión. Además, entidades no lucrativas de cooperación al desarrollo y defensa del medio ambiente. Estas entidades conforman el *Tercer Sector de Acción Social* que, obviamente, es parte integrante de la ES.

Por último, *un cuarto grupo de interés está conformado por las legislaciones nacionales en materia de ES*. En el primer cuarto del siglo XXI se ha desarrollado una intensa labor legislativa en numerosos países sobre la ES, no solo en Europa, sino también en diferentes países de otros continentes. En Europa ha sido pionera la *Ley española 5/2011 de 29 de marzo de economía social (LES)*, seguida de otras leyes similares en diferentes autonomías.

La LES establece en su artículo 4 los principios orientadores que deben cumplir las entidades de ES, claramente inspirados en la Carta de Principios ya citados de SEE. El artículo 5 de la LES relaciona,

sin carácter exhaustivo, las diferentes entidades que forman parte de la ES:

1. Forman parte de la economía social las cooperativas, las mutualidades, las fundaciones y las asociaciones que lleven a cabo actividad económica, las sociedades laborales, las empresas de inserción, los centros especiales de empleo, las cofradías de pescadores, las sociedades agrarias de transformación y las entidades singulares creadas por normas específicas que se rijan por los principios establecidos en el artículo anterior.

2. Asimismo, podrán formar parte de la economía social aquellas entidades que realicen actividad económica y empresarial, cuyas reglas de funcionamiento respondan a los principios enumerados en el artículo anterior, y que sean incluidas en el catálogo de entidades establecido en el artículo 6 de esta Ley.

3. En todo caso, las entidades de la economía social se regularán por sus normas sustantivas específicas.

Más allá de algunas ambigüedades sobre el concepto de “actividad económica” o imprecisiones sobre los centros especiales de empleo, dos aspectos conviene resaltar:

- a) La transversalidad de las formas jurídicas de la ES: las empresas y entidades de la ES se caracterizan por su gran transversalidad jurídica, de modo que la forma jurídica no constituye el criterio de pertenencia o exclusión de la ES.
- b) La delimitación abierta del ámbito de la ES: el artículo 5, puntos 1 y 2 de la LES es muy claro al establecer que, junto a las entidades citadas de forma expresa, se considerarán también pertenecientes a la ES “las entidades singulares creadas por normas específicas que se rijan por los principios establecidos en el artículo anterior” (referido al art. 4 sobre Principios Orientadores), así como aquellas entidades que realizan actividad económica y empresarial cuyas reglas de funcionamiento respondan a los principios enumerados en el artículo anterior, y que sean incluidas en el catálogo de entidades establecido en el artículo 6 de esta Ley”.

2. El concepto internacional de Economía Social-Solidaria

La organización Internacional del Trabajo (OIT) ha desempeñado un papel fundamental en la forja de una definición internacional de la ES ampliamente consensuada. Como es bien sabido, la OIT es una organización tripartita que reúne a representantes de los gobiernos, las organizaciones de empleadores y los trabajadores. La OIT agrupa a representantes de 187 Estados y es un organismo dependiente de la ONU. La 110 Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) (junio de 2022) aprobó una *Resolución relativa al trabajo decente y la economía social y solidaria*, en la que se incluía una definición de ESS. Esta definición fue aprobada por la Asamblea General de la ONU el 18/04/2023, en una *Resolución sobre la*

*Promoción de la Economía Social y Solidaria (ESS) para el desarrollo sostenible*¹⁹:

La ESS engloba a empresas, organizaciones y otras entidades que realizan actividades económicas, sociales y medioambientales de interés colectivo y general, que se basa en los principios de la cooperación voluntaria y la ayuda mutua, la gobernanza democrática o participativa, la autonomía y la independencia, y la primacía de las personas y el fin social sobre el capital en la distribución y el uso de los excedentes o los beneficios, así como de los activos. En función de las circunstancias nacionales, la ESS comprende cooperativas, asociaciones, mutuales, empresas sociales, grupos de autoayuda y otras entidades que operan según sus valores y principios.

La citada Resolución de la ONU hace hincapié en la contribución de la ESS a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y *alienta a los Estados miembros a promover y aplicar estrategias, políticas y programas que apoyen y potencien la ESS.*

Este concepto de ESS de Naciones Unidas coincide en sus aspectos esenciales con el concepto europeo/CIRIEC de ES y sitúa la *utilidad social* como eje articulador del mismo. El concepto de ESS, promovido por la ONU, incluye *de forma no limitativa* las principales formas jurídicas ya contempladas en el concepto europeo/CIRIEC (cooperativas, mutualidades, asociaciones y fundaciones). Además de cualquier otra forma jurídica u organizaciones de autoayuda que cumplan los principios de gobernanza y funcionamiento que caracterizan a las empresas y entidades de la ESS.

En suma, puede concluirse que con la convergencia de los conceptos de ES y ESS ha quedado unificado un concepto internacional ampliamente reconocido y consensuado.

III. LAS ENTIDADES DE BASE ASOCIATIVA SANITARIAS Y LA ECONOMÍA SOCIAL

1. Introducción

En el ámbito de la colaboración público-privada se ha desarrollado en Catalunya una experiencia, singular en España, de provisión del servicio público de salud en el área de la atención primaria a través de las denominadas entidades de base asociativa

19 UNGA (2023).

sanitarias (EBAs). Estas entidades privadas se han configurado a lo largo de los últimos 29 años como empresas autogestionadas por profesionales sanitarios, integradas en el Sistema Público de Salud, para prestar el Servicio de Atención Primaria en las Áreas Básicas de Salud (ABS), mediante equipos de atención primaria (EAP) que desarrollan su actividad desde los Centros de Atención Primaria (CAP).

