



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultad de Economía y Empresa

Trabajo de  
fin de grado

La teoría de  
agencia en el  
ámbito de los  
seguros de salud

Raquel Vázquez Núñez

Tutor/a: María Mercedes  
Teijeiro Álvarez

**Doble Grado en Administración y Dirección de  
Empresas y Derecho**

**Año 2015**



# Resumen

El propósito de este trabajo es estudiar la teoría de agencia en relación con los seguros de salud, de manera que se reflejen los problemas que causan las asimetrías de información presentes entre principal y agente. Se comienza analizando los antecedentes de la teoría de agencia, tratando de comprender el origen de la misma, para continuar analizando su marco teórico, detallando las asimetrías de información que presenta dicha relación e identificando cuáles son las posibles soluciones que permitan solventar estos problemas. Finalmente se realiza una comparativa entre varios países europeos, sobre las medidas que han tomado para hacer frente a los problemas de agencia que se presentan en sus sistemas de salud nacionales. En dicha comparativa, se aprecia como cada país ha ido modelando la solución más adecuada, teniendo en cuenta las características de sus servicios y la distribución de su población.

*Palabras clave:* teoría de agencia, principal, agente, asimetrías de información, riesgo moral, selección adversa, seguro de salud, copago

*Número de palabras:* 14.946

# Abstract

The aim of this paper is to analyse the theory of the firm in relation to health insurance, in this way we can reflect some problems that cause information asymmetries. Firstly, an explanation of the theory of the firm's background is carried out, then it is presented a theoretical framework about this theory, detailing its information asymmetries and identifying some solutions capable of solving these problems. Finally, a comparison between different european countries shows which measures they have adopted aimed to facing agency problems that arise on their nacional healthcare systems. It is possible to observe how each country has made his own solution according to its services features and its society distribution.

*Key words:* theory of the firm, principal, agent, information asymmetries, moral hazard, adverse selection, health insurance, cost-sharing

*Word count:* 14.946

# Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Evolución hacia la teoría de agencia .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Marco teórico de la teoría de Agencia .....</b>	<b>15</b>
2.1. Corrientes literarias .....	16
2.2. Información asimétrica .....	16
2.2.1. Selección adversa .....	17
2.2.2. Riesgo moral.....	17
2.2.3. Soluciones a los problemas de selección adversa .....	20
2.2.4. Soluciones a los problemas de riesgo moral.....	22
2.3. Costes de agencia .....	23
<b>3. Teoría de agencia aplicada a los seguros de salud .....</b>	<b>25</b>
3.1. Selección adversa .....	26
3.2. Soluciones a la selección adversa.....	29
3.3. Riesgo moral.....	31
3.4. Soluciones al riesgo moral .....	35
<b>4. Comparativa de la implantación de los copagos en los países europeos.....</b>	<b>39</b>
4.1. Sistemas sanitarios .....	40
4.2. Soluciones a la selección adversa.....	42
4.3. Soluciones al riesgo moral .....	43
<b>Conclusiones .....</b>	<b>55</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>59</b>

# Índice de figuras

Figura 1: Presupuestos para el riesgo moral .....	19
Figura 2: Diferencias y similitudes entre selección adversa y riesgo moral .....	19
Figura 3: Requisitos para que la señalización sea útil .....	20
Figura 4: Clasificación de los costes de agencia .....	23
Figura 5: Fuentes de pérdida social ocasionada por la selección adversa .....	28
Figura 6: Formas de control .....	30
Figura 7: Formas de copago más habituales .....	36
Figura 8: Evolución del gasto en sanidad (en % PIB) entre 1992 y 2012 .....	39
Figura 9: Mapa de sistemas sanitarios en Europa occidental .....	42
Figura 10: Niveles de copago en medicamentos en Bélgica .....	50
Figura 11: Niveles de copago en medicamentos en Grecia.....	50
Figura 12: Niveles de copago en medicamentos en Portugal .....	51
Figura 13: Niveles de copago en medicamentos en España .....	51
Figura 14: Niveles de copago de medicamentos en Francia .....	52
Figura 15: Niveles de copago de medicamentos en Finlandia .....	52

# Índice de tablas

Tabla 1: Copagos en función del servicio y por país.....	45
Tabla 2: Comparativa entre los copagos por atención primaria y especializada.....	47



# Introducción

La teoría de agencia se basa en la relación existente entre el principal y el agente. El agente es contratado para realizar acciones por cuenta del principal, obrando en interés de este, a cambio de una contraprestación.

