

Informe SESPAS

Gestión de recursos humanos en sanidad. Vías de avance consensuales. Informe SESPAS 2024

Miguel Angel Negrín^a y Vicente Ortún^{b,*}^a Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España^b Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Departamento de Economía y Empresa, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

RESUMEN

Palabras clave:

Motivación
Calidad de la atención
Organizaciones
Recursos humanos en salud
Selección de personal
España

Los profesionales del sistema de salud merecen una buena gestión, y España, estancada en su productividad, la necesita. Una buena gestión es posible, como se comprobó durante los estados de alarma de 2020. Nada de lo aprendido se ha consolidado. No sirve el extremo de considerar oxímoron el término «gestión pública», pues nunca en la historia se ha precisado mejor estado que ahora, además de mejor mercado, por razones que van más allá de la consolidación del estado del bienestar. Tampoco sirve el extremo opuesto de pensar que fuera del funcionariado no hay salvación: la esclerosis burocratizante, uno de los signos de deterioro, enfocada exclusivamente a la legalidad, o como mínimo a su apariencia, no puede continuar ignorando que también se precisa efectividad. Se sabe medir la calidad de la gestión, en general y en el sector sanitario, y hay conocimiento acerca de cómo mejorarla. Modelos más flexibles de relaciones laborales —para seleccionar, reclutar y retener con criterios de «igualdad, mérito y capacidad» mejorados— requieren modificaciones en la arquitectura institucional como las que este artículo plantea: competencia por comparación en calidad entre centros autónomos y responsables que comparten reglas de juego en un terreno nivelado. El sistema sanitario, la joya del país, gracias en gran parte a la calidad de sus recursos humanos, no tan solo merece que sus potencialidades sean liberadas, sino que puede liderar el imprescindible aumento de la capacidad resolutoria, que asegura su impacto en el bienestar social, así como plasmar en propiedad intelectual su capacidad investigadora e innovadora con el consecuente impacto en el producto interior bruto.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Human resource management in health. Consensual paths forward. SESPAS Report 2024

ABSTRACT

Key words:

Motivation
Quality of care
Organizations
Health workforce
Personnel selection
Spain

Healthcare professionals deserve good management, and Spain, stagnant in its productivity, needs it. Good management is possible, as evidenced during the states of alarm in 2020. None of the lessons learned have been consolidated. Dismissing the term “public management” as an oxymoron is extreme, as there has never been a greater need for a well-functioning state, along with a better market, for reasons beyond the consolidation of the welfare state. The opposite extreme of thinking that salvation lies only within the civil service is also unhelpful. Bureaucratic sclerosis, a sign of deterioration, focused on legality or its appearance, cannot continue to ignore the need for effectiveness. The quality of management, both in general and in the healthcare sector, can be measured, and there is knowledge on how to improve it. More flexible models of labor relations —for selection, recruitment, and retention based on improved criteria of “equality, merit, and capability”— require modifications in institutional architecture, as proposed in this article: competitor benchmarking among autonomous centers and responsible entities that share standardized rules. The healthcare system, the jewel of the country, thanks in large part to the quality of its human resources, not only deserves to have its potential unleashed but can also lead the necessary increase in its resolution capacity, ensuring its impact on social well-being. It can also document its research and innovative capabilities in intellectual property, thereby contributing to the gross domestic product.

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

España, país con la productividad en retroceso desde principios de siglo (bajada del 7,3% según el Observatorio IVIE-FBBVA¹), con la consecuente pérdida de posición relativa en el mundo, tiene un

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu (V. Ortún).