En el año 2023 funcionan en Catalunya 13 EBAs, que gestionan la atención primaria en 12 ABS, prestando servicios de salud a 279.108 personas, el 3,5% de la población de Catalunya. En total, son 754 profesionales al servicio de la salud que prestan sus servicios de atención primaria fundamentalmente en la medicina de familia, pero también en pediatría, ginecología y odontología²⁰.

Las EBAs catalanas están integradas en la Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa (ACEBA) que en junio de 2016 aprobó un Código de Buen Gobierno que es de aplicación a las EBAs libremente adheridas. La observancia del Código es sometida a la autoevaluación anual por cada EBA a partir de un documento en el que se ponderan la aplicación de los principios y valores del Código, presentándose los resultados de la autoevaluación en la Asamblea anual de ACEBA.

El Código de Buen Gobierno de la EBAs se inspira:

- a) En los principios de la economía social (Charte de l'Economie Sociale, Carta de Principios de la Economía Social de Social Economy Europe (SEE) e Iniciativa Empresarial Social de la Comisión Europea).
- b) En las Recomendaciones para el Buen Gobierno de los Sistemas de Salud del Consejo de Europa.
- c) En la Directiva Europea 2014/24/UE sobre Contratación pública (artículo 77).
- d) En los principios autogestionarios democráticos y participativos característicos de las EBAS.

2. El marco normativo de las entidades de base asociativa sanitarias

Las entidades de base asociativa sanitarias (EBAS) están reguladas por:

- a) La Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC), modificada por la Ley 11/1995 de 29 de septiembre, de

modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Catalunya (DOGC nº 2116 de 18 de octubre. Texto consolidado, BOE 13 de marzo de 2015). Posteriormente, la LOSC ha experimentado diversos cambios introducidos por las siguientes leyes: Ley 4/2000 de 26 de mayo; Ley 11/2011 de 29 de diciembre; Ley 2/2014 de 27 de enero; Ley 3/2015 de 11 de marzo; Ley 5/2017 de 28 de marzo; Ley 5/2020 de 29 de abril.

- b) El Decreto 309/1997 de 9 de diciembre (DOGC del 16 de diciembre de 1997) por el que se establecen los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa para la gestión de Centros, Servicios y Establecimientos de Protección de la Salud y de Atención Sanitaria y Sociosanitaria DOGC nº 2539, de 16 de diciembre de 1997).
- c) La Ley 2/2007 de 15 de marzo de sociedades profesionales (BOE nº 65, de 16 de marzo de 2007) modificada por la 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 (BOE nº 308, de 23 de diciembre de 2009) y por la Ley Orgánica 1/2025 de 2 de enero de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia.

3. Las características identitarias de las Entidades de Base Asociativa Sanitarias en las normas jurídicas

La disposición adicional 10ª de la LOSC abre la posibilidad de que el Servicio Catalán de Salud y, en su caso, las regiones sanitarias, puedan establecer contratos para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria que deben ser acreditados como entidades de base asociativa legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia, totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios, con la finalidad de promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público.

Por su parte, el Decreto 309/1997, de 9 de diciembre establece los requisitos que deben cumplir las entidades candidatas a ser acreditadas como entidades de base asociativa por el Servicio Catalán de Salud. En lo que respecta a la naturaleza jurídica de las EBAs, el Decreto 309/1997 concede una amplia

20 ACEBA (2023).

libertad a las mismas para elegir cualquiera de las fórmulas habitualmente utilizadas por los operadores económicos productores de mercado (art. 2.2):

- a) Sociedad anónima
- b) Sociedad de responsabilidad limitada
- c) Sociedad laboral (anónima o de responsabilidad limitada)
- d) Cooperativa

En cuanto a los requisitos exigidos en el funcionamiento interno, procesos decisionales y organigrama de las EBAs, todos ellos están orientados a lo establecido en la Disposición adicional 10ª de la LOSC, a saber, *asegurar el protagonismo de los profesionales sanitarios en todos los ámbitos de la EBA, que queda garantizado por el Decreto 309/1997*.

Así, las EBAs, cualquier que sea su forma jurídica, deben cumplir los siguientes requisitos establecidos en el articulado del Decreto 309/1997:

- a) *Al menos el 51% del capital social de la entidad debe pertenecer a los profesionales sanitarios* que desarrollen en la entidad una jornada mínima equivalente a la jornada laboral ordinaria que rige con carácter general para los profesionales sanitarios al servicio de la Generalitat (art. 3.1 y 3.3) y con una relación laboral o de prestación de servicios con la EBA con un tiempo no inferior, como mínimo, al de la vigencia del contrato para la gestión de servicios sanitarios o sociosanitarios que se suscriba con el Servicio Catalán de la Salud (art. 3.2).
- b) Ninguno de los profesionales sanitarios socio de la EBA a que se refiere el artículo 3.1 puede tener una participación superior al 25% (art. 5.1).
- c) Las personas físicas que no sean profesionales sanitarios que presten sus servicios en la entidad o las personas jurídicas únicamente podrán participar, como máximo, con un 49% del capital social de la entidad (art. 4), y ninguna de ellas podrá tener, individualmente, una participación superior al 25% (art. 5.2).
- d) En el caso de participación de personas jurídicas, éstas deberán tener como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios (art. 4.2).

- e) En el caso de existir las dos clases de socios (profesionales sanitarios y personas físicas que no lo sean o personas jurídicas), ambas clases estarán representadas, proporcionalmente a sus aportaciones al capital social, en el órgano superior de administración de la entidad (art. 7).
- f) Las EBAs deben disponer de un organigrama que prevea el nombramiento de un profesional que será el responsable de los servicios que presta la entidad (art. 8).
- g) Las EBAs deben prever en sus estatutos un régimen de transmisión de acciones o de participaciones que garantice que no se alterarán los porcentajes máximos establecidos en los artículos 3 y 4 por lo que respecta a la participación de los socios en el capital social, garantizándose que los profesionales sanitarios que participen en las transmisiones de capital presten sus servicios en la entidad tal y como está previsto en el artículo 3.