Esta teoría asienta sus orígenes sobre el fenómeno de la separación entre propiedad y control. Su presencia implica diferentes intereses y distintos niveles de riesgo para cada parte. Esto provoca que puedan surgir conductas oportunistas por parte del directivo, sobre todo en aquellos casos en los que el capital de la organización se encuentre muy disperso y los accionistas no tengan en la empresa una inversión lo suficientemente relevante como para tener un incentivo lo bastante importante, como para que le compense el coste en que incurrirá al supervisar la acción de los directivos. Aún así, existen determinados mecanismos reguladores que permitirán moderar esta actitud oportunista del directivo.

Los principales problemas que se originan en las relaciones de agencia derivan de la asimetría informativa a la que está sometido el principal, pues no puede observar en todo momento cuál es el comportamiento del agente, ni si éste actúa como se espera de él. Estas asimetrías de información pueden tomar diversas formas, como son la selección adversa y el riesgo moral. Ello provoca que surja la necesidad de incurrir en los denominados costes de agencia, que son de supervisión (soportado por el principal), de garantía (soportado por el agente) y la pérdida residual, que es la pérdida que se asume derivada de los elevados costes de supervisión y garantía en que habría que incurrir si se quiere cubrir todo comportamiento indebido por parte del agente.

Los problemas de información asimétrica tienen una repercusión muy importante en el ámbito de los seguros. Se ha elegido este sector porque fue en él donde surgieron conceptos como selección adversa o riesgo moral. Se utilizan en estos casos para referirse a los comportamientos de los asegurados al elegir un contrato de seguro que se adapte mejor a sus circunstancias personales, desconocidas por el asegurador, o para describir el sobreconsumo de los servicios a los que da acceso el asegurador por el mero hecho de tener contratado un seguro. El trabajo pretende

analizar qué implicaciones tiene la teoría de agencia en los seguros de salud, cuáles de los problemas que estudia están presentes en ese sector y, a su vez, observar qué posibles soluciones aplican diferentes instituciones para solventarlos o, al menos, tratar de reducir su impacto.

Respecto a la estructura del trabajo, en un primer apartado se identifica cuáles son los puntos de partida de la denominada teoría de agencia, entender de dónde proviene para alcanzar un mejor conocimiento de qué ha llevado a esta teoría al punto en que se encuentra actualmente.

Tras esto se analizará, en el segundo punto del trabajo, la teoría de agencia propiamente, la relación entre principal y agente, las corrientes que existen, los problemas más relevantes de información asimétrica, es decir, la selección adversa y el riesgo moral, junto con las posibles soluciones que se pueden adoptar frente a cada uno de ellos. Asimismo se examinarán los diferentes costes de agencia, qué son cada uno y quién los debe soportar.

En un tercer apartado se estudia el impacto de la teoría de agencia en el sector de los seguros de salud y los problemas que ocasiona la existencia de asimetrías de información entre asegurador y asegurado. Además de realizar una revisión bibliográfica sobre la manera en que aparecen, en este ámbito, la selección adversa y el riesgo moral, y las soluciones que en este sector se plantean para menguar sus efectos.

Por último, se han seleccionado un conjunto de países europeos para realizar una comparativa entre los distintos mecanismos que se utilizan en los seguros públicos de unos y otros, con la intención de hacer frente los problemas de información asimétrica, principalmente el riesgo moral a través de los copagos.

# 1. Evolución hacia la teoría de agencia

La teoría de agencia analiza la relación que surge entre dos personas, el principal, que encarga a otra, el agente, la toma de decisiones o la realización de una tarea en nombre y beneficio del principal, a cambio de una contraprestación y dotándolo de capacidad de decisión (Jensen y Meckling, 1976).

Esta relación entre principal y agente comienza a ser tomada en consideración cuando Adolf Berle y Gardiner C. Means defienden en su obra *The Modern Corporation and Private Property* (1932) que al estar el capital social de las grandes empresas dividido entre un número muy elevado de accionistas, resulta prácticamente imposible para cualquier accionista individual llegar a ejercer un poder significativo y, por tanto, poder tener control sobre la acción del directivo que toma las decisiones más importantes en la empresa. También toma su base del oportunismo, siendo uno de sus conceptos clave y entendido como la manera de actuar guiado únicamente por intereses personales, prescindiendo en cierta medida de principios éticos (Williamson, 1979).

