

Resumen

En este artículo se propone que la calidad institucional implica integrar fines y medios atendiendo a cómo desempeñar las funciones estatales. Se ilustra esta integración con ejemplos de elección y competencia en la prestación de servicios en sanidad y educación en España. En estas áreas existe una continua controversia acerca del papel de los operadores privados en la provisión de servicios públicos. La controversia se refiere a cómo equilibrar los fines de equidad, eficiencia y autonomía. El sistema de cuasimercado existente, que emplea la competencia y la elección, precisa de ajustes para que este enfoque individualista contribuya mejor a estos fines.

Palabras clave: calidad institucional, competencia, elección, servicios públicos.

Abstract

In this paper, it is proposed that institutional quality implies integrating ends and means according to how to perform state functions. This integration is illustrated with examples of choice and competition in the provision of services in health and education in Spain. In these areas, there is ongoing controversy about the role of private operators in the provision of public services. The controversy concerns how to balance the goals of equity, efficiency and autonomy. The existing quasi-market system, which employs competition and choice, requires adjustments so that this individualistic approach better contributes to these ends.

Keywords: institutional quality competence, choice, public services.

JEL classification: H11.

ADMINISTRACIONES PÚBLICAS: CALIDAD INSTITUCIONAL Y ADECUACIÓN ENTRE FINES Y MEDIOS

Salvador PARRADO

UNED

I. INTRODUCCIÓN

LA calidad, en referencia a las instituciones públicas, implica emplear procedimientos que alcancen resultados relevantes para los ciudadanos. Aludiendo a esta calidad institucional, Fukuyama (2015) propone que un sistema político estable requiere de una Administración capaz, neutral frente a los grupos de poder y preparada para responder a las necesidades de los ciudadanos. Lodge y Wegrich (2014) sugieren que la capacidad del Estado se despliega en sus funciones regulatorias, prestadoras, coordinadoras y analíticas en respuesta a las necesidades ciudadanas. La neutralidad de las instituciones pregona conceptos de la gobernanza como el empoderamiento inclusivo de los ciudadanos en los asuntos públicos, la transparencia de las decisiones o la rendición de cuentas de los servidores públicos de sus (inadecuadas) acciones o inacciones. En este texto se ilustra cómo buscar la calidad institucional conjugando fines públicos y medios instrumentales en la función estatal de prestación de servicios. Esta adecuación de fines y medios también se podría trasladar a otras funciones del Estado.

Por fines públicos se entienden conceptos como la equidad, la calidad, la eficiencia, la eficacia, la libertad o similares (Le Grand, 2007; Stone, 2012). Estos

fines, cuya bondad sería suscrita por cualquier representante del espectro político, informan la manera de entender y solucionar los problemas públicos. Al debatir sobre el detalle, sin embargo, no existe acuerdo sobre si algo es equitativo, eficiente, eficaz o de calidad porque cada término genera diferentes interpretaciones. Solo citando algunos autores representativos, se proponen nueve acepciones de la equidad (Stone, 2012); cuatro formas de entender la eficiencia (Andrews y Entwistle, 2014); cuatro versiones de la eficacia (Kushner y Poole, 1996); y cuatro conceptos asociados a la calidad de los servicios públicos (Bovaird y Löffler, 2015) por ejemplo. Mientras que la presentación de una norma o política pública puede incorporar todos estos fines, el articulado de la ley o los programas de intervención solamente enfatizan algunas acepciones, que pueden complementarse o contradecirse. Por ejemplo, la observancia de la eficiencia productiva (ratio de resultados conseguidos por insumos invertidos) puede reñir con la satisfacción de los usuarios (una acepción de la eficacia) si los servicios emplean menos personal para reducir costes y es precisamente el trato humano lo que demandan los ciudadanos para un servicio de calidad.

Los medios hacen referencia a cómo se prestan políticas y servicios públicos y responden a formas de vida subyacentes,

según la conceptualización de la teoría cultural (Douglas, 1982). Siguiendo este enfoque culturalista, Hood (1998) vinculó cuatro formas de vida a cómo prestar políticas y servicios públicos: la jerarquía, el individualismo, el igualitarismo y el fatalismo. Las tres primeras se asocian respectivamente con modos de prestación de servicios dominados por el mando y control de la autoridad; la elección y la competencia entre proveedores con mínima intervención del Estado; y la voz de profesionales y usuarios (Le Grand, 2007). En la práctica, difícilmente coexisten enfoques respondiendo a una única forma de vida. Instrumentos jerarquizados coincidan con mecanismos igualitarios de voz que incorporen a los ciudadanos al proceso decisorio. A veces, la elección del proveedor del servicio por el usuario (individualismo) coexiste con metas concretas impuestas por la autoridad (jerarquismo) para conseguir fines públicos en entornos profesionales (igualitarismo).

La confluencia de fines y medios específicos propicia diferentes resultados. Este texto ilustra esta intersección en la prestación de servicios sanitarios hospitalarios y educativos. Por ejemplo, una máxima del Estado de bienestar es la equidad de la educación y de la sanidad en el territorio. Conseguir la equidad puede compatibilizarse con la búsqueda de eficiencia productiva (a corto plazo) o dinámica (a largo plazo). También se debe considerar la eficacia como la satisfacción de los usuarios con los servicios y la consecución de los fines que pueden brindar los sistemas educativos (ingreso en la vida laboral) y sanitarios (mejora de la salud). La forma de alcanzar estos fines, además

de los equilibrios que requieren, se complejiza cuando se consideran los medios empleados.

En España, estas dos áreas de política pública son objeto de continua controversia como consecuencia de posturas enfrentadas entre igualitaristas e individualistas. Diversos conceptos de equidad y (libertad) autonomía individual suelen esgrimirse para justificar o criticar las reformas sanitarias y educativas de cada Gobierno. Algunas reformas tienen un calado nacional mientras que otras se circunscriben a comunidades autónomas (CC. AA.) específicas. Sin debatir a qué postura le asiste la razón, este artículo se centra en el instrumento de la elección de proveedor (público o privado) del servicio público para alcanzar diversos fines públicos. Dado el impacto que estas áreas de políticas tienen en el gasto público y la imbricación paulatina de operadores públicos y privados en la prestación del servicio, estas consideraciones pueden importar a otras áreas.

El objetivo principal del texto es mostrar que la calidad institucional se puede producir en cualquier combinación de fines y medios siempre que se hibriden los instrumentos siguiendo sus principios inspiradores y se comprendan los alcances y las limitaciones de los fines públicos propuestos. A partir de ahora el texto se estructura en varias secciones. En la siguiente se resumen los conceptos de fines y medios y se propone cómo aplicar la visión individualista en el ámbito de la salud y la educación. A continuación, se establecen los criterios que deben estar presentes para que se produzca un cuasimercado de proveedores públicos y privados. Posterior-

mente, se analiza si los ciudadanos realmente eligen y qué preferencias tienen en los ámbitos de la sanidad y la educación en España. Unas conclusiones culminan el texto.

II. LOS MALABARES ENTRE FINES Y MEDIOS PÚBLICOS

1. Los fines

En esta sección se resume lo planteado sobre fines públicos en Parrado (2015). Con este término se alude a objetivos genéricos (equidad, eficiencia, libertad y eficacia, por ejemplo) que trascienden los resultados más concretos y específicos pretendidos por las intervenciones públicas como la integración en el mercado laboral, buena salud o seguridad alimentaria. Estos fines difícilmente concitarían oposición. Sin embargo, la apuesta por una o varias dimensiones de estos conceptos puede suscitar un profundo desacuerdo entre los intereses afectados. A continuación, se definen los conceptos y su multidimensionalidad.

La equidad se refiere a una cuestión distributiva de «quién consigue qué, cuándo y cómo» que afecta al núcleo de las políticas públicas. La distribución puede ser de bienes, servicios, riqueza y oportunidades, y su reparto depende de criterios agrupados en torno a tres preguntas (Stone, 2012). 1) *Quién recibe qué*, es decir, quiénes son los destinatarios de un servicio o política: todos los ciudadanos; todos los ciudadanos, pero favoreciendo a los desventajados históricamente; a cada uno según su escalafón social o jerárquico; a aquellos con más méritos. 2) *Qué se distribuye*, es decir, qué ítems se entrega y qué valor tiene

para quien los recibe. Se distingue si un bien es una parte del todo, por ejemplo, una beca de estudios en función de cualquier renta del solicitante o de las rentas de la unidad familiar. Se puede indagar si el bien se ajusta a las necesidades de quien lo recibe, *i. e.* ¿se asigna a un alumno superdotado a un curso adecuado a su edad o a sus necesidades? 3) Finalmente, *cómo se distribuyen los bienes públicos*, es decir, qué procedimiento distributivo se emplea: competencia, lotería o elección.