Las EBAs configuradas por el Decreto 309/1997 de la Generalitat Catalana deben, todas ellas sin excepción, constituirse como sociedades profesionales, en los términos previstos en la Ley 2/2007 de 15 de marzo de sociedades profesionales (LSP) y cualquiera que sea la forma societaria que tenga la EBA. En efecto, el artículo 1.1 de la LSP establece, imperativamente, que “las sociedades que tengan por objeto social el ejercicio en común de una actividad profesional deberán constituirse como sociedades profesionales en los términos de la presente Ley”.

La LSP es de aplicación en todo el territorio del Estado en virtud de lo dispuesto en el artículo 149.1.6ª de la Constitución Española (CE), que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación mercantil.

Las características identitarias de las EBAs, tal como están establecidas en el Decreto 309/1997 de la Generalitat Catalana, las configuran, sin lugar a dudas, como sociedades profesionales. En efecto, la LSP define la actividad profesional como “aquella para cuyo desempeño se requiere titulación universitaria oficial, o titulación profesional para cuyo ejercicio sea necesario acreditar una titulación universitaria oficial, e inscripción en el correspondiente Colegio Profesional” (art. 1.1)²¹.

²¹ Incluidas las cooperativas. La Sentencia 72/1983 de 29 de julio del Tribunal Constitucional reconoce el derecho de las Comunidades Autónomas a asumir competencias legislativas en materia de cooperativas (Fundamento Jurídico 4), prescindiendo de cualquier posición doctrinal acerca de si las cooperativas han de calificarse o no como sociedades mercantiles,

La LSP “entiende que hay ejercicio en común de una actividad profesional cuando los actos propios de la misma sean ejecutados directamente bajo la razón o denominación social y le sean atribuidos a la sociedad los derechos y obligaciones inherentes al ejercicio de la actividad profesional como titular de la relación jurídica establecida con el cliente” (art. 1.1).

En consecuencia, toda sociedad que tenga por objeto social el ejercicio en común de una actividad profesional deberá constituirse como sociedad profesional y para ello podrá hacerlo con arreglo a cualquiera de las formas societarias previstas en las leyes (art. 1.2) rigiéndose por lo dispuesto en la LSP y, supletoriamente, por las normas correspondientes a la forma social adoptada (art. 1.3.)

Debe subrayarse la obligatoriedad que tienen todas las sociedades profesionales de someterse a la LSP. Este carácter imperativo de la Ley para con las sociedades profesionales y lo que se entiende por ellas no solo viene establecido por el artículo 1 de la LSP. La Disposición transitoria primera de la LSP es muy clara en cuanto a la obligatoriedad de que todas las EBAs, independientemente de su forma jurídica y fecha de constitución, se adapten a la LSP, quedando disueltas de pleno derecho en el caso de no hacerlo.

Esta obligatoriedad viene claramente reforzada por la durísima sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2012, que resolvió el recurso interpuesto contra la Resolución de la Dirección General de Registros y Notariado (RDGRN) de 21 de diciembre de 2007 que, en la práctica, permitía que muchas sociedades profesionales evitaran someterse a la LSP. La Sentencia criticó duramente la mencionada RDGRN, señalando que la misma “responde a un criterio que permite burlar con gran facilidad la LSP” y haciendo un llamamiento a registradores y notarios para “garantizar la operatividad del sistema asegurando el cumplimiento de las obligaciones legales mediante la calificación de los documentos que se presenten a inscripción, tanto en el inicial momento constitutivo de la sociedad profesional como, con posterioridad, a lo largo de su existencia”, concluyendo la Sentencia que “se trata, en suma, de que las sociedades sean lo que parecen y parezcan lo que son, pues ninguna forma mejor hay de garantizar el imperio de la ley y los derechos de los socios y de los terceros que contraten con la sociedad”²².

pero dicha competencia legislativa autonómica en materia de cooperativas ha de ejercerse conforme a la legislación general de carácter mercantil.

22 Fundamento de Derecho Octavo de la Sentencia

Establecida la obligatoriedad de que las EBAs se constituyan como sociedades profesionales en el marco de la LSP, procede resaltar alguna de las disposiciones de dicha LSP que imperativamente deben cumplir las EBAs y que refuerzan el protagonismo de los profesionales sanitarios en todos los ámbitos de la EBA, de conformidad con lo prescrito en la Disposición adicional 10ª de la LOSC. La LSP señala que

“como mínimo, la mayoría del capital y de los derechos de voto, o la mayoría del patrimonio social y del número de socios en las sociedades no capitalistas habrán de pertenecer a socios profesionales” (art. 4.2). Añade la LSP que “igualmente habrán de ser socios profesionales como mínimo la mitad más uno de los miembros de los órganos de administración, en su caso, de las sociedades profesionales. Si el órgano de administración fuera unipersonal, o si existieran consejeros delegados, dichas funciones habrán de ser desempeñadas necesariamente por un socio profesional. En cuyo caso, las decisiones de los órganos de administración 9 colegiados requerirán el voto favorable de la mayoría de socios profesionales, con independencia del número de miembros concurrentes (art. 4.3)”.

Concluye el artículo 4.6 de la LSP señalando que “los socios profesionales únicamente podrán otorgar su representación a otros socios profesionales para actuar en el seno de los órganos sociales”.

Sin duda, las disposiciones contempladas en la LSP, de obligado cumplimiento por las EBAs, refuerzan con rango de ley el papel de los profesionales sanitarios en estas entidades y garantizan el control efectivo por parte de los mismos de todos los órganos sociales y de todas las decisiones que dichos órganos acuerden.