Puntos clave

- El sistema sanitario español destaca mundialmente en el indicador de calidad más adecuado, pero su pronóstico no es bueno sin solucionar su burocratización y politización.
- Una gestión ágil y resolutive es posible, como se demostró durante la pandemia gracias a los estados de alarma.
- La *World Management Survey* permite medir la calidad de la gestión. Explica además un tercio de las diferencias de productividad entre países.
- Se precisa tanto mejor estado (no más estado) como mejor mercado por razones que van bastante más allá de la consolidación del estado del bienestar.
- Modelos más flexibles de relaciones laborales —para seleccionar, reclutar y retener con criterios de «igualdad, mérito y capacidad» mejorados— requieren modificaciones en la arquitectura institucional.
- La competencia por comparación en calidad entre centros autónomos y responsables que comparten reglas de juego en un terreno nivelado resume los enunciados de vías consensuables para la mejora de la selección, el reclutamiento, la retención, la promoción, la evaluación y la incentivación de los recursos humanos del sector sanitario en España.
- El sistema sanitario, la joya del país, gracias en gran parte a la calidad de sus recursos humanos, no tan solo merece que sus potencialidades sean liberadas, sino que puede liderar el imprescindible aumento de la capacidad resolutive, que asegura su impacto en el bienestar social, así como plasmar en propiedad intelectual su capacidad investigadora e innovadora con el consecuente impacto en la mejora de la productividad.

contrapunto en el sector sanitario, su joya de la corona: es el mejor situado en comparaciones internacionales con recorrido potencial para contribuir a su propia sostenibilidad a través de la investigación y la innovación generadora de propiedad intelectual. De hecho, las muy destacadas posiciones que obtiene en el indicador que mejor refleja la calidad de su sanidad solo tienen parangón en algún deporte individual.

La calidad del sistema sanitario en España

Desde la década de 1970 se mide la calidad (valor creado, si se quiere) de un sistema sanitario por lo que en España llamábamos «mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable»². En los últimos años, el Institute of Health Metrics and Evaluation publica las mejores medidas tanto de mortalidad evitable —aquella que no debería producirse con los conocimientos y recursos disponibles proporcionando una buena atención clínica— como de la carga de enfermedad evitable con programas de salud pública y actuaciones sobre los determinantes de la salud. Con datos de 2017, *The Lancet* publicó en 2019³ que España era el sexto país del mundo en el *ranking* de mortalidad clínicamente o sanitariamente evitable, aquella más sensible a la actuación de los servicios sanitarios. Lo hizo, además, depurando datos y ajustando las tasas de mortalidad por los riesgos que no son clínicamente manejables. Así, en muertes por enfermedades diarreicas hay que ajustar por diferencias en calidad del agua entre países. En cambio, en muertes por ictus no hay que ajustar por diferencias en la prevalencia de hipertensión por ser clínicamente manejables.

Sexta posición mundial, por detrás de Suiza, Suecia, Noruega, Australia y Finlandia. Con datos de 2019, publicados en 2022⁴, pasamos a la novena posición mundial, por detrás de los ya citados más Holanda, Canadá e Irlanda (siguen siendo todos más pequeños que España), y por delante de Italia, Francia, Alemania, los Estados Unidos de América y el resto. ¿Dónde está, pues, el problema? En el

mal pronóstico, como se ha dicho hace años⁵, salvo que se enderecen algunas tendencias como la de una creciente esclerosis en la oferta (Cataluña queda prácticamente como único reducto de la gestión pública indirecta) y el voto con los pies hacia el aseguramiento privado. Simplificando mucho lo que requiere mayor espacio⁶, se precisa una mejor gestión pública (profesionalización que exige despolitizar, así como desburocratizar) para preservar la princesa del estado de bienestar, la institución que mayor confianza inspira en la ciudadanía: la sanidad pública⁷.

La pandemia mostró que una gestión ágil y resolutive es posible aunque requiera un estado de alarma (como los habidos entre el 14 de marzo y el 21 de junio de 2020). Pese a los problemas con la primera ola, particularmente en las residencias, la respuesta de España —medida en pérdidas de esperanza de vida al nacer— estuvo a la altura de la de Holanda⁸ (uno de los pocos países que nos precede en el *ranking* de calidad antes citado). Tuvo lugar un alarde, una exhibición profesional por parte de clínicos (medicina, enfermería, etc.), ingenieros, logistas, personal de apoyo y gestores. Nunca se había conocido una gestión clínica y de centros tan resolutive⁹. No obstante, ninguna de las lecciones aprendidas se ha tenido en cuenta.