La forma de definir la equidad puede suscitar el conflicto entre actores con distintas expectativas. Este proceso de definición de lo más equitativo cuando se prestan servicios públicos es el núcleo de la discusión política. Varias acepciones pueden entrar en disputa. La meritocracia es un método distributivo poco discutible para acceder a la universidad. Pero si un ciudadano no tiene recursos para atender la universidad y no hay sistemas de financiación complementarios para apoyar su acceso se está descuidando la máxima equitativa de ayudar a las personas en función de sus necesidades, aun teniendo más méritos o similares. El equilibrio más adecuado de estas dimensiones se relaciona con opciones ideológicas, pero también con la capacidad de obtener y asignar recursos públicos a esas prioridades. Por tanto, la eficiencia y la eficacia como fines públicos son también necesarios para complementar el debate sobre la equidad.

Para eficiencia, Andrews y Entwistle (2014) proponen cuatro acepciones. A la concepción clásica de productos conseguidos por unidad de insumo (*eficiencia productiva*), se incorporan las

acepciones de *eficiencia en la asignación* (ajuste de la demanda y la oferta del bien), la *eficiencia dinámica* (equilibrio entre el consumo presente y futuro en relación con los recursos empleados) y la *eficiencia distributiva* (los recursos se distribuyen equitativamente entre los destinatarios de las políticas y servicios). La atención (excesiva) prestada a la eficiencia productiva puede alterar el equilibrio entre sus diferentes dimensiones. Dado que el bienestar actual y futuro está en juego, Andrews y Entwistle (2014) proponen valorar y justificar públicamente los equilibrios entre las diferentes dimensiones de eficiencia. Esta transparencia permite integrar a la eficiencia en el marco de la administración democrática y otras dimensiones de la equidad, por ejemplo.

La eficacia, también un concepto polisémico, mide el grado con el que las administraciones públicas alcanzan los objetivos concretos de una política o servicio. Del trabajo de Kushner y Poole (1996) interesan tres acepciones. La primera se refiere a la *satisfacción del ciudadano con los servicios o políticas* entregadas. Esta acepción responde a una visión subjetiva de la eficacia. En el segundo sentido, la organización eficaz *obtiene los recursos* requeridos para satisfacer las demandas de sus usuarios. Normalmente, las organizaciones del sector público consiguen sus recursos del presupuesto, pero también pueden proceder de las tasas a los usuarios o de la competencia con organizaciones similares. El tercer tipo de eficacia, el más común, se identifica con la *obtención de resultados*, es decir, los productos e impactos derivados del servicio o política pública.

Por tanto, la eficacia de una organización no se aprehende desde una visión única. Es difícil de concretar debido a su multidimensionalidad y a cómo los actores hayan definido los objetivos de la acción pública. Estos objetivos son a menudo ambiguos. Chun y Rainey (2005) definen la ambigüedad de las metas como el grado de interpretación sobre el estado futuro deseado para un programa de intervención pública, de la organización o sus resultados. Lowi (1979) mantiene que la necesidad de compromisos entre intereses en conflicto de distintos grupos políticos en el parlamento propicia metas ambiguas para los organismos del ejecutivo y los programas gubernamentales. Ello genera problemas de gobernanza. Gracias a esa ambigüedad se aprueban determinadas normas y se apoyan ciertas políticas públicas. Los decretos de desarrollo y los programas de intervención manifiestan las complicaciones del detalle y activan los problemas de gobernanza.

Finalmente, la libertad entraña el dilema de cuándo el Gobierno puede interferir legítimamente con la elección ciudadana y limitar la autonomía individual (Stone, 2012). Las posturas individualistas más radicales procedentes de Stuart Mill proponen una concepción negativa de la libertad. Solo se justifica que el Gobierno restrinja la libertad individual de las conductas que afectan (dañan) a otras personas. En esta versión negativa, Stone (2012) sugiere considerar el daño acumulativo (material, económico y moral) de las acciones de varios actores como objeto de la protección gubernamental que restrinja la autonomía individual. Por el contrario, la interpretación positivista de Isaiah Berlin de la libertad,

defendida por Stone (2012), implica la ayuda a otros para el alcance de metas. No es suficiente restringir el daño acumulativo, sino que se debería asegurar los recursos básicos para que todos puedan ejercer su libertad o autonomía individual. Por tanto, la búsqueda de equidad en sanidad y educación (todos se benefician) implicaría favorecer la libertad (autonomía) individual mediante el apoyo a quien no tiene en esta concepción positiva de libertad.

2. Los medios y la teoría cultural

En la teoría cultural de Douglas (1982) y su desarrollo posterior (Wildavsky, 1987; Hood, 1998), las culturas son formas de vida viables determinadas por el nivel de prescripción de las normas y el grado de integración de los individuos en grupos (Douglas, 1982). Los sesgos culturales se componen de creencias y valores, incluidos los mitos de la naturaleza (Thompson, 1984; Schwarz y Thompson, 1990; Swedlow, 2011) y los puntos de vista normativos sobre cómo concebir las políticas públicas y los instrumentos de gestión y cómo reaccionar ante choques exógenos (Hood, 1998). La combinación de cómo las normas y los grupos de pertenencia determinan el comportamiento individual deriva en sesgos culturales para diagnosticar los problemas sociales y ofrecer soluciones.

A continuación, se describe cómo se concibe el servicio público desde cada sesgo cultural. En la jerarquía (alta inclusión en el «grupo»), las estructuras institucionales dominan sobre los deseos individuales y sus estrategias para maximizar sus beneficios. Domina la «lógica de lo apropiado» (March y Olsen, 1984), es decir, los individuos se ven constreñidos por el grupo. Además, domina el procedimentalismo típico de las burocracias weberianas (alta determinación de las normas). El «mando y control» del jerarquismo se basa en intervenciones públicas dominadas por la supervisión central de la autoridad. En este modelo, el Gobierno central propone las directrices a seguir y los entes ejecutores las implantan, sujetos a la inspección central y a sus auditorías. La concepción gerencialista de la jerarquía supone establecer metas específicas a conseguir por las unidades subordinadas, es decir, orientándolos hacia los resultados y no los recursos y el procedimiento legalista. Un punto débil de este enfoque se refiere a la fe ciega en los (infallibles) profesionales y los expertos.

Ni los grupos ni las reglas prescriben o constriñen el comportamiento de las personas en la perspectiva individualista (véase el cuadro n.º 1). Los actores tratan de maximizar su interés. Los usuarios elegirán el proveedor que mejor satisfaga

sus necesidades. Los proveedores competirán por atraer usuarios y ampliar sus beneficios bajo la máxima de que los mercados funcionan mejor que las jerarquías. La competencia implica la rivalidad entre Gobiernos, unidades organizativas, o proveedores de servicios para atraer inversiones o prestar servicios públicos. A veces, los propios dirigentes gubernamentales promueven la competencia entre distintas unidades burocráticas. Existe una visión de los problemas desde la base, en lugar de una perspectiva dirigista. Si las instituciones no incluyen sanciones y premios, la maximización del interés individual puede derivar en egoísmo, un punto débil del enfoque.

Los igualitaristas se oponen a la perspectiva estatista y dirigista y a la visión del mercado como métodos para gestionar políticas y servicios públicos. En esta visión culturalista, los individuos están constreñidos por sus pares, pero tienen poco apego a normas que limiten su conducta (véase el cuadro n.º 1). Aspiran al autogobierno para la gestión y se distancian de las jerarquías burocráticas. Distintas versiones del igualitarismo propugnan el «empoderamiento» de los ciudadanos y las comunidades en la gestión de los bienes comunes, el destino de las ayudas al desarrollo o los presupuestos participativos. Se confía en la coproducción de los servicios públicos con los usuarios desde su diseño hasta su evaluación (Löffler, 2020). Se fomenta el trabajo en equipo sobre el individual. Una debilidad del igualitarismo es el «oportunismo», es decir, algunos miembros no se implican en la gestión de lo común y se benefician de las contribuciones de los demás.

CUADRO N.º 1

LOS SESGOS CULTURALES

Alta determinación de las normas	B – Fatalismo	C – Jerarquismo
Baja determinación de las normas	A – Individualismo	D – Igualitarismo
	Baja inclusión en el grupo	Alta inclusión en el grupo

Fuente: Douglas, 1982; Schwarz y Thompson, 1990: 7.

Los fatalistas se caracterizan por las prescripciones obligatorias y la incorporación débil en el grupo (véase el cuadro n.º 1). Desconfían en la capacidad de los expertos de anticipar y planificar el futuro. El destino no se puede controlar debido a las fuerzas de la naturaleza o la falta de recursos para hacer frente a la demanda del servicio. Frente a la planificación, se gestiona de forma azarosa. Por ejemplo, en ausencia de recursos para controlar el flujo en las fronteras, se recurre a la aleatoriedad para inspeccionar solo el equipaje de algunos pasajeros, esperando que el control aleatorio disuada a los demás a introducir bienes prohibidos en el país. Los controles de vertidos o las inspecciones de empresas financieras en función del riesgo sistémico que presentan se basan en esta idea fatalista.