En resumen, en virtud de las normas que las regulan e independientemente de la personalidad jurídica que adoptan, las EBAs tienen las siguientes características:

- a) Son empresas autogestionadas por sus socios trabajadores, que obligatoriamente trabajan en la EBA a tiempo completo²³.
- b) De entre los socios trabajadores, los profesionales sanitarios tienen el control efectivo y mayoritario de todos los órganos sociales de la entidad.

23 Salvo situaciones excepcionales por motivos directamente relacionados con la prestación de los servicios, según lo previsto en el artículo 3.3 del Decreto 309/1997, de 9 de diciembre.

- c) Tienen procesos participativos y democráticos en la toma de decisiones al garantizarse que ningún socio, profesional sanitario o no, posea capital o participaciones superior al 25% y que las decisiones de los órganos de administración colegiados requerirán el voto favorable de la mayoría de los socios profesionales.
- d) Ninguna persona jurídica podrá participar en la entidad, salvo que tenga como objeto social la gestión o prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios, con los límites de participación señalados en los puntos anteriores y sin que entre todos los socios no profesionales puedan participar con más del 49% del capital social.

4. Las Entidades de Base Asociativa Sanitarias como parte integrante de la Economía Social

El análisis de la idoneidad de las EBAs como entidades pertenecientes a la ES puede realizarse a partir de las perimetraciones realizadas de la misma por los cuatro grupos de interés considerados en el epígrafe 2 de este artículo: los propios actores de la ES, la literatura científica, las instituciones políticas de la UE y las leyes nacionales de ES. Habida cuenta de la convergencia de estos grupos de interés en la conceptualización de la ES y en aras de la precisión que siempre (o casi siempre) aportan las normas jurídicas, parece lo más adecuado evaluar en su caso, la inclusión de las EBAs en el ámbito claustral de la ES a partir de la legislación española en esta materia.

En estos momentos, existen en España cuatro leyes de ES: la primera de ellas, de ámbito estatal, es la Ley 5/2011 de 20 de marzo de Economía Social²⁴. Hay además 3 leyes autonómicas de ES en vigor, la Ley 6/2016 de 4 de mayo de Galicia; la Ley 3/2022 de 13 de junio de Canarias y la Ley 7/2022 de 1 de diciembre de Aragón. En el Parlamento de Catalunya también se encuentra pendiente de tramitación un Proyecto de Ley de la Economía Social y Solidaria.

Considerando que los criterios orientativos establecidos por las precitadas leyes para identificar a las empresas y entidades pertenecientes a la ES son similares, sino idénticos, parece razonable efectuar nuestro análisis a partir de lo establecido en la ley estatal, Ley 5/2011 de 29 de marzo.

Vaya por adelantada la conclusión de que las EBAs son parte integrante de la ES. Y lo son por un triple motivo:

En primer lugar, las EBAs aplican en su comportamiento todos los principios orientadores que deben cumplir las entidades de la economía social establecidos en el artículo 4 de la Ley 5/2011 de 29 de marzo de Economía Social (LES). Y los cumplen, no en virtud de la forma jurídica que adopten, sino de las características identitarias establecidas para ellas en las normas jurídicas que las regulan como entidades singulares gestoras de un servicio público como es el de la salud y que han sido convenientemente analizadas en el anterior punto 3.3: Disposición adicional 10ª de la Ley 15/1990 de 9 de julio de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC), Decreto 309/1997 de 9 de diciembre de la Generalitat Catalana estableciendo los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa y Ley 2/2007 de 15 de marzo de sociedades profesionales (LSP). Características identitarias que vienen reforzadas por la normativa establecida en el Código de Buen Gobierno de la Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa (ACEBA) y que es de aplicación a todas las EBAs afiliadas a ACEBA.

El primer principio de la economía social formulado en el artículo 4 de la LES está orientado hacia el funcionamiento interno de las entidades de economía social, más que hacia sus compromisos con el entorno social externo de las mismas:

“a) Primacía de las personas y del fin social sobre el capital, que se concreta en gestión autónoma y transparente, democrática y participativa, que lleva a priorizar la toma de decisiones más en función de las personas y sus aportaciones de trabajo y servicios prestados a la entidad o en función del fin social, que en relación a sus aportaciones al capital social”.

Sin duda, este es uno de los principios más regulados por el Decreto 309/1997. En su articulado, las EBAs se contemplan como empresas de trabajo asociado, autogestionadas por sus socios trabajadores. En efecto, el artículo 3 del mencionado Decreto no sólo exige que *“al menos el 51% del capital social de la entidad debe pertenecer a los profesionales sanitarios”*, sino también que estos deben trabajar a tiempo completo en la EBA. Es decir, el vínculo principal establecido con la EBA por el profesional sanitario se concreta en la aportación de su propio trabajo. Sea cual sea la forma jurídica de la EBA, la aportación del capital por parte del socio profesional tiene carácter instrumental: se aporta capital como requisito necesario para poder desarrollar en la EBA su actividad como profesional sanitario y no como

²⁴ A fecha de hoy (10/08/2025) se encuentra en las Cortes Españolas un proyecto de Ley integral de impulso de la economía social (121/000036) que, presumiblemente, introducirá algunos cambios en la ley vigente de economía social.

inversión para maximizar los rendimientos financieros de dicho capital. Dicho con otras palabras, las sociedades anónimas, o de responsabilidad limitada, o sociedades laborales, o cooperativas, que están calificadas como EBAs por la administración pública, trabajan con capital, pero no para el capital. Existe en ellas una primacía evidente de las personas sobre el capital.