Todas las prestaciones del estado del bienestar, excepto las pensiones, son muy intensivas en trabajo, siendo los recursos humanos el determinante clave de su efectividad. Cinco minutos de un buen médico son preferibles a 15 minutos de un médico mediocre o malo. Algo parecido ocurre con la educación¹⁰.

Solo con estados de bienestar solventes podrán afrontarse con alguna garantía de éxito los problemas que definen el presente de España y de Europa, lo que requiere un mejor estado y un mejor mercado.

Mejor estado y mejor mercado

Distintos fallos de mercado¹¹ aconsejan una intervención del Estado, pero de un *buen* Estado, ya que no se trata de sustituir lo malo por lo peor. Curiosamente, tres grandes problemas de la humanidad convergen en lo que a su solución respecta en un mejor Estado:

1. No existirá bienestar humano en un planeta enfermo (línea editorial de GACETA SANITARIA)¹². La Edad de los Combustibles Fósiles no finalizará porque el mundo se quede sin combustibles fósiles (como la Edad de Piedra no finalizó porque el mundo se quedara sin piedras)¹³. No bastan los mecanismos de mercado como el de establecer precio a las emisiones.
2. Conciliar capitalismo, el único sistema existente¹⁴, el gobierno de unos pocos, con democracia, el gobierno de todos, para que el término «capitalismo democrático» no sea un oxímoron¹⁵. Añadamos el indispensable papel que debe desempeñar el Estado en la revolución tecnológica en curso avanzado, la de la inteligencia artificial. Para que se genere prosperidad compartida —lo cual no se deriva automáticamente del cambio tecnológico que con frecuencia ha concentrado beneficios en unas pocas manos— se precisa encauzar la inteligencia artificial para que complemente las habilidades de los humanos —en lugar de sustituirlas— regulando tanto el diseño como la implementación de la inteligencia artificial. La historia muestra, además, que ello ocurre cuando los trabajadores tienen suficiente poder e influencia para conseguir participar en el aumento de la productividad que la innovación tecnológica aporte¹⁶. Ha dejado de ser cierto que la mejor política industrial es la que no existe. Ya se ha mencionado cómo el sector sanitario puede contribuir a su propia sostenibilidad a través de una investigación y una innovación generadoras de propiedad intelectual.

3. La desigualdad creciente desde la década de 1980 amenaza la democracia, el crecimiento y el bienestar. Esa conquista de la humanidad llamada estado del bienestar tiene en España a la sanidad como faro, y la tiene por razones de eficiencia —sobre las que en principio resulta fácil llegar a un acuerdo—, pero también por la capacidad redistributiva de sus prestaciones, en particular las de atención primaria¹⁷.

Medida de la calidad de la gestión

Desde hace más de 20 años se ha estado creando una base de datos sobre calidad de la gestión que cubre 13.000 empresas, 4000 escuelas y centros sanitarios, y administraciones públicas en 35 países: la *World Management Survey*¹⁸. Las medidas validadas de calidad de la gestión incluyen los temas más básicos, desde tener un número razonable de indicadores de desempeño, y realizar un seguimiento regular de ellos, hasta disponer de un sistema que permita evaluar ejecutorias para incentivarlas de manera consecuente. Por países, la mejor calidad de la gestión se encuentra en los Estados Unidos, Japón, Alemania, Suecia, Francia y el Reino Unido. En posición más baja se encuentra el *mezzogiorno* europeo, junto con Chile y México. A continuación, India y China, y África en la cola. En cualquier caso, la variabilidad intra-país en calidad de gestión de las empresas, incluso por sectores, es muy elevada.

Los resultados han sido validados tanto por un experimento natural —la crisis de 2008 afectó mucho menos a empresas con buena gestión— como por un experimento diseñado: las empresas del sector textil en India aleatoriamente escogidas para ser adiestradas en mejora de su gestión aumentaron su productividad un 17% más que las no intervenidas¹⁹.