Es la mencionada separación entre propiedad y control la que da lugar a la llamada “teoría de agencia” desarrollada por Jensen y Meckling en su obra “Theory of the firm” en 1976. Para ellos las relaciones de agencia están presentes en todas las organizaciones y en todos los niveles, no solamente en el caso descrito entre accionistas y directivos, sino también entre los directivos y otros grupos de interés (Jones y Hill, 1996). Esta relación de agencia surge porque tanto principal como agente poseen intereses diferentes, información incompleta y diferente actitud frente al riesgo. Los directivos aprovechan la dispersión del capital y el hecho de que el acceso a la información y el control necesarios supone un coste para poder actuar en su propio beneficio, comportándose de manera oportunista. Aún así se observan diferencias en función de los distintos niveles de control (Reyes, 2002):

En primer lugar, se encuentra el caso ya mencionado de propiedad dispersa donde los directivos abusan de esta situación, buscan más su propio interés y no

siempre seleccionan proyectos que creen valor. Cuando la empresa está controlada por el propietario, es decir, cuando existe un accionista con un porcentaje importante del capital y, por tanto, comprometido con las decisiones que se toman en la empresa, es probable que los directivos no opten por decisiones que resulten contrarias al interés del accionista dado que sus empleos dependen de ello (McConnel y Servaes, 1990). Esto también deriva de la diferente actitud frente al riesgo de unos y otros, mientras el accionista puede diversificar sus inversiones, el directivo está ligado a la empresa porque es su empleo, resulta difícil poder diversificarlo. Ambas opciones presentan inconvenientes, cuando el capital se encuentra muy disperso el directivo tendrá más posibilidades de incurrir en conductas oportunistas, la solución sería una mayor concentración del capital que implique un seguimiento mayor al trabajo del directivo por parte del accionista. Sin embargo cuanto mayor es el grado de aglutinamiento más se incrementa el riesgo de que salgan perdiendo los pequeños accionistas como consecuencia de la unión entre directivos y grandes accionistas (Crespí y García-Cestona, 2002).

De todo ello se extrae que los objetivos de los accionistas y los directivos son diferentes; mientras que los accionistas buscan una oportunidad que les reporte beneficios, los directivos tratarán de conseguir más poder, una mejor reputación o un salario más elevado. Sin embargo, hay planteamientos que defienden que aunque los directivos busquen un mejor status pueden conseguir mayores utilidades logrando los objetivos corporativos más que los personales (de Miguel y García, 2004). La misma línea siguen quienes consideran que existen directivos fuertemente vinculados a la organización que dirigen y en donde la divergencia de intereses con respecto a los accionistas será menor (Davis, Schoorman y Donaldson, 1997). También habría que plantearse que si el capital se encuentra disperso entre demasiados accionistas, estos tendrían una proporción muy pequeña del mismo y, por tanto, poco incentivo para ejercer un férreo control sobre el comportamiento de los directivos (Grossman y Hart, 1980).

Desde un punto de vista teórico, cuando existe un importante número de acciones en manos de los directivos, es decir cuando coinciden propiedad y control, deberían obtenerse mayores beneficios y corporaciones más rentables que cuando los intereses difieren, sin embargo estudios empíricos no han logrado mostrar tal diferencia (Byrd, Parrino y Pritsch, 1998). Esto podría explicarse por la existencia de mecanismos que evitan un excesivo oportunismo por parte de los directivos:

- El mercado de valores

Si los directivos de una empresa no se esfuerzan o no están capacitados para el puesto, el valor de la empresa en el mercado de las acciones bajará, haciendo más sencillo a un tercero hacerse con el control y destituir a los directivos que no desempeñaban correctamente su labor, contratar a otros e implantar métodos de control más estrictos (Gómez, 1998).

- El mercado de trabajos de directivos

Como se ha mencionado anteriormente, los directivos de las empresas buscan poder, reputación y dinero, cualidades que serán más acentuadas en las grandes corporaciones (Gedajlovic y Shapiro, 1998). Ante la escasa existencia de puestos de estas características todos los directivos buscarán optar a los puestos que proporcionen mayor prestigio, mayor poder y mayor satisfacción de manera que los directivos cuidarán su reputación en busca de mejores oportunidades.