La primacía de la finalidad social sobre el capital, en la dimensión interna y de gobernanza de la entidad a la que se refiere el principio que se está analizando, queda claramente establecida en el articulado del Decreto 309/1997, complementado por la Ley 2/2007 de sociedades profesionales (LSP). Así, ningún socio de la EBA puede poseer capital o participaciones sociales en porcentaje superior al 25% (art. 5 del Decreto 309/1997) y las decisiones de los órganos de administración colegiados requerirán el voto favorable de la mayoría de los socios profesionales, (artículo 4.3 de la LSP). Estos requisitos de gobernanza exigidos a todas las EBAs son incluso más exigentes que los requeridos a otras entidades de la economía social, como es el caso de las sociedades laborales, que son sociedades anónimas o de responsabilidad limitada, y en las que cualquier socio, incluso no siendo trabajador de la sociedad, puede poseer hasta el 33% de capital o de las participaciones sociales. Los procesos participativos y democráticos en la toma de decisiones de las EBAs vienen reforzados por el Código de Buen Gobierno de las EBAs expresamente inspiradas en la Carta de Principios de la Economía Social y que en sus artículos 6 y 7 regula y garantiza la gestión autónoma, transparente, democrática y participativa de la EBA.

El segundo principio de la economía social (art. 4 de la LES) también está orientado hacia el funcionamiento interno de la entidad, en el sentido de garantizar la primacía del trabajo o actividad de las personas sobre el capital en el reparto de las rentas generadas por la actividad de la empresa:

“b) Aplicación de los resultados obtenidos de la actividad económica principalmente en función del trabajo aportado y servicio o actividad realizada por las socias y socios o por sus miembros y, en su caso, al fin social objeto de la entidad”.

Como se ha señalado anteriormente el vínculo principal establecido entre la EBA y el profesional sanitario está constituido por su propio trabajo, como exige el artículo 3 del Decreto 309/1997. En las EBAs, la mayor parte de los resultados obtenidos de la actividad económica están destinados a retribuir a los profesionales que en ella trabajan según su trabajo aportado y no en proporción al capital.

Los beneficios empresariales de las EBAs tienen un carácter marginal y es lógico que así sea, porque el leitmotiv de los profesionales que crean la EBA no consiste en rentabilizar financieramente el capital invertido sino en desarrollar en el seno de la empresa, con su personal trabajo, su actividad laboral como profesionales sanitarios, en un escenario participativo, autogestionario, innovador y de responsabilidades compartidas.

Tampoco es casualidad que el Código de Buen Gobierno de ACEBA establezca que en las EBAs asociadas, la remuneración de los socios se basará en el trabajo realizado, la dedicación y la responsabilidad y que los complementos salariales de todos los trabajadores se distribuirán de forma transparente, poniendo el acento en la calidad y cantidad del trabajo aportado (art 7.2 del Código).

De forma taxativa, el Código de ACEBA establece que, en el caso de que un EBA tenga un superávit de explotación, los excedentes resultantes se aplicarán prioritariamente a asegurar la viabilidad de la empresa y, en su caso, a la finalidad social de la entidad.

El tercer principio de la economía social hace referencia a la solidaridad interna y con la sociedad que no deja de ser una declaración de intenciones dispersas con una difícil verificación y evaluación en la práctica:

“c) Promoción de la solidaridad interna y con la sociedad que favorezca el compromiso con el desarrollo local, la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, la cohesión social, la inserción de personas en riesgo de exclusión social, la generación de empleo estable y de calidad, la conciliación de la vida personal, familiar y laboral y la sostenibilidad”.

El Código de Buen Gobierno de ACEBA recoge en su artículo 8 el compromiso social de las EBAs tanto en el ámbito interno como en sus relaciones con la sociedad.

Finalmente, el cuarto principio de la economía social hace referencia a la independencia de las entidades de la economía social respecto a los poderes públicos:

“d) Independencia respecto a los poderes públicos”.

No cabe la menor duda, a tenor de lo dispuesto en la Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria de Catalunya, el Decreto 309/1997 y la Ley 2/2007 de sociedades profesionales que las EBAs son entidades

de naturaleza privada e independientes de los poderes públicos, entre otras razones, porque la mayoría del capital social y de socios miembros de gobierno, está constituida por profesionales sanitarios.

Resulta sorprendente que la LES, en su artículo 4 no haya incluido entre sus principios uno que es crucial para la identificación de las entidades de economía social, cual es el de la *Adhesión voluntaria y abierta*, establecido en la *Carta de Principios de SEE*. Sin embargo, el Código de Buen Gobierno de ACEBA dedica uno de sus artículos más relevantes, el artículo 7 a la defensa de este principio de adhesión voluntaria y abierta, protegiendo el derecho efectivo de los profesionales sanitarios que lo deseen a ingresar en la EBA.

Cuanto se ha dicho hasta ahora permite obtener dos conclusiones: la primera es que las reglas de funcionamiento de las EBAs, establecidas por su marco legal y reforzadas por la asunción voluntaria de su Código de Buen Gobierno, responden a los principios orientadores formulados en el artículo 4 de la LES, por lo que forman parte de la economía social. La segunda conclusión es que lo que determina la pertenencia de las EBAs a la economía social no es la forma jurídica que adopten, sino los criterios exigidos a cualquier forma jurídica para ser calificada como EBA.

En segundo lugar, las EBAs no sólo forman parte de la economía social amparándose en lo establecido en el artículo 5.2 de la LES, como acaba de comprobarse. También está reconocido en la LES y de *forma expresa* su pertenencia a la economía social, toda vez que el artículo 5.1 de la LES (art.5 Entidades de la economía social) señala “1. Forman parte de la economía social... *las entidades singulares creadas por normas específicas* que se rijan por los principios establecidos en el artículo anterior” (artículo 4. Principios orientadores).