En los hospitales, la mejor gestión lleva también a mejores resultados, como menores tasas de mortalidad y estancias medias más cortas, siempre que la acompañen un buen gobierno (del consejo rector, por ejemplo) y una aceptable calidad institucional. Esta última es un concepto multidimensional que se compone de varias facetas: voz y rendición de cuentas, efectividad gubernamental, estabilidad política y ausencia de violencia, calidad regulatoria, respeto a la ley y los contratos, y control de la corrupción. Los indicadores generales muestran que en España persisten déficits importantes de calidad institucional en los tres últimos aspectos¹⁹, pero también hay margen notable de mejora en participación, transparencia, responsabilidad y calidad de formulación e implementación de políticas públicas, que conforman los dos primeros.

Los factores que influyen en la mejora de los resultados clínicos, financieros y de satisfacción del personal, además de la competencia por comparación en calidad, son el tamaño y las habilidades clínicas y gestoras. La asociación entre tamaño (volumen de intervenciones quirúrgicas, procedimientos, etc.) y calidad está bien establecida. Constituye la expresión clínica de las economías de escala y refleja la obviedad de que la experiencia en un oficio se adquiere con la práctica, aunque todavía no se puede descartar que la derivación selectiva desempeñe igualmente un papel. Las habilidades clínicas y gestoras (mejor comunicación, mayor credibilidad y autoridad) —por este orden— explican un mejor comportamiento de las organizaciones sanitarias^{20,21}.

Finalmente, lo más importante: la calidad de la gestión explica un tercio de las diferencias de productividad entre países. La gestión importa.

Gestión pública y gestión privada

El Estado es una organización a la que se pertenece sin demasiada elección, que puede imponernos obligaciones sin aquiescencia individual, aunque sí colectiva a través de nuestros representantes, y cuya legitimidad se deriva de un proceso electo-

ral, no de la propiedad. Como consecuencia de la responsabilidad fiduciaria que rige la Administración pública existen importantes restricciones a la discrecionalidad con que puede manejar los recursos. La gestión pública será por tanto gestión con las limitaciones derivadas de su carácter público. Algunas de estas limitaciones —visibilidad, transparencia, control jurisdiccional constante, garantismo— son convenientes, pues sirven a objetivos democráticos; otras, en cambio, no lo hacen y son limitaciones mitigables bien por la investigación (medida del impacto en el bienestar de las políticas públicas) o bien por la acción (liberarse de capturas regulatorias, mecanismos de cuasi-competencia y mercado)²².

La gestión pública sanitaria en España puede ser directa o indirecta; esta última claramente en recesión y reducida a Cataluña, tras el aplantillamiento general que ha ido acabando con el ensayo de nuevas formas de gestión iniciado en la última década del siglo pasado. Asistimos a un proceso de uniformización y de retorno al derecho administrativo en prácticamente todas las comunidades autónomas y con independencia del partido gobernante. Así, el modelo concesional valenciano se extingue paulatinamente y Andalucía ha renunciado casi por completo a disponer de personalidades jurídicas diversas en sus organizaciones sanitarias.

Pérez-Romero et al.²³ sugieren que una mayor eficiencia tiende a asociarse a un marco flexible de regulación y gestión, alejado de las limitaciones autoimpuestas para la Administración pública común. Sus resultados indican que el hecho de disponer el hospital de personalidad jurídica, con independencia de su propiedad pública o privada, aumenta la eficiencia técnica respecto a los hospitales públicos tradicionales, y que el marco de regulación y gestión del hospital es más relevante que la propiedad pública o privada. Se postula que la dotación de personalidad jurídica al hospital del Sistema Nacional de Salud supone someterlo a un marco jurídico y de gestión mucho más flexible que el que caracteriza a los hospitales tradicionales, por lo que se considera que es relevante que, en los hospitales analizados, la personalidad jurídica (pública o privada) se asocie a un marco de regulación de tipo laboral y no estatutario. La eficiencia técnica que analiza este estudio curiosamente implica una perspectiva no tan relevante como la de la eficiencia del conjunto del sistema, pues al igual que la calidad de un sistema sanitario no se obtiene por la mera adición de la calidad de sus integrantes, la eficiencia del conjunto tampoco deriva necesariamente de las eficiencias de sus centros integrantes (menores costes en un hospital pueden no compensar el exceso de costes que provoca en otros hospitales financiados públicamente). En todo caso, los pocos estudios que incorporan indicadores de resultado final y de calidad muestran que no hay diferencias significativas entre actores públicos y privados en términos de adecuación, seguridad, eficiencia y efectividad clínica^{24,25}.