Estos modelos difícilmente concurren en estado puro en la realidad. Todos ellos cuentan con puntos débiles. Si no se remedian, pueden dar lugar al colapso del sistema propiciado por esa forma de vida: el oportunismo acaba con el espíritu igualitario; el egoísmo derroca la competencia entre iguales por prácticas abusivas o la excesiva confianza en los expertos deriva en catástrofes sistémicas. Por ello, se produce una búsqueda continua de instrumentos «híbridos» entre las formas de vida polares que estas perspectivas representan sobre la resolución de problemas (Thompson, Ellis y Wildavsky, 1990). La teoría cultural, de acuerdo con Sotirov y Winkel (2016), puede construir alianzas estratégicas transculturales (o híbridas) para políticas particulares limitando así las debilidades que estas formas de vida despliegan en su forma pura.

3. Asunciones sobre los fines y la visión individualista en el sector público

Este artículo se centra en cómo funciona la perspectiva individualista en la sanidad (hospitalaria) y la educación, en las que se proponen equidad (en una o varias de sus acepciones), pero también se reflejan razonamientos de autonomía, propios del individualismo y atributos asociados a la eficiencia y la eficacia.

La elección y la competencia entre proveedores del servicio tienen consecuencias para el sector público y los ciudadanos en estos sectores de políticas. Para los gerentes de hospitales, la elección de los usuarios puede ser atractiva cuando se vincula a consecuencias materiales o inmateriales, pues estarán incentivados a mejorar el desempeño. Si los proveedores tienen flexibilidad para contratar personal que se adapte a la demanda y ampliar los horarios de apertura de las instalaciones, especialmente en el caso de los hospitales, es probable que se mejore la eficiencia productiva. Al mismo tiempo, ello puede redundar en mayor satisfacción de alumnos y pacientes (eficacia) atrayendo a nuevos «clientes», que constituye la base de las consecuencias materiales.

Las autoridades también pueden ganar si consiguen atender la demanda (todos los ciudadanos), independientemente de si el proveedor es privado o público, conteniendo los costes y sin perjudicar la calidad. Todo ello, siempre que el coste individual de la educación y la sanidad sea el mismo para cada individuo, bien gratuito o mínimo. En este sentido, se apuesta por un principio equitativo de atención educativa y sanitaria.

Respecto de los usuarios, los defensores del modelo de elección racional en la educación sugieren que los individuos eligen la escuela que maximizaría su utilidad con respecto al acceso prospectivo a la universidad o la ventaja comparativa en los mercados laborales. El modelo de elección tiene consecuencias para el paciente que seleccionará el hospital que ofrece mayor calidad (clínica) al menor costo. Adicionalmente, la elección también ofrece un valor intrínseco independientemente de los beneficios potenciales, por ejemplo, aumentando la comodidad para los usuarios (Bhattacharya, 2020) y mejorando su autonomía (Le Grand, 2007) o libertad personal (Stone, 2012). En un contexto de mercado mixto, en el que pacientes y alumnos pueden elegir de forma gratuita proveedores del sector público y privado, se simboliza la opción de «salida» del sector público a la Hirschman sin preocupaciones sobre el precio (John, 2017).

El ajuste entre estos fines para autoridades, proveedores de servicios y usuarios mediante el empleo de un modelo individualista basado en la elección y la competencia entre proveedores es relevante para valorar la calidad de las instituciones. En este sentido, el papel de la autoridad consiste en; a) mantener el principio de equidad para que la educación y la sanidad alcancen a todos los ciudadanos de la comunidad política; b) asegurar que el servicio se preste consiguiendo resultados relevantes (y no muy dispares) en rendimiento educativo, eficacia clínica y satisfacción de los usuarios; y c) promocionar la autonomía de (todos) los usuarios en la elección, no solamente de aquellos que pueden elegir sin ayuda. Si la elección consigue

maridar todos estos fines, ¿por qué se demonizaría la perspectiva individualista en la prestación de servicios? Y si se consigue, ¿no estamos ante unas instituciones públicas de calidad que se valen de operadores públicos y privados para la prestación del servicio? Pero las promesas de cualquier perspectiva (individualista, jerarquista o igualitarista) no son tan fáciles de conseguir.

El argumento que se presenta lo ilustraré con los resultados resumidos del trabajo de campo de dos proyectos de investigación con colegas de la Universidad Autónoma y la Universidad Carlos III de Madrid (1). Hicimos un experimento con una población representativa adulta (1.777 casos) de Andalucía y de Madrid, además de un experimento piloto con estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid, y 69 entrevistas con directivos de hospitales públicos y privados madrileños. El trabajo de campo se realizó entre 2018 y 2020 y se terminó justo una semana antes de que se confinara el país por primera vez como consecuencia de la pandemia ocasionada por el coronavirus. El plan de análisis del experimento fue registrado en OSF (Open Science Framework) (<https://osf.io/>) el 24 de noviembre de 2019. Adicionalmente, se emplean datos de encuestas y barómetros del Centro Español de Investigaciones Sociológicas (CIS) sobre los servicios públicos y las preferencias de la gente en salud y educación y los hallazgos de otros estudios para reforzar el argumento propuesto. En el análisis se referirá a la situación en España, pero se centrará en Madrid y Andalucía porque estas regiones proponen modelos distintos en el ejercicio de la elección (al menos en sanidad).

III. REQUISITOS PARA LA COMPETENCIA DE PROVEEDORES PÚBLICOS Y PRIVADOS

1. La existencia de mercado: ausencia de monopolio y entrada de proveedores

Varias condiciones críticas condicionan la elección y la competencia desde la oferta. Un primer requisito es la existencia de mercado con varios proveedores (sin monopolio u oligopolio) que compiten por usuarios. La presencia de mercado también se cualifica por otras cuestiones. Según Dowding (1992), dos alternativas se producen cuando un alumno, por ejemplo, puede elegir entre una escuela cercana y otra más alejada, pero con mejor reputación. La alternativa de elegir una escuela cercana con mala reputación y no elegirla no representa elección verdadera. Los padres, a veces, no tienen elección real, pues hay largas listas de espera para acceder a los «mejores» colegios. Si los proveedores privados (hospitales) están bajo un mismo grupo empresarial, creando un «cuasi monopolio», las opciones reales de elección se reducen. La situación de mercado se puede producir si: 1) los costes marginales de aceptar pacientes/estudiantes adicionales permanecen constantes; 2) los márgenes de beneficio son positivos; y 3) los proveedores pueden satisfacer la demanda de pacientes/alumnos atraídos por una oferta de «calidad» (Brekke, *et al.*, 2014). Estas características no son fáciles de cumplir en el sector público.

Para satisfacer la demanda, a veces se necesitan ampliar turnos de intervenciones quirúrgicas (hospitales), pero en educación simplemente se necesita expan-

dir la infraestructura o abrir nuevas escuelas, y esto no siempre es posible. Con una oferta flexible, se reduce la segregación. Si la oferta es rígida, la segregación aumenta (Burge *et al.*, 2005, p. 19). La posibilidad de «entrada», es decir, de abrir una nueva institución educativa o de salud debe estar sometida a unas condiciones mínimas para que la autoridad se asegure de que se proporciona una educación en consonancia con su política, no solo desde el punto de vista de contenidos, sino desde otros como la inclusión, por ejemplo.

En los cuestionarios del Programa de Evaluación Internacional de Alumnos (PISA) (2018) para padres, de los factores que influyen en su elección de colegio de los hijos, Vega-Bayo y Mariel (2018) sugieren que la ubicación geográfica y la propiedad pública vs. privada son los que respaldan mejor la elección de la escuela. En España, esta elección es más factible en áreas densamente pobladas (Arellano y Zamorro, 2007). Las áreas rurales o de baja densidad poblacional difícilmente garantizan la elección de la misma forma que las conurbaciones metropolitanas.

En lo referido a la educación pública frente a la privada concertada, existe una variación considerable en las posibilidades de elección entre regiones en España. Algunas CC. AA. invierten más del 25 por 100 de su presupuesto de educación en financiar escuelas concertadas como el País Vasco (30,8 por 100) o Madrid (29,6 por 100), mientras que Canarias (9,8 por 100) y Extremadura (9,7 por 100) invierten menos del 10 por 100 (Eurydice España, 2017).

En sanidad, la elección entre centros públicos y privados es más restringida. Andalucía y Madrid representan dos modos diferentes de entender la elección. En Andalucía, en las áreas y zonas sanitarias que estructuran el territorio donde habitan 8,4 millones de habitantes, los médicos de atención primaria filtran la derivación hospitalaria y elección de centro. Sin embargo, en 2009, la Comunidad de Madrid fusionó 11 áreas de salud en una única área en la que 6,7 millones de ciudadanos pueden elegir de forma independiente el médico de familia, el especialista y el hospital. A diferencia de Andalucía, los madrileños pueden elegir gratuitamente los hospitales del sector privado que operan bajo el paraguas del sistema público. Estos hospitales, financiados mediante una fórmula de capitación, reciben incentivos para atraer pacientes de otras áreas de influencia y pierden ingresos cuando pierden pacientes.