Las EBAs cumplen todos los requisitos para ser consideradas entidades singulares de la economía social. En lo que respecta a la obligatoriedad de que se rijan por los principios establecidos en el artículo 4 de la LES, acaba de comprobarse de manera fehaciente.

La *singularidad* de las EBAs se fundamenta en que, a diferencia de la inmensa mayoría de las entidades de economía social, *son entidades gestoras de un servicio público, el de la salud*, que deben ser sometidas a especiales controles públicos, con tal de garantizar una óptima provisión de dichos servicios a la población cubierta por dichas entidades en la cartera de servicios contratada.

Por ello, lo singular y sustantivo de estas entidades de la economía social -las EBAs- son las normas singulares que las regulan y que ya han sido descritas y analizadas anteriormente, la LOSC y su disposición adicional 10ª y el Decreto 309/1997 de 9 de diciembre, complementados por la Ley de sociedades profesionales. *Es decir, las EBAs con independencia de la forma jurídica que elijan de entre las previstas en las normas singulares que las regulan, son entidades singulares de la economía social*.

En tercer lugar, y por último, las EBAs entran en el ámbito de las denominadas *empresas sociales*, considerando la Comunicación de la Comisión Europea *Iniciativa a favor del emprendimiento social* (Social Business Initiative-SBI)²⁵ que califica, a dichas empresas sociales como *un operador de la economía social, cuyo objetivo principal es tener un impacto social, en lugar de obtener un beneficio para sus propietarios o accionistas*. La SBI utiliza los siguientes criterios restrictivos para delimitar el ámbito de las empresas sociales: a) produce bienes y servicios para el mercado de una manera innovadora y emprendedora; b) sus beneficios se reinvierten principalmente en la realización del fin social; c) su modo de organización o régimen de propiedad está basado en los principios democráticos o participativos.

Los anteriores requisitos encuentran un adecuado reflejo en el articulado del Decreto 309/1997, la Disposición adicional 10ª de la LOSC y el Código de Buen Gobierno de ACEBA.

IV. LA GESTIÓN DE SERVICIO PÚBLICO DE LA SALUD POR LAS EMPRESAS DE LA ECONOMÍA SOCIAL: LA EXPERIENCIA DE LAS EBAS

En el debate sobre los modelos de gestión de los servicios públicos de salud siempre se plantea el dilema de compatibilizar dos objetivos esenciales, a saber, el de *hacer compatible la máxima eficiencia social con la mayor eficiencia de gestión*. Porque, al fin y al cabo, y desde la perspectiva de los ciudadanos, lo importante es que un sistema público de salud sea capaz de maximizar la salud alcanzada por la población, (por toda la población, independientemente de su nivel de renta) con el menor coste posible, es decir, con una eficiencia de gestión óptima, que a la larga es la que garantizará la sostenibilidad financiera del sistema.

El problema se presenta al analizar las características del bien del que se está hablando, la salud,

25 Comisión Europea (2011).

sobre el que hace ya más de 60 años se demostró que en la provisión de este bien no funcionan los *mercados eficientes* debido, entre otras cosas, a la asimetría en la información entre pacientes y médicos, por lo que entre ambos se produce necesariamente una *relación de agencia*, de delegación del paciente en el médico de las decisiones a tomar.²⁶ También se puso en evidencia algo que resulta obvio, pero que se pasa por alto con mucha frecuencia y es que, como se ha recordado, lo que importa es la eficiencia social, porque siendo la atención sanitaria un componente esencial del sistema de salud, no deja de ser, al fin y al cabo, sólo un medio para conseguir salud, y no un servicio con utilidad intrínseca.²⁷

Es decir, no se es más eficiente, ni necesariamente se goza de un mejor nivel de salud por estar entre los puestos de cabeza en el mundo en consumo de medicamentos per cápita, que muchas veces perjudican la salud o provocan hospitalizaciones innecesarias; o por desarrollar prácticas sanitarias que posibiliten incrementos de productividad externalizando costes y derivándolos a otros centros del sistema público de salud. No se es más eficiente por reducir el coste medio de producción en implantación de prótesis que pueden ser innecesarias e incluso perjudiciales. Esto último servirá de mérito para evaluar la *eficiencia de gestión* de un centro hospitalario, pero nada indica sobre la *eficiencia social*, que es lo que importa de verdad a la sociedad.

Y aquí es donde surge el dilema en el debate sobre la gestión pública/privada de los sistemas públicos de salud. Debate que es necesario recordar para hacer un adecuado enfoque sobre las características idóneas que deben reunir, en su caso, las entidades privadas gestoras de la prestación de servicios públicos de salud. Y esas entidades deben ser aquellas que, por su configuración societaria y sistema de poder y de gobernanza *sean más capaces de alinear en una misma dirección, en una misma curva de utilidad, la eficiencia de gestión con la eficiencia social*.

Así lo entiende la literatura especializada en el tema, que ha puesto de relieve la importante asimetría y divergencia potencial que puede existir entre los objetivos de eficiencia de gestión y de eficiencia social cuando las empresas gestoras de servicios públicos de salud están controladas por inversores capitalistas a través de fondos de capital riesgo,

desvinculados del territorio, de los clientes/pacientes del servicio de salud y de los profesionales que prestan el servicio. En esos casos, en los que el objetivo empresarial consiste en rentabilizar al máximo el capital invertido, los equipos de profesionales sanitarios integrados en dichas empresas, desempeñan una función meramente subalterna y mercantil, despojados de cualquier posibilidad de incidir en las estructuras de gobierno y de decisión.

Así parecen entenderlo también los poderes públicos, no sólo al plantear la necesidad de un riguroso control público de los gestores privados y unas reglas contractuales clara y detalladamente formuladas. También consideran de capital importancia la *elección adecuada del tipo de contratista*, de sus objetivos, de su sistema de gobernanza y de sus compromisos profesionales con el entorno social en el que actúa.