La gestión privada con finalidad lucrativa (estilo Amazon) es la que puede plantear problemas en la medida en que su métrica es la del retorno en recursos propios, no tanto la cantidad y la calidad de vida producida.

Conclusiones

Finalizaremos con cuatro vías de avance, consensuales, para la mejora de la gestión de los recursos humanos sanitarios en España a través de cambios en su arquitectura organizativa:

- 1) *Competencia por comparación en calidad*, devolviendo al término su significado, desgastado por mal uso en España, como muestra la experiencia del área única de Madrid, donde los grupos con finalidad lucrativa han tenido unos incentivos para atraer pacientes de los que han carecido los hospitales públicos por la imposibilidad burocrática de incorporar excedentes a sus presupuestos²⁶. Una evaluación²⁷ analiza el «experimento

natural» por el que los ciudadanos de la Comunidad de Madrid podían elegir libremente cualquier médico de cabecera y otros especialistas de su región convertida en un área unificada una vez agotados unos tiempos de espera. El análisis empírico se realizó con datos del periodo 2002-2016 y utilizó técnicas de control sintético. Los hallazgos muestran una reducción de los tiempos medios de espera quirúrgica y un aumento de la satisfacción de los pacientes con la atención hospitalaria. Las elecciones de mayo de 2023 dieron, en la Comunidad de Madrid, la mayoría absoluta a quienes recibieron concurridas manifestaciones de protesta en la calle, lo cual permite imaginar un modelo que puede aparecer si no se mejora la gestión pública (que requiere despolitizar y desburocratizar): el de una financiación pública de grupos sanitarios multinacionales con finalidad lucrativa con gran capacidad para explotar economías de escala y hacerse con los mercados mundiales. El lucro tiene indicaciones cuando estimula la innovación o la mayor eficiencia, o compensa el mayor riesgo en mercados donde existe competencia, lo que cada vez está ocurriendo menos²⁸. En sanidad conviene no perder de vista su razón de ser: mejorar el bienestar con los recursos disponibles a través de la gestión clínica y sanitaria enmarcada en un buen gobierno.

- 2) *Autonomía –responsable– de gestión de los centros sanitarios.* El reto es ir evolucionando hacia un sistema de financiación pública que premie el mejor comportamiento. En nuestra sanidad coexiste la gestión directa de servicios –con una muy ligera incorporación de nuevas formas de gestión, como consorcios, fundaciones o sociedades mercantiles públicas– con la gestión indirecta de servicios, sobre todo mediante conciertos y muy secundariamente concesiones de obra y concesiones administrativas, mecanismos de compra pública innovadora y contratos de riesgo compartido. Esa rigidez se adapta mal a la misión y las necesidades de los servicios sanitarios modernos, y conduce paradójicamente a un alto nivel de empleo inestable, un abuso generalizado de contratos temporales y una ausencia de la necesaria longitudinalidad, tan esencial en la atención primaria.
- 3) *Flexibilizar la selección, el reclutamiento, la retención, la promoción, la evaluación y la incentivación del personal sanitario.* Cada vez resulta más urgente la reforma siempre pendiente de la Administración pública. Nieto²⁹, desde hace décadas, y Dahls-tron y Lapuente³⁰ más recientemente, lo han argumentado con suma claridad. Ramió y Salvador³¹ identifican capturas, pero merece la pena intentarlo para el sector sanitario tanto por necesidad, derivada de la complejidad de su producción, como por disponer de inteligencia suficiente. Como siempre, radicalismo selectivo –evitar coaliciones de bloqueo actuando sobre un frente clave y reducido para generalizar las innovaciones que funcionen por difusión– y alianzas. Por ejemplo, si está claro que conviene cambiar el perfil de los nuevos empleados públicos, ¿quiénes mejor que los cuerpos de élite para colaborar en el empeño? Recordemos que siempre cabe el *grandfathering*: las nuevas reglas se aplican a futuro, se hacen más reales los criterios de igualdad, mérito y capacidad al diseñar pruebas de acceso que discriminen según conocimientos, habilidades y aptitudes sin pivotar excesivamente en aspectos memorísticos de los que exigen largos años de preparación solo aptos para opositores con familias que les mantengan.