En definitiva, hay diferentes posibilidades reales de elección en diferentes partes del país. Por tanto, la máxima de elección y competencia no es fácil de mantener debido a la densidad de población y a las políticas regionales diferenciales. De entrada, por tanto, la elección no es siempre factible.

2 La (ausencia de) elección tiene consecuencias en la financiación

La financiación debe seguir a la elección para que la competencia tenga efectos en la mejora del servicio. Esto supone que los proveedores no elegidos (universidades, facultades, escuelas, hospitales o centros de salud) pueden perder recursos o ser in-

tervenidos o cerrados y los elegidos disfrutarían de más recursos o serían reconocidos. Varios métodos de financiación permiten elegir (Le Grand, 2007). Además del presupuesto público, el sistema de vales (en educación), los presupuestos personalizados con pagos directos (servicios sociales) o el sistema de capitación remunerado en función de la ganancia/ pérdida de clientes (pacientes o alumnos) reflejan la correspondencia entre financiación y elección. En este contexto de cuasimercado, la financiación debe ser discriminatoria para crear una competencia real. Por ejemplo, si se ofrece un «vale» para que los padres elijan escuela, este «vale» (traducido en créditos presupuestarios) debería suponer una proporción considerable del coste unitario real de la matrícula. De otra forma, el comportamiento de la escuela, sus directivos y sus profesores no se modificará considerablemente y las bondades de la competencia no se materializarán.

Los premios y castigos tienen sus limitaciones. La escuela o el hospital pueden estar ubicadas donde no se puede construir más o la expansión (incluso la clausura) de un hospital o una escuela no es factible inmediatamente para acomodar a la nueva demanda. Adicionalmente, según Simmons, Powell y Greener (2009), la amenaza de retirar a los niños de la escuela puede constituir un incentivo para que el proveedor mejore el servicio. Sin embargo, si esta amenaza se repite frecuentemente, el colegio no lo tomará en serio. La «salida» del mercado como consecuencia de un mal rendimiento puede ser inviable. Si no hay elección, la mala calidad de la institución debería tener algún tipo de consecuencia para que la alternativa

de elección sea real. La «salida» no supone necesariamente el cierre de la institución (escuela, universidad u hospital). Probablemente, un paso intermedio sería la «intervención», por ejemplo, nombrando a nuevos gestores para evitar consecuencias negativas que afecten a los estudiantes o los pacientes. En cualquier caso, el rescate de una escuela y la intervención de su gestión deberían estar basados en una normativa clara y probablemente ejecutada por una agencia independiente.

En España, donde la gobernanza del sistema universal de salud se ha transferido a las autoridades regionales, la Comunidad de Madrid ha incrementado el uso de proveedores del sector privado para prestar servicios clínicos y no clínicos, siguiendo los principios del credo gerencialista. Al igual que otros sistemas europeos (Tynkkynen y Vrangbæk, 2018), la atención hospitalaria se proporciona en un modelo de «mercado mixto». Los pacientes eligen el centro de salud (ya sea de propiedad pública o privada) sin realizar pagos. Los hospitales de propiedad privada (seis en total) se financian sobre una base de capitación bajo un sistema de precios «fijos»: el saldo de pacientes entrantes y salientes entre áreas importa financieramente para los hospitales privados. Sin embargo, los casi treinta hospitales públicos no se benefician de ser elegidos por los pacientes; no existe mecanismo de compensación. La administración sanitaria ejerce el mismo control sobre los hospitales públicos y privados mediante contratos de gestión. Además, todos los hospitales deben exhibir el logo de la autoridad regional y la comercialización diferenciada de sus servicios está prohibida,

incluso para los hospitales privados.

En el estudio sobre la elección de hospital entrevistando a 69 directivos de hospitales públicos y privados del sistema madrileño de salud pública (Reynaers y Parrado, 2019), se confirma que los directivos de los hospitales privados utilizan la elección del paciente para mejorar el desempeño. Los hospitales privados anticipan la elección y responden activamente reduciendo el tiempo de sus listas de espera y centrándose en el paciente. Los gerentes de hospitales privados y la dirección médica y de enfermería utilizan cotidianamente datos sobre la elección de los pacientes. Adicionalmente, impulsan mejoras en el rendimiento orientadas a satisfacer al paciente, lo que implica retornos financieros (Le Grand, 2009) al atraer pacientes de otras áreas geográficas. Los hospitales públicos, por el contrario, no tienen incentivos para actuar según la racionalidad económica porque un saldo positivo de pacientes no se asocia con recompensas económicas y la pérdida de pacientes se percibe por nuestros entrevistados como algo positivo, dado que disminuye su carga de trabajo. Los hospitales públicos operan en un contexto de presupuestos «blandos» donde las autoridades cubren los déficits (normalmente en octubre de cada año) o confiscan las ganancias parciales o totalmente. Por tanto, el incentivo para competir disminuye para ellos e incluso prefieren dedicarse a determinados tipos de pacientes, ya que una especialización de este tipo minimiza la competencia (Brekke, Nuscheler y Straume, 2006) y mejora sus expectativas para desarrollar la investigación.

Por tanto, la elección funciona cuando hay mercado, incluso si los precios están regulados. Los hospitales privados que operan bajo la autoridad no pueden cambiar su política de precios, pero se benefician de la elección a través de su mecanismo de financiación. Según Brekke *et al.* (2014), cuando los precios están regulados, es decir, no determinados por el mercado, y los usuarios eligen, los proveedores de servicios deben competir en calidad para atraer pacientes. Varios estudios reportan una correlación positiva entre la adopción de medidas de calidad y la demanda hospitalaria (Gaynor, Propper y Seiler, 2012; Beckert, Christensen y Collyer, 2012; Moscone, Tosetti y Vittadini, 2012). La falta de elección propicia una amenaza de salida, que puede poner en peligro la generación de ingresos, lo que amenazaría el proyecto empresarial a largo plazo (Fotaki, 2007). Por tanto, como sugirieron Brekke *et al.* (2014) los proveedores de atención médica responden a la elección de los pacientes si se convierten en el «reclamante residual», es decir, tienen control sobre el superávit financiero.

En la Comunidad de Madrid, hay un diseño disfuncional del sistema para hospitales públicos pues la elección no tiene sanción ni positiva ni negativa. Por tanto, el mecanismo individualista solo funciona a medias para los operadores privados con lo que el cuasimercado falla en lo principal.

3. Las instituciones no pueden seleccionar a sus usuarios

Si las instituciones pudieran elegir a sus usuarios, los hospita-

les aceptarían solo los pacientes menos complejos y las instituciones educativas seleccionarían los mejores alumnos o aquellos que provengan de determinados entornos socioeconómicos. Para evitar esta selección sesgada de usuarios, se arbitran varias estrategias (Le Grand, 2007). En una primera estrategia, se pueden imponer cuotas para que las escuelas acepten alumnos de un amplio bagaje social. Este cupo es fácil de implantar, pero se corre el peligro de crear resentimiento de los profesores contra los alumnos procedentes de ambientes sociales desfavorecidos. Adicionalmente, si no hay una normativa expresa, estas escuelas no tendrán incentivos para mantener a los niños en la escuela o apoyarlos una vez admitidos. Una segunda estrategia es prohibir que la escuela rechace alumnos. Por tanto, si una escuela tiene buena reputación y es la primera elección de los padres, se les debe permitir esta elección. En este caso, la buena escuela se verá hacinada en el corto plazo. En este contexto, las escuelas menos populares tendrán menos alumnos y una mejor ratio alumnos/profesor. Esto podría ser atractivo para los padres. El equilibrio se puede lograr satisfaciendo las necesidades tanto de la elección y la equidad. Los niños irán a la escuela de su elección. En algunos casos, los padres preferirán buenos profesores; en otros, más espacio y una mejor ratio profesor/alumnos. Una tercera estrategia es la asignación aleatoria de plazas escolares mediante un sistema de lotería (método fatalista). Finalmente, se pueden ofrecer incentivos financieros (o de otro tipo) a las escuelas que acepten alumnos de entornos socioculturales bajos.

En la educación, un aspecto relevante de esta cuestión se relaciona con los hijos de la población inmigrante y de padres de estrato socioeconómico bajo. En un artículo de *El País* (4 octubre, 2019) se afirmaba, tras el análisis de las características de 33.000 niños, 21.000 colegios y 35.000 secciones censales, que los colegios de barrios más pobres son normalmente públicos mientras que en barrios con más recursos aproximadamente la mitad son concertados o privados. Estos colegios tienen una mayor proporción de alumnos procedentes de familias favorecidas.