En este sentido cobra toda su importancia la *Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26/02/2014 sobre contratación pública*²⁸, en la que se faculta a los Estados miembros para que los poderes adjudicadores *reserven a determinadas organizaciones* el derecho de participación en procedimientos de adjudicación de contratos públicos en el caso de *servicios sociales, culturales y de salud* (art. 77.1). Estas organizaciones deben cumplir todas las condiciones siguientes (art. 77.2):

“a) que su objetivo sea la realización de una misión de servicio público vinculada a la prestación de los servicios contemplados en el apartado 1 [“Servicios sociales, culturales y de salud”];

b) que los beneficios se reinviertan con el fin de alcanzar el objetivo de la organización; en caso de que se distribuyan o redistribuyan beneficios, la distribución o redistribución deberá basarse en consideraciones de participación;

c) que las estructuras de dirección o propiedad de la organización que ejecute el contrato se basen en la propiedad de los empleados o en principios de participación o exijan la participación activa de los empleados, los usuarios o las partes interesadas;

d) que el poder adjudicador de que se trate no haya adjudicado a la organización un contrato para los servicios en cuestión con arreglo al presente artículo en los tres años precedentes”.

26 ARROW, Kenet (1963): “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, en *American Economic Review*.

27 GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz (2013): “La gestión privada de la sanidad pública ¿una huida hacia adelante?”. En *Nadaesgratis.es*

28 Comisión Europea (2014).

Estas condiciones han sido transpuestas al ordenamiento jurídico español en la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP), 2017.

Las características requeridas por el asegurador público, que prescinden de cualquier consideración jurídica y se centran en criterios objetivos de comportamiento, son las que vienen reflejadas en la Directiva 2014/24 UE y en la normativa que regula a las EBAs en el caso catalán, y que, además, configuran a las mismas como entidades de la economía social, sean estas sociedades anónimas, de responsabilidad limitada, cooperativas o sociedades laborales, y todas ellas, no por su forma jurídica, sino por ser EBAs.

No cabe duda de que los requisitos exigidos por la Directiva 2014/24/UE permiten identificar a las potenciales empresas contratantes para la gestión de servicios públicos de salud como entidades de la economía social, aunque, acertadamente, la Directiva no menciona ese concepto, ya que el mismo no existe homogéneamente delimitado en los Estados que integran la Unión Europea.

También la Directiva elude pronunciarse sobre el carácter lucrativo o no lucrativo de las entidades privadas, adjudicatarias de la gestión de los servicios públicos, sociales, culturales o de salud. En efecto, la clave para establecer la idoneidad de los adjudicatarios privados de contratos públicos, en el caso de los servicios de salud y otros servicios de provisión de bienes sociales o preferentes, no deriva del carácter lucrativo o no lucrativo de dichos adjudicatarios, sino de la preeminencia del trabajo de los profesionales sanitarios sobre el capital que, en el caso de las EBAs y otras empresas de la economía social constituye (el capital) un elemento claramente subordinado al poder decisional de dichos profesionales en tanto que tales, un poder decisional democrático y participativo. En este sentido, el moderno concepto europeo de economía social y el conjunto de valores que incorpora, transformador, democrático y solidario, es indudablemente más idóneo y potente para encajar la eficiencia social de la gestión privada de servicios públicos de bienes preferentes, como el de la salud, que el concepto acuñado por la literatura anglosajona del *non-profit* en el que la democracia participativa suele brillar por su ausencia, y los sistemas de gobernanza en modo alguno garantizan el protagonismo de los profesionales sanitarios, que fácilmente pueden quedar marginados, y de hecho así ocurre en numerosas ocasiones, en los procesos de toma de decisiones.

En el caso de España, el *Decreto 309/1997 de 9 de diciembre de la Generalitat Catalana* que regula las características identitarias de las EBAs sigue la

misma metodología que la Directiva 2014/24/UE. Lo esencial, la sustancia que interesa al financiador y supervisor público de la gestión privada de determinados servicios sanitarios es que dicho gestor privado reúna las características y condiciones idóneas que permitan alcanzar la mayor eficiencia social y de gestión en la provisión de la cartera de servicios contratada. Y ese objetivo está más rigurosamente perfilado en la normativa específica de las EBAs que en las diversas legislaciones que regulan los diferentes agentes de la economía social, tanto en el ámbito estatal como en los autonómicos y que, en general, no están diseñadas para preservar las condiciones idóneas en que debe prestarse un servicio público.

Aunque son numerosos los estudios realizados sobre las diferentes formas de gestión privada de la sanidad pública no ha podido llegarse a conclusiones sólidas sobre cuáles son los modelos más idóneos públicos/privados que permitan obtener los mejores resultados, tanto en términos de gestión como de eficiencia social. En general, hay una gran escasez de evaluaciones sólidas al respecto y no parece existir evidencia empírica de que unos proveedores de salud (privados/públicos) sean más eficientes que otros (públicos/privados) en la gestión de los servicios de salud. Sin embargo, sí que se han señalado y comprobado las consecuencias negativas de poner en manos de entidades de capital riesgo la gestión de redes de proveedores sanitarios cuyos incentivos no están alineados hacia la eficiencia social de la salud.

Por el contrario, en el ámbito de los servicios públicos de atención primaria gestionados por las EBAs en Catalunya, y después de 30 años de experiencia del modelo, sí que existen evidencias favorables sobre su eficiencia, tanto social como de gestión. Como las señaladas en el *Informe del Observatorio del Sistema de Salut de la Generalitat de Catalunya*²⁹, a través de la *Central de Resultats*. En el año 2023 se contabilizan en Catalunya 377 equipos de atención primaria (EAP) con la siguiente distribución por tipos de gestor:

- 294 ICS (Institut Català de la Salut) de gestión directa pública (funcionarial)
- 70 OSI (Organizaciones Sanitarias Integradas), entidades de diferentes fórmulas jurídicas que integran diversos niveles asistenciales (hospitales, atención primaria, sociosanitaria...)
- 13 EBAs (Entidades de Base Asociativa) de autogestión profesional.