- 4) *Nivelar el terreno de juego*³². Esto significa compartir las patas del trípode organizativo: objetivos públicamente establecidos, incentivos y evaluación/rendición de cuentas. La legalidad nos obliga a todos, pero también la efectividad; especialmente cuando esta es la diferencia en la salud que consigue la ciudadanía. Se comparten las reglas del juego: cómo se marcan los goles

(actividad y resultados), quién arbitra y cómo se consigue comparar comparables, algo que nuestros sistemas de información permiten desde hace tiempo. Los equipos son las organizaciones sanitarias, bajo distintas formas de gestión directa e indirecta. En una organización se establece el reparto de derechos de decisión entre sus componentes (quién hace qué), se establecen unos objetivos y la forma de medirlos, así como un sistema de incentivación–evaluación según los comportamientos observados. La forma organizativa más adecuada para cada circunstancia va adaptándose a los cambios de todo tipo (tecnológicos, sociales, etc.) y se tiende a imitar a quien mejor lo hace, porque aunque ni individuos ni organizaciones muramos por suboptimización, sabemos que solo hay una forma para tratar de hacer las cosas: como quien mejor las hace. La nivelación implica, pues, tanto la utilización de métricas comunes de evaluación de desempeño para todos los servicios sanitarios financiados públicamente, sean de gestión pública directa o indirecta, como disponer de una capacidad de gestión clínica comparable entre diversas formas organizativas, esa que hoy no existe por las limitaciones administrativas autoimpuestas, que pueden superarse gradualmente con desburocratización y despolitización para que pueda gestionarse.

Finalmente, la muy prevalente práctica dual (compatibilización del ejercicio profesional con financiación pública y con financiación privada) existente en España supone un espacio de riesgo para el paciente–consumidor. Aquí, la sanidad, igual que procura que un infante no se ahogue con una bolsa de plástico o no se intoxique con un lingotazo de lejía, debe proteger al ciudadano precisamente del consumo no indicado y iatrogénico de servicios sanitarios, aunque sean exclusivamente de financiación privada, como la lejía. Hay que ir hacia la extinción gradual de la concurrencia desleal que la práctica dual pueda suponer. Puestos a realizar horas extra para aprovechar financiación privada (o pública), mejor en el centro público (o privado) en el que se trabaja.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

En este trabajo no se han utilizado datos primarios. Las cifras que se indican vienen acompañadas de sus respectivas referencias.

Contribuciones de autoría

Los dos autores han participado de forma conjunta en todas las fases de la redacción del artículo. V. Ortún escribió el primer borrador.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. IVIE. El comportamiento de la productividad en España (1995-2022). Informe OPCE 2023. Valencia: IVIE y FBBVA; 2023.
2. Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin*. 1998;90:399–403.
3. GBD 2105 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017;390:231–66.
4. GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for