En general, es probable que los hijos de familias inmigrantes opten por las escuelas públicas, como indican los estudios realizados en España (Bernal, 2005). Además, su elección impacta en la elección de los nativos. Según Farre, Ortega y Tanaka (2018), la inmigración ha provocado la deserción de los autóctonos de los colegios públicos y su marcha a las escuelas «concertadas». La revisión de la literatura de Cordero, Crespo y Pedraja (2013) sobre España destaca que la concentración de inmigrantes (junto con las variables socioeconómicas y el hecho de repetir uno o más cursos) determinan los logros de los estudiantes en las puntuaciones del programa PISA. Esto ha sido confirmado por un estudio de *El País* (4 octubre, 2019). El impacto de las variables socioeconómicas en la elección de escuela es esperable ya que la educación superior y las habilidades para el mercado laboral del principal sostén de la familia se asocia con una mayor probabilidad de elegir escuelas «concertadas» (García-Serrano y Albert, 2006; Urquizu, 2008). El (mayor) nivel de ingresos de la familia también influye positivamente en la elección

de una escuela privada (Calero y Escardíbul, 2005; Urquizu, 2008; Vega-Bayo y Mariel, 2018).

En el ámbito hospitalario, no existen estudios que reporten que determinados hospitales intentan atraer los pacientes más fáciles o menos complejos. Esta es una crítica que se suele verter sobre los hospitales privados, pues se piensa que así mejoran su beneficio empresarial. En nuestras entrevistas con los directivos de varios hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid (Parrado y Reynaers, 2019) indagamos sobre esta cuestión. No solo preguntamos a los gerentes, jefes médicos, de enfermería y de especialidad sobre cuál era la estrategia de su hospital, sino también cuántos pacientes complejos o «problemáticos» recibían o enviaban de/a otros hospitales. Nos interesaba especialmente conocer si se detectaba un trasvase intensivo y anómalo de los hospitales privados. No conseguimos encontrar ninguna afirmación en este sentido. Se mencionó algún caso en el que simplemente no se disponía del equipo para algún tratamiento muy específico, pero, en general, la derivación de pacientes no parece ser la norma. Frente a las eficiencias potenciales que se podría conseguir si se derivaran pacientes «complejos», los entrevistados de los hospitales privados solían esgrimir argumentos de reputación para evitar el traslado de pacientes. Derivar un paciente podría implicar que no se tiene el grado de profesionalización suficiente como para hacerse cargo de él. Esto supondría un coste de reputación frente a los colegas y los pacientes y sus círculos.

Por tanto, no parece que haya sospechas de un proceso selec-

tivo en el ámbito de la salud; en cambio, muchas investigaciones en España apuntan a la «selectividad» que opera en el ámbito de la educación secundaria. Los colegios «concertados» y privados se instalan en áreas de población socioeconómica más alta y los hijos de población inmigrante tienen presencia mayoritaria en los colegios públicos, lo que condiciona la estrategia de los nativos. Todo esto tiene repercusiones en el rendimiento académico. Por tanto, los mecanismos de mercado no armonizan bien con la concepción de equidad que busca una igualdad de oportunidades.

IV. ¿QUÉ PREFIEREN ELEGIR LOS USUARIOS?

La elección tiene un valor intrínseco porque otorga libertad a los usuarios, pero habría que preguntarse si los usuarios realmente eligen. Varios estudios internacionales sobre sanidad manifiestan que el deseo de elección real de los pacientes no es alto. Según Schwartz (2004), el porcentaje de pacientes que consideran seriamente una alternativa a su hospital local es del 10 por 100 en el Reino Unido. En la revisión de VICTOOR *et al.* (2012), 5 de 118 estudios que comparan proveedores del sector público y privado destacan que la elección del hospital no es muy importante para los pacientes.

En España, la elección no es considerable, incluso en las CC. AA. en las que se puede ejercer sin restricciones. En Andalucía, donde existe un filtro del médico de familia, la elección resultó en menos de 2.700 opciones anuales para una intervención quirúrgica en el período de 2013 a 2017. Las

1.961 elecciones de hospital en 2017 representaban un 0,5 por 100 de todas las intervenciones de ese año (SAS, 2014 y 2017). En Madrid, con libertad prácticamente irrestricta de elección, el número de elecciones (entre cualquier tipo de hospital público o privado) creció de 162.552 en 2013 a 259.370 en 2017 en primeras citas con especialista. Esto representaba un 9,7 por 100 de todas las primeras citas en 2017, de las cuales, los proveedores privados son ganadores netos de pacientes (SERMAS 2014-2018). La pandemia parece estar acelerando un proceso de «salida» del sector público. Por ejemplo, ha habido un ligero repunte del 4,9 por 100 en la suscripción de seguros de salud durante 2020 en plena crisis de la pandemia, frente a bajadas de suscripciones de seguro en el sector de automóviles y del resto no vida (UNESPA, 2020). En línea con otros países, los pacientes no hacen un gran uso de la elección, pero paulatinamente se amplía el grupo de ciudadanos que «sale» del sistema público o prefiere proveedores privados.

La situación en educación difiere a la de sanidad. En todas las CC. AA. hay un concierto que permite a los alumnos (sus padres) elegir un colegio privado de forma gratuita hasta la culminación de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO). Vega-Bayo y Mariel (2018) encuentran que la propiedad privada o pública es uno de los factores más importantes de la elección de escuelas por parte de los padres. Según las estadísticas del Ministerio de Educación y Formación Profesional (2019), existe una disparidad entre CC. AA. respecto del porcentaje medio de estudiantes que atiende una

escuela de titularidad pública. En las siguientes regiones, el 75 por 100 o más fue a una escuela pública en 2018 (Andalucía, 75 por 100; Canarias, 78 por 100; Castilla-La Mancha, 81 por 100; y Extremadura, 80 por 100). En el extremo inferior se encuentran Madrid (55 por 100) y el País Vasco (50 por 100).

La valoración de la calidad de la sanidad y la educación pública puede ser decisiva en la elección. Diversas encuestas muestran que la percepción de insatisfacción con la escuela pública ha crecido desde el 34,5 por 100 en 1994 al 47,4 por 100 en 2018 (Categoría «poco o no satisfecho con la enseñanza pública» en el CIS-Serie A.8.03.01.017). En promedio, el 44,6 por 100 de los entrevistados (por lo general, dos tercios son padres y un tercio no tiene hijos) no están satisfechos con la enseñanza pública. Según las estadísticas de matrícula del Ministerio de Educación y Formación Profesional, un promedio del 70 por 100 (1994-2018) va a una escuela pública. Finalmente, según el estudio del CIS número 2.935 (de 2012), alrededor del 40 por 100 enviaría, si pudieran, a sus hijos a una escuela privada para la educación primaria y el 42 por 100 para la secundaria. Por tanto, existe un desajuste entre las críticas sobre las escuelas públicas (47,4 por 100 de la tasa de insatisfacción), la elección real de la escuela pública (70 por 100) y cuántos elegirían una institución privada (alrededor del 40 por 100). El cuasimercado de la educación no parece estar adaptando la oferta y la demanda de servicios.

En salud, la percepción de la calidad de los servicios hospitalarios públicos se ha deteriorado

paulatinamente. Según los barómetros de Calidad de los Servicios Públicos realizados por el CIS (2010-2018a), el nivel de insatisfacción con los hospitales públicos aumentó del 36 por 100 en 2010 al 44,5 por 100 en 2018. Sin embargo, la proporción de ciudadanos que elegiría un hospital privado (sin costes adicionales) si pudiera, disminuyó del 33,7 por 100 (2010) al 26,3 por 100 (2018) según los barómetros de salud (CIS 2010-2018b). Aunque estas preguntas de diferentes encuestas no pueden compararse, las respuestas ilustran la paradoja de la disminución de la preferencia de los ciudadanos por los hospitales privados a pesar de su creciente descontento con los hospitales públicos.

Para este artículo, España ofrece un campo experimental natural en atención hospitalaria. Hay contraste entre Madrid, que permite elegir entre hospitales públicos y privados desde 2009 y Andalucía, que solo ofrece una opción limitada de elección entre hospitales públicos. Los barómetros de salud muestran que el porcentaje de pacientes que prefieren un hospital privado disminuyó un 12 por 100 entre 2003 y 2016 (del 29 al 17 por 100) en la Comunidad de Madrid, donde los pacientes pueden elegir hospitales públicos y privados. Por el contrario, en Andalucía, donde la elección es limitada y solo entre los hospitales públicos, el porcentaje de ciudadanos que preferiría un hospital privado aumentó un 10 por 100 en el mismo período (del 25 al 35 por 100). A partir de ahora se analiza el tipo de información brindada para elegir y qué propiciaría la elección de una institución pública o privada.

1. La información sobre los proveedores del servicio debe ser transparente

La información suministrada sobre el rendimiento de los proveedores del servicio debe ser transparente y clara de interpretar para que el consumidor pueda tomar una decisión según los defensores de la elección como método de gestión. Se espera que los ciudadanos actúen como clientes empleando la información de los resultados de los proveedores de servicios a la hora de elegir (Coe y Brunet, 2006). En salud, Berwick *et al.* (2003) sugieren que la elección funciona cuando los pacientes pueden apreciar diferencias en el desempeño de acuerdo con información comprensible, sobre la cual se puede actuar. En las áreas de educación y salud, la información puede ser desplegada en listas públicas de clasificación de centros en función del rendimiento escolar, y, para los hospitales, los datos de los tiempos de espera para ciertos tipos de cirugía y primera cita con especialista, o incluso las tasas de mortalidad.