²⁹ OSSC (2023). *Informe del Observatorio del Sistema de Salut de la Generalitat de Catalunya, Central de Resultats*.

Entre los 16 indicadores más relevantes, con continuidad en las series temporales, el conjunto de las EBAs presenta mejores resultados en 11 de dichos indicadores, con diferencias significativas respecto al conjunto de las ICS o de las OSI, mientras que en 4 de ellos no se observan diferencias apreciables. Destacan los buenos resultados de las EBAs en gestión de bajas laborales, farmacia, eficiencia y satisfacción de los pacientes. El índice de satisfacción global de los usuarios en las EBAs es de 8,09 puntos sobre 10, frente a un índice medio para todas las EAP de Catalunya de 7,72 puntos.

Por su parte, la encuesta Plaensa del Servei Català de la Salut para la asistencia primaria³⁰ ofrece los siguientes datos para 2024:

Indicador	EBAs	Catalunya
Facilidad día visita	75,37	62,30
Satisfacción global	8,23	7,75
Fidelidad	90,04	86,00

Todo lo anterior permite evaluar como muy positivo el comportamiento de las EBAs en la provisión del servicio público de la salud, y considerar acertado el diseño que en su día realizó el financiador público de la estructura societaria de las EBAs, configurándolas, de hecho, como entidades de la economía social. Treinta años de historia acreditando unos excelentes resultados sociales y de gestión son muchos años. Y como reza el adagio popular *the proof of the pudding is in the eating*, que, dicho en román paladino, a la manera del Arcipreste de Hita, quiere decir que el pudín se prueba comiéndolo. Sorprende que esta historia de éxito no haya sido replicada en entornos territoriales mucho más amplios, tal y como señala Guillem López-Casasnovas.³¹ Quizás debido, como también señala dicho autor, a que el debate de política sanitaria está muy ideologizado.

V. FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

ACEBA (2023). *Memoria ACEBA 2023*.

30 PLAENSA (2024). *Pla d'enquestes de percepció, experiència i satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut*.

31 LOPEZ-CASASNOVAS, Guillem (2023). "El debate sobre la colaboración público/privada como forma de privatización sanitaria. En *Health Policy Papers Collection*, 2023-2024, CRES-UPF.

ARROW, Kenet. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", en *American Economic Review*.

BAREA, José & MONZÓN, José Luis (2006). *Manual for drawing up the satellite accounts on cooperatives and mutual societies*, CIRIEC-España.

CHAVES, Rafael, DEMOUSTIER, Danièle, MONZÓN, José Luis, PEZZINI, Enzo, SPEAR, Roger & THIRY, Bernard (Dirs.) (2000). *Economía Social y Empleo en la Unión Europea*. CIRIEC-España.

CHAVES, Rafael & MONZÓN, José Luis (2008). *The Social Economy in the European Union*. European Economic and Social Committee-CESE.

- (2012). *The Social Economy in the European Union*. European Economic and Social Committee-CESE.
- (2017). *Recens Evolutions of the Social Economy in the European Union*. European Economic and Social Committee-CESE.

CIRIECSTAT (2025). *Portal estadístico de la economía social española*.

COMISION EUROPEA (1989). *Comunicación Las empresas de la economía social y la realización del mercado europeo sin fronteras*, SEC (89) 2187.

- (2011). *Comunicación Iniciativa en favor del emprendimiento social*. COM (2011) 682 final 25/10/2011.
- (2014). *Directiva europea 2014/24/UE sobre contratación pública*.
- (2021). *Comunicación COM/2021/778 final*.
- (2024). *Benchmarking the socio-economic performance of the EU Social Economy*, European Commission, Brussels. Informe EISMEA de la Comisión Europea realizado por EURIC-SE y CIRIEC.

DECRETO 309/1917 de 9 de diciembre, por el que se establecen los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa.

DEFOURNY, Jacques & MONZÓN, José Luis (1992). *Economie Sociale, entre économie capitaliste et économie publique*. Bruxelles, BE: De Boeck-Wesmael.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz (2013). “La gestión privada de la sanidad pública ¿una huida hacia adelante?”. En *Nadaes-gratis.es*

LEY 15/1990 de 9 de julio de ordenación sanitaria de Catalunya

LEY 2/2007 de 15 de marzo de sociedades profesionales

LEY 5/2011 de 29 de marzo de economía social

LEY 9/2017 de 8 de noviembre de contratos del Sector Público

LOPEZ-CASASNOVAS, Guillem (2023). “El debate sobre la colaboración público/privada como forma de privatización sanitaria. En *Health Policy Papers Collection*, 2023-2024, CRES-UPF.

MONZÓN, José Luis (2025). “Economía Social: Estadísticas, Conceptos y Perímetros. Tres décadas para un consenso internacional”, *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº 114, 17-48.

MONZÓN, José Luis & CHAVES, Rafael (2020). “Fundamentos de economía social” en *Manual de Economía Social*. Tirant lo Blanch, Valencia, 21-42.

OSSC (2023). *Informe del Observatorio del Sistema de Salut de la Generalitat de Catalunya, Central de Resultats*.

PLAENSA (2024). *Pla d'enquestes de percepció, experiència i satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut*.

UNGA (2023). *Resolution A/RES/77/281. Promoting the socialand solidarity economy for sustainable development*.

ZEVI, Alberto & MONZÓN, José Luis (1995). *Coopératives, marchés, principes coopératives*. Bruxelles, BE: De Boeck-Wesmael.