- 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Glob Health*. 2022;10:e1715–43.
5. Ortún V, director. *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer; 2009.
 6. Meneu R, Ortún V, Urbanos R. *La sanitat a la cruïlla post-Covid: finançament, organització i gestió*. Barcelona: Cercle de Salut i Ed Profit; 2023.
 7. Fundación BBVA. *Estudio de opinión pública: confianza en la sociedad española*. Bilbao: FBBVA; 2022.
 8. Schöley J, Aburto JM, Kashnitsky I, et al. Life expectancy changes since Covid-19. *Nature Human Behavior*. 2022;6:1649–59.
 9. Hervada X, Pérez-Romero C, Rodríguez-Artalejo F, et al. Evaluación del desempeño del sistema nacional de salud español frente a la pandemia de COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
 10. Gortazar L, Cabrales A. *Mejorar la educación evitando la confrontación*. En: Rolán T, Galindo J, Gortazar L, et al., coordinadores. *Un país posible. Manual de reformas políticamente viables*. Barcelona: Deusto; 2023.
 11. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*. 1963;53:941–73.
 12. Negrín M, Bermúdez-Tamayo C, Alguacil J, et al. *Gaceta Sanitaria en 2021. Proteger el planeta para proteger la salud*. *Gac Sanit*. 2022;36:101–5.
 13. Llavador H, Ortún V. Piedras, combustibles fósiles y virus zoonóticos. *Blog Nada es Gratis*, 6/11/2020. (Consultado el 5/10/2023.) Disponible en: <https://nadaesgratis.es/admin/piedras-combustibles-fosiles-y-virus-zoonoticos>.
 14. Milanovic B. *Capitalism alone. The future of the system that rules the world*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2019.
 15. Wolf M. *The crisis of democratic capitalism*. Londres: Allen Lane; 2023.
 16. Acemoglu D, Johnson S. *Power and progress*. En: *Our 1.000-year struggle over technology and prosperity*. New York: Public Affairs; 2023.
 17. Urbanos R. *La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad*. *Gac Sanit*. 2016;30:25–30.
 18. Scur D, Sadun R, van Reenen J, et al. *The World Management Survey at 18: lessons and the way forward*. *Oxf Rev Econ Policy*. 2021;37:231–58.
 19. Alcalá F, Jiménez F. *Los costes económicos del déficit de calidad institucional y la corrupción en España*. Bilbao: Fundación BBVA; 2017.
 20. Bloom N, Propper C, Seiler S, et al. *The impact of competition on management quality: evidence from public hospital*. *Rev Econ Stud*. 2015;82:457–89.
 21. Propper C. *Targets and terror*. En: Garicano L, editor. *Capitalism after Covid: conversations with 21 economists*. London: CEPR Press; 2021.
 22. Ortún V. *Gestión pública*. Madrid: Fundación BBV; 1993.
 23. Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, et al. *Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión*. *Gac Sanit*. 2019;33:325–32.
 24. Comendeiro-Maaløe M, Ridaio-López M, Gorgemans S, et al. *A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015*. *Health Policy*. 2019;123:412–8.
 25. Serra-Burriel M, Manganelli AG, López Casasnovas G. *La aproximación empírica. La Ribera, Torre vieja y Vinalopó*. En: López-Casasnovas G, del Llano-Señaris JE directores. *Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira*. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2017. p. 132–231.
 26. González López-Valcárcel B. *Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (sanidad): paso adelante y oportunidad perdida*. *Blog Nada es Gratis* (24/7/2020). (Consultado el 5/11/2023.) Disponible en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>.
 27. Fernández-Pérez A, Jiménez-Rubio D, Robone S. *Freedom of choice and health services's performance: evidence from a National Health System*. *Health Policy*. 2022;126:1283–90.
 28. Eeckhout J. *La paradoxa del benefici. Com les empreses amb més èxit amenacen l'economia*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2023.
 29. Nieto A. *La organización del desgobierno*. Barcelona: Ariel; 1984.
 30. Dahlstron C, Lapuente V. *Organizando el Leviatán*. Barcelona: Deusto; 2018.
 31. Ramió C, Salvador M. *La nueva gestión del empleo público: recursos humanos e innovación en la Administración*. Barcelona: Tibidabo; 2018.
 32. Meneu R, González López-Valcárcel B, Ortún V, et al. *Nivelar el terreno de juego en sanidad*. *Economía y Salud: boletín informativo*, 2023, n.º 102, p. 13–4.