El impacto de la información proporcionada por la autoridad sobre la «elección» es problemático por varias razones. Por ejemplo, en salud, existe un exceso de información que se suele presentar de manera ambigua con lo que los pacientes no pueden adoptar decisiones racionales (Damman *et al.*, 2009). Además, los pacientes son críticos con la relevancia de la información para ejercer la elección (Aalto *et al.*, 2018); tienen conocimientos de salud limitados o no pueden encontrar la información (Victoor *et al.*, 2012); o utilizan la información solo ocasionalmente (Fotaki *et al.*, 2008). Estos es-

tudios revelan las barreras para acceder a la información y su utilidad real para tomar una decisión.

En España no es fácil tomar decisiones según la información disponible. Por ejemplo, los indicadores del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (2) no son adecuados para que los pacientes discriminen el mejor proveedor de servicios hospitalarios. Por un lado, la información aparece con dos o tres años de retraso. Por ejemplo, en enero de 2021, solamente estaba disponible la información de 2016 a 2018. Por otro lado, la información sobre la eficacia clínica requiere de conocimientos estadísticos para que el ciudadano corriente la pueda interpretar. En el ámbito de la educación, la información para comparar también es limitada en algunas CC. AA. La Comunidad de Madrid tiene una página con información que facilite la elección de colegio (3). Hay iniciativas privadas de selección de los mejores cien colegios o de clasificaciones según diversos criterios de búsqueda. La información que se ofrece en las páginas públicas consultadas es parcial, en la mayoría de las ocasiones desactualizada. Las webs privadas no son muy transparentes por lo que en sus foros se expresan dudas acerca de la imparcialidad de estos sitios web.

Por tanto, la información pública o privada no permite realmente adoptar decisiones. Para Le Grand (1991), la información imperfecta es un problema que debilita las bondades de un sistema de cuasimercado. Frente a estas carencias de los sistemas de información, el médico de familia, «actúa como agente del consumidor, informándole tanto

sobre su enfermedad como de su tratamiento» (1991, p. 45). Frente a lo prescrito por la teoría, los pacientes no están comparando «información y tratamientos» en distintos lugares como se contrastan las características y los precios de los artículos en las tiendas, sino que buscan la atención de un proveedor (el médico de atención primaria) con quienes han construido una relación de confianza a lo largo del tiempo para que este les aconseje. Adicionalmente, la aparición de Internet implica que el consumidor puede estar mejor informado, incluso que su propio médico de familia. Su búsqueda de información en sitios web que proceden de sociedades médicas o de redes de pacientes y profesionales vinculadas a una enfermedad concreta puede suplir la ausencia/deficiencia de la información oficial.

2. El papel de los mediadores de información

Para evitar la ausencia o la falta de claridad de información que ayude a elegir, los consumidores emplean instrumentos intermedios. Por ejemplo, los pacientes utilizan dos fuentes de mediación de la información: los médicos de atención primaria y su entorno (familia, amigos o redes sociales). La opinión de un médico generalista correlaciona positivamente con la elección en distintos países (Fotaky *et al.*, 2008; Dixon *et al.*, 2010; Lako y Rosenau, 2008; Birk *et al.*, 2011). Respecto a los amigos, la familia y las redes sociales, los estudios de Thomson y Dixon (2006) y By Ha y Lauer (2008) muestran que la experiencia de las personas del entorno del paciente es muy relevante para su elección.

De Cruppé y Geraedts (2017) exponen que Internet ha cobrado relevancia como fuente de información, incluso poniendo en peligro el monopolio tradicional de los profesionales.

En nuestro experimento en salud y educación planteamos a los encuestados escenarios distintos en los que se ofrecía una situación ventajosa al grupo sometido al tratamiento experimental para que eligiera el centro privado, es decir, en contra de lo que proclaman las encuestas: su preferencia por un centro público. Por ejemplo, el médico de familia recomienda el centro privado o este se encuentra más cerca que el público. En salud distinguimos entre una operación quirúrgica que debía resolver un problema respiratorio o el tratamiento quirúrgico de un cáncer incluyendo el posoperatorio. Las respuestas sobre las preferencias de hospital público/privado ante la gravedad del problema de salud difieren considerablemente. La influencia del médico de atención primaria es relevante en las preferencias para las intervenciones de tipo menor (problema respiratorio), pero no tiene influencia estadística significativa cuando se trata de un cáncer. El entorno del paciente (incluyendo Internet) no parece tener ninguna influencia significativa en el tratamiento del problema de salud, independientemente de la gravedad de la enfermedad. En el caso de la elección de una escuela para realizar la educación secundaria, las recomendaciones del entorno no influirían para preferir un centro privado. Por tanto, en general, los «intermediarios» de información no son significativos en la elección, excepto para problemas menores de salud.

3. El factor relevante en la elección, ¿qué pesa más para los consumidores?

No obstante, el objeto de interés en la elección no es tanto la credibilidad o la calidad de la fuente de información o la facilidad con que esa información se puede entender, sino cuál es el factor más relevante a la hora de elegir. En salud y en educación hay factores distintos según la literatura. Una revisión de Rohde *et al.* (2019) encuentra que la calidad académica de las escuelas es el factor crucial que informa la elección de la escuela en más de la mitad de los estudios revisados. Algunos trabajos destacan que un plan de estudios sólido y una buena enseñanza propician la elección (Schneider *et al.*, 1998; Horn y Miron, 1999). Vega-Bayo y Mariel (2018) señalan la importancia de la reputación de la escuela en el caso de España. En relación al rendimiento académico, los padres con nivel socioeconómico más alto tienden a tener mayores expectativas sobre la educación de sus hijos y las perspectivas del mercado laboral y, por lo tanto, optan por las escuelas privadas (Olmedo, 2007, para España). Adicionalmente, Cordero, Crespo y Pedraja (2016) afirman que los estudiantes de escuelas concertadas obtienen mejores resultados, un 20 por 100 de variación (Cebolla, Radl y Salazar, 2014), que los alumnos de las escuelas públicas en los exámenes de PISA. Además, según un estudio cualitativo de Elías y Daza (2017), la asistencia a una escuela pública o privada es el factor que más influye en la trayectoria posterior a la educación obligatoria. Con esta información, se esperaría que, en España, se eligiera una escuela en función de los resultados académicos, normalmente

vinculados a las calificaciones obtenidas en la EvAU (Evaluación para el Acceso a la Universidad).

En nuestro experimento, dado que los datos del CIS muestran una preferencia por los colegios públicos frente a los privados, testamos hasta qué punto los sujetos de los grupos tratados con información diferente, pero favoreciendo a una escuela privada, tendrían una preferencia distinta al grupo de control. A los encuestados del grupo del tratamiento se les comunicó que los resultados académicos de un centro privado eran un 20 por 100 mejores que los de un centro público. Este favorecimiento del centro privado no introdujo diferencias significativas con respecto al grupo de control. En cambio, el factor más relevante para elegir un colegio privado frente a uno público es la distancia. Si se pone el centro privado a unos 5 minutos a pie y el público a 30 (o con necesidad de tomar transporte público), los encuestados preferirían el centro privado.

En salud, la literatura académica coincide en que el tiempo de espera (Thomson y Dixon, 2006; Dowding y John, 2009) así como el tiempo de transporte hasta un hospital (Lako y Rosenau, 2008 y Beukers *et al.*, 2014) son los factores más relevantes de la elección. En nuestro experimento, en el caso de problemas respiratorios menores, los encuestados preferirían ir siempre a un hospital privado con menos tiempo de espera, más cercano al domicilio y siguiendo el consejo del médico de atención primaria. Sin embargo, para un cáncer, solamente el menor tiempo de espera suscita la preferencia de ir al hospital privado. En el resto de los casos, se elegiría el hospital público.

Estos resultados pueden relacionarse con la aversión al riesgo al elegir, factor determinante de la elección de las personas en contextos financieros adversos (Kahneman y Tversky, 2013). Este mecanismo puede importar al elegir un hospital para diferentes eventualidades. Si las personas consideran que hospitales públicos y privados contratan buenos profesionales, pensarán que ambas instituciones ofrecen garantías similares de solución ante los problemas de salud. Sin embargo, la cirugía de un cáncer y el tratamiento posterior probablemente supongan un gasto ilimitado, la necesidad de tener una experiencia considerable y una red de profesionales de distintas especialidades preparados para cualquier eventualidad. Estos factores pueden incidir en la percepción de riesgo y los pacientes optarían por una apuesta que disminuya el riesgo en contra de la opinión del entorno o incluso del médico de familia. Por esa aversión al riesgo, una persona esperaría lo menos posible para comenzar el tratamiento del cáncer.

En general, la principal preocupación de los pacientes es cuánto tiempo deben esperar para someterse a la cirugía, y esta información solo debe aparecer al hacer una elección. Probablemente no se necesite información sofisticada sobre el rendimiento de cada hospital si se confía que los médicos de los hospitales públicos y privados despliegan el mismo nivel de profesionalidad.

4. Contexto institucional y otras variables sociodemográficas

En nuestro estudio controlamos las respuestas por la Comunidad Autónoma (Madrid

y Andalucía) así como por las variables sociodemográficas más comúnmente mencionadas en la literatura especializada.

Contrariamente a lo esperado, el diferente entorno regulatorio de la sanidad, donde se ejerce la elección y la actitud pro-pública es más fuerte (Madrid) y donde la elección es limitada y la preferencia inicial proprivada es mayor (Andalucía), no tiene un impacto significativo en las preferencias de los encuestados. En el ámbito de la educación, donde las diferencias entre estas dos CC. AA. existen (más plazas concertadas en Madrid que en Andalucía), tampoco se detectaron diferencias significativas.

Finalmente, probamos varias covariables para verificar si algunos grupos pudieran comportarse de manera diferente. A diferencia de otros estudios que muestran que significativamente las personas mayores siguen los consejos del médico de familia y que los jóvenes obtienen su información de Internet, en nuestro estudio estas características sociodemográficas no tienen impacto en las preferencias. La experiencia previa con el hospital (satisfacción con el hospital) tiene un efecto moderador en el ejercicio de la elección. Los satisfechos con su hospital público, no cambiarían; los insatisfechos, sí. En educación, la ideología (izquierda versus derecha) pesa en la elección pues los que se declaran de izquierdas o dicen haber votado a un partido de izquierda son menos proclives a ir a un centro privado. La ideología, en cambio, no influye en la elección de hospital.

V. CONCLUSIONES

En este artículo se propone que la calidad de las instituciones

se mejora consiguiendo resultados relevantes para los ciudadanos con medios pertinentes y transparentes. Los resultados relevantes de las políticas y servicios se vinculan a fines públicos como la equidad, la eficiencia, la eficacia o la libertad (autonomía personal). Los medios hacen referencias a los enfoques empleados para prestar servicios (jerarquismo, individualismo, igualitarismo o fatalismo). En el texto se ilustra cómo distintas dimensiones vinculadas a la equidad, la eficiencia y la autonomía personal se (des)equilibran en la prestación de servicios en salud y educación por proveedores públicos y privados, dado que la dimensión elegida de un fin supone una visión no siempre compatible con la concepción específica de otro fin. En estas áreas, se ha implantado en España un mercado mixto con proveedores públicos y privados bajo el paraguas de la autoridad.

Desde el punto de vista de la oferta, en España no se cumplen de forma clara las condiciones del mercado para que todos los proveedores compitan con las mismas reglas. Los hospitales públicos no tienen incentivos para competir (Comunidad de Madrid) y las escuelas públicas tampoco parecen poder competir en las mismas condiciones que las concertadas. Las bondades asignadas al mercado no se pueden cumplir y el mercado necesita de elementos correctores bien en la forma de concebirse la competencia o en cómo esta impacta en los ciudadanos. Desde el punto de vista de la demanda, existen diversas preferencias de los consumidores. En general, esta elección no se practica de forma intensa en salud; algo más en educación. En salud no se generan problemas graves de

equidad. En educación, en cambio, el problema que apunta la literatura es que la situación de mercado está generando disparidades considerables de equidad que pueden afectar a los resultados escolares obtenidos por diferentes grupos poblacionales.

Por tanto, la generación de cuasimercados como una opción individualista que potencia la autonomía de los consumidores (posibilidad de elegir) y propicia la competencia para mejorar el rendimiento precisa de condiciones que aún no se dan de forma clara en el sistema español: el incentivo para competir se ofrece a los proveedores privados, no a los públicos; los proveedores públicos están sometidos a reglas burocráticas que no permiten gestionar los recursos de manera flexible; la Administración no ofrece información verdaderamente transparente para que los usuarios elijan y para rendir cuentas de los resultados que se obtienen. Por otro lado, en las preferencias de elección hay que entender mejor si los ciudadanos realmente quieren elegir y en qué condiciones lo harían. En salud, la percepción del riesgo puede tener un valor importante que incide fundamentalmente en los tiempos de espera. Ello indica una confianza similar en los profesionales que trabajan en el sector privado y público, pero una actitud diferente ante la capacidad operativa de atender a la demanda de servicios en tiempo. Para un problema grave, la prolongación en el tiempo de espera tiene consecuencias considerables.

En educación, extrañamente, no parece que los resultados académicos sean el factor más importante en la elección según los encuestados. Además, la información pública sobre este as-

pecto no es clara ni fácilmente accesible. La distancia al colegio importa y la heterogeneidad social de las escuelas se suele esgrimir como elemento que pueda influir en las preferencias. Adicionalmente, los resultados obtenidos en educación muestran que existe disparidad entre centros y entre grupos por los que la concepción de la equidad que aspira a que los ciudadanos consigan resultados similares (o no muy dispares) para enfrentarse a su futuro no se está materializando. En este sentido, este tipo de concepción de la equidad requiere buscar más activa y positivamente el concepto de libertad (autonomía individual), de apoyo a aquellos que no pueden elegir como quisieran, siguiendo la concepción de Stone (2012).

Se necesitan más investigaciones para determinar (y corregir en su caso) cómo funcionan los cuasimercados y cómo cumplen los objetivos de equidad, calidad, eficiencia y autonomía individual disminuyendo las externalidades negativas en la medida de lo posible.

NOTAS

(1) Proyecto: PID2019-111511GB-I00 sobre «Demanda de Educación: Determinantes y Equilibrios en Preferencias y Elección» del Ministerio de Ciencia e Innovación con İŞİK ÖZEL (Universidad Carlos III de Madrid), JOSÉ RAMA y ANNE-MARIE REYNAERS (Universidad Autónoma de Madrid). Proyecto: CSO2016-77493-P «Valores Públicos, Profesionales y Parteneriados Público-Privados en el sector de la Salud» del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad con ANNE-MARIE REYNAERS.

(2) <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx>

(3) http://www.madrid.org/wpad_pub/run//MostrarConsultaGeneral.icm

BIBLIOGRAFÍA

AALTO, A., ELOVAINIO, M., TYNKKYNNEN, L. K., REISSELL, E., VEKHO, T., CHYDENIUS, M. y SINERVO, T. (2018). What patients

think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), pp. 463-470.

ANDREWS, R. y ENTWISTLE, T. (2014). *Public service efficiency: theories and evidence. Reframing the debate*. London y New York: Routledge.

ARELLANO, M. y ZAMARRO, G. (2007). The choice between public and private schools with or without subsidies in Spain. *Preliminary and incomplete preprint*.

BECKERT, W., CHRISTENSEN, M. y COLLYER, K. (2012). Choice of NHS-funded hospital services in England. *The Economic Journal*, 122, pp. 400-417.

BERNAL, J. L. (2005). Parental choice, social class and market forces: The consequences of privatization of public services in education. *Journal of Education Policy*, 20(6), pp. 779-792.

BHATTACHARYA, A. (2020). *When and why might choice in public services have intrinsic (dis) value?* Centre for Analysis of Social Exclusion, LSE, n.º 220.

BOVAIRD, T. y LÖFFLER, E. (EDS.) (2015). *Public management and governance*. Routledge.

BREKKE, K. R., GRAVELLE, H., SICILIANI, L. y STRAUME, O. R. (2014). Patient choice, mobility and competition among health care providers. En *Health care provision and patient mobility* (pp. 1-26). Springer: Milano.

BREKKE, K. R., NUSCHELER, R. y STRAUME, O. R. (2006). Quality and location choices under price regulation. *Journal of Economics and Management Strategy*, 15, pp. 207-227

BURGE, P., DEVLIN, N., APPLEBY, J., ROHR, C. y GRANT, J. (2005). *London patient choice project evaluation: A model of patients' choices of hospital from stated and revealed preference choice data*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

CALERO, J. y ESCARDÍBUL, J. O. (2005). Financiación y desigualdades en el sistema educativo y de formación profesional en España. En V. NAVARRO, *La situación social en España*, pp. 337-383. Madrid: Biblioteca Nueva.

<p>CEBOLLA-BOADO, H., RADL, J. y SALAZAR, L. (2014). <i>Aprendizaje y ciclo vital: la desigualdad de oportunidades desde el ciclo escolar hasta la edad adulta</i>. Colección de Estudios Sociales, 39.</p> <p>CHUN, Y. H. y RAINEY, H. G. (2005). Goal ambiguity in US federal agencies. <i>Journal of Public Administration Research and Theory</i>, 15(1), pp. 1-30.</p> <p>CORDERO FERRERA, J. M., CRESPO CEBADA, E. y PEDRAJA CHAPARRO, F. (2013). Rendimiento educativo y determinantes según PISA: Una revisión de la literatura en España. <i>Revista de Educación</i>, 362, pp. 362-161.</p> <p>DAMMAN, O. C., HENDRIKS, M., RADEMAKERS, J., DELNOIJ, D. M. y GROENEWEGEN, P. P. (2009). How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. <i>BMC Public Health</i>, 9(1), p. 423.</p> <p>DE CRUPPÉ, W. y GERAEDTS, M. (2017). Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study. <i>BMC Health Services Research</i>, 17(1), p. 720.</p> <p>DIXON, A., ROBERTSON, R., APPLEBY, J., BURGE, P., DEVLIN, N. y MAGEE, H. (2010). <i>Patient choice: how patients choose and how providers respond</i>. London: The King's Fund.</p> <p>DOUGLAS, M. (1982). <i>In the active voice</i>. Boston: Routledge.</p> <p>DOWDING, K. (1992). Choice: Its Increase and its Value. <i>British Journal of Political Science</i>, 22(3), pp. 301-314.</p> <p>DOWDING, K. y JOHN, P. (2009). The value of choice in public policy. <i>Public Administration</i>, 87(2), pp. 219-233.</p> <p>EL PAÍS (4 octubre 2019) ¿Escuela de ricos, escuela de pobres? Cómo la concertada y la pública segregan por clase social, https://elpais.com/sociedad/2019/09/30/actualidad/1569832939_154094.html</p> <p>ELÍAS ANDREU, M. y DAZA PÉREZ, L. (2017). ¿Cómo deciden los jóvenes la transición a la educación posobligatoria? Diferencias entre centros públicos y privados-concertados. <i>Revista de la Asociación</i></p>	<p><i>de Sociología de la Educación (RASE)</i>, vol. 10, num. 1, pp. 5-22.</p> <p>EURYDICE ESPAÑA (2017). Gasto público destinado a conciertos por comunidad autónoma. Año 2017 (miles de euros). http://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:27afb1b1-269b-478a-98e8-6cd0e0399cb5/2-4-1-gasto-p-blico-destinado-a-conciertos.pdf</p> <p>FARRE, L., ORTEGA, F. y TANAKA, R. (2018). Immigration and the public-private school choice. <i>Labour Economics</i>, 51, pp. 184-201.</p> <p>FOTAKI, M. (2007). Patient choice in healthcare in England and Sweden: From quasi-market and back to market? A comparative analysis of failure in unlearning. <i>Public Administration</i>, 85(4), pp. 1059-1075.</p> <p>FOTAKI, M., ROLAND, M., BOYD, A., McDONALD, R., SCHEAFF, R. y SMITH, L. (2008). What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i>, 13(3), pp. 178-184.</p> <p>FUKUYAMA, F. (2015). Why is democracy performing so poorly? <i>Journal of Democracy</i>, 26(1), pp. 11-20.</p> <p>GARCÍA-SERRANO, C. y ALBERT, C. (2006). Tipo de escuela y logros educativos y laborales en España. <i>Cuadernos Aragoneses de Economía</i>, 1, pp. 83-112.</p> <p>GAYNOR, M., PROPPER, C. y SEILER, S. (2012). Free to Choose? Reform and Demand Response in the English National Health Service. <i>Working Paper</i>, n.º 18574. National Bureau of Economic Research.</p> <p>HOOD, C. (1998). <i>The art of the state</i>. Clarendon Press.</p> <p>HORN, J. G. y MIRON, G. (1999). <i>Evaluation of the Michigan public school academy initiative</i>. Kalamazoo, MI: Evaluation Center, Western Michigan University.</p> <p>JOHN, P. (2017). Finding exits and voices: Albert Hirschman's contribution to the study of public services. <i>International Public Management Journal</i>, 20(3), pp. 512-529.</p>	<p>KAHNEMAN, D. y TVERSKY, A. (2013). Prospect theory: An analysis of decision under risk. In <i>Handbook of the fundamentals of financial decision making: Part I</i> (pp. 99-127).</p> <p>KUSHNER, R. J. y POOLE, P. P. (1996). Exploring structure-effectiveness relationships in nonprofit arts organizations. <i>Nonprofit Management and Leadership</i>, 7, pp. 119-136.</p> <p>LAKO, C. J. y ROSENAU, P. (2008). Demand-Driven Care and Hospital Choice. Dutch Health Policy Toward Demand-Driven Care: Results from a Survey into Hospital Choice. <i>Health Care Analysis</i>, 17(1), pp. 20-35.</p> <p>LE GRAND, J. (1991). <i>Equity and choice</i>. New York: Harper Collins.</p> <p>— (2007). <i>The other invisible hand. Delivering public services through choice and competition</i>, New Jersey: Princeton University Press.</p> <p>LODGE, M. y WEGRICH, K. (EDS.). (2014). <i>The problem-solving capacity of the modern state: Governance challenges and administrative capacities</i>. Oxford: Oxford University Press.</p> <p>LOEFFLER, E. (2020). Distinguishing Types and Levels of Co-production: Concepts and Definitions. En <i>Co-Production of Public Services and Outcomes</i>, pp. 23-73. Palgrave Macmillan, Cham.</p> <p>LOWI, T. (1979). <i>The End of Liberalism: Ideology, Policy, and the Crisis of Public Authority</i>. New York: Norton.</p> <p>MARCH, J. G. y OLSEN, J. P. (1984). The New Institutionalism: organizational factors in political life. <i>The American Political Science Review</i>, 78(3), pp. 734-749.</p> <p>MOSCONE, F., TOSETTI, E. y VITTADINI, G. (2012). Social interaction in patients' hospital choice: evidence from Italy. <i>Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)</i>, 175(2), pp. 453-472.</p> <p>OLMEDO, A. (2007). Reescribiendo las teorías de la reproducción social: influencia de la clase social en las trayectorias educativa y laboral del alumnado granadino de secundaria y bachillerato. <i>Revista de Educación</i>, 343, pp. 477-501.</p>
---	--	--

<p>PARRADO, S. (2015). <i>El análisis de la gestión pública</i>. Valencia: Tirant lo Blanch.</p> <p>PARRADO, S. y REYNAERS, A-M. (2019). Reputation, Choice, and Targets: What Triggers Professionals to Perform Better? Comunicación presentada a la 77th Conferencia de MPSA (Midwest Political Science Association), Chicago (7 abril).</p> <p>ROHDE, L. A., CAMPANI, F., OLIVEIRA, J. R. G., ROHDE, C. W., ROCHA, T. y RAMAL, A. (2019) Parental Reasons for School Choice in Elementary School: A Systematic Review. <i>Journal of School Choice</i>, 13(3), pp. 1-18.</p> <p>SCHNEIDER, M., TESKE, P., MARSCHALL, M. y ROCH, C. (1998). Shopping for schools: In the land of the blind, the one-eyed parent may be enough. <i>American Journal of Political Science</i>, 42, pp. 769-793.</p> <p>SCHWARZ, M. y THOMPSON, M. (1990). <i>Divided we stand: redefining politics, technology, and social choice</i>. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.</p> <p>SERMAS (SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD) (2014-2020). Memorias 2019-2013. Madrid. https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud</p>	<p>madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud</p> <p>SIMMONS, R., POWELL, M. y GREENER, I. (eds.) (2009). <i>The consumer in public services: choice, values and difference</i>. Bristol: Policy Press.</p> <p>SOTIROV, M. y WINKEL, G. (2016). Toward a cognitive theory of shifting coalitions and policy change: linking the advocacy coalition framework and cultural theory. <i>Policy Sciences</i>, 49(2), pp. 125-154.</p> <p>STONE, D. A. (2012). <i>Policy paradox: The art of political decision-making</i>. New York: WW Norton.</p> <p>SWEDLOW, B. (2011). Cultural surprises as sources of sudden, big policy change. <i>PS: Political Science & Politics</i>, 44(4), pp. 736-739.</p> <p>THOMPSON, M. (1984). The cultural construction of nature and the natural destruction of culture. <i>IIASA Working Paper</i>.</p> <p>THOMPSON, M., ELLIS, R. y WILDAVSKY, A. B. (1990). <i>Cultural theory</i>. Boulder: Westview Press.</p> <p>THOMPSON, S. y DIXON, A. (2006). Choices in health care: the European experience. <i>Journal of Health</i></p>	<p><i>Services Research & Policy</i>, 11(3), pp. 167-171.</p> <p>UNESPA (2020). El seguro acusa la ralentización económica por la COVID-19 (21-10-2020). https://unespa-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2020/10/NdP-Resultados-2020-Q3-FINAL.pdf</p> <p>TYNKKYNNEN, L. K. y VRANGBÆK, K. (2018). Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. <i>BMC Health Services Research</i>, 18(1), p. 141.</p> <p>VEGA-BAYO, A. y MARIEL, P. (2018). School choice across Different Regions of Spain. <i>Hacienda Pública Española</i>, 227(4), pp. 11-36.</p> <p>VICTOOR, A., DELNOIJ, D. M., FRIELE, R. D. y RADEMAKERS, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. <i>BMC Health Services Research</i>, 12(1), p. 272.</p> <p>WILDAVSKY, A. (1987). Choosing Preferences by Constructing Institutions: A Cultural Theory of Preference Formation. <i>American Political Science Review</i>, 81(1), pp. 3-21.</p>
--	---	---