- La competencia para los productos de la compañía

Cuanta más competencia presente el mercado en el que se transmiten los productos de la compañía menor margen tendrán los directivos para buscar su propio beneficio. Si lo hicieran incurrirían en mayores costes o en menor calidad que sus competidores (de Miguel y García, 2004), la empresa sería menos competitiva y sus competidores le irían ganando terreno hasta que no tuviese más solución que su disolución.

- Incentivos para los directivos

Se trataría de acercar los intereses de la alta dirección a los de los propietarios, ya fuese dotando a los directivos de una participación en los beneficios de la empresa o proporcionándoles una opción de compra de acciones con fecha posterior (Jensen, 1994).

En un punto cercano a la teoría de agencia nos encontramos dos de las aproximaciones teóricas al oportunismo más importantes, la teoría de los costes de transacción y la teoría del intercambio social.

La teoría de los costes de transacción comparte muchos puntos con la teoría de agencia. No obstante, como diferencia principal encontramos que mientras la teoría de

agencia tiene un enfoque precontractual, se centra en la alineación de intereses, la teoría de los costes de transacción parte de un punto de vista post contractual, donde se ocupa de la estructura organizativa (Williamson, 1988), se centra en el análisis de la transacción y focaliza su aplicación en la empresa. Además, se basa en dos premisas: racionalidad limitada y oportunismo. La racionalidad limitada implica que el agente no siempre posee toda la información posible y que los individuos tienen una capacidad cognitiva limitada, lo que provoca que su comportamiento no siempre sea racional (Rindfleisch y Heide, 1997). Esta racionalidad limitada ocasiona como principal consecuencia contratos incompletos y decisiones que no siempre repercuten en beneficio de la empresa. En cuanto a la segunda premisa, el oportunismo, implica que los individuos actuarán en su propio beneficio, comportándose de manera que se maximice su utilidad. Todo ello provoca un incremento de los costes de transacción dada la necesidad de reducir los efectos negativos derivados de ambos presupuestos.

En cuanto a la teoría del intercambio social, esta defiende que el intercambio propio del mercado da lugar tanto a resultados económicos como sociales, y rehúsa una maximización de beneficios que sea estrictamente económica (Lambe, Wittman y Spekman, 2001). Por ello, se rechaza la hipótesis de que los agentes se comportan de manera oportunista siempre que surge la posibilidad, ya que la obtención de beneficios en los intercambios de mercado puede aumentar aspectos como la confianza, que den lugar a la creación de normas que guíen la relación de intercambio. Como consecuencia, los agentes participantes de ese intercambio tienden a confiar más en los aspectos que guían esa relación que en el propio contrato, provocando que se vea el oportunismo como un motivo de disminución de los beneficios tanto económicos como sociales (Steinle, Schiele y Ernst, 2014).

## 2. Marco teórico de la teoría de Agencia

La relación de agencia surge cuando un principal delega en la figura del agente una serie de derechos o potestades mediante un contrato, de manera que el agente se comprometa a actuar en interés del principal a cambio de una contraprestación (Castaño, 1999).

La diferencia de intereses entre principal y agente dará lugar a problemas de agencia como consecuencia de la asimetría de la información. El principal no puede conocer en todo momento cuáles son las actuaciones del agente, ni si estas han sido las adecuadas o exigibles en función de lo pactado en contrato. De este modo el agente, siendo consciente de que su comportamiento pasará inadvertido para el principal, podrá actuar de la manera más beneficiosa para sus objetivos, sin que necesariamente provoque un mayor beneficio para el principal. Es decir, el hecho de ceder el poder de decisión al agente implica que el principal no podrá conocer el nivel de esfuerzo ni la calidad de este que realiza el agente (Salas Fumás, 1996). Se podrá inferir, en caso de que el resultado de las acciones del agente sí sea observable, que el agente ha tomado las decisiones adecuadas o que ha realizado el esfuerzo necesario, pero habría que tener en cuenta para analizar esta situación que los resultados obtenidos también estarán influidos por factores exógenos que no podrán ser controlados por el agente y que no forman parte del conocimiento del principal. Así, ante un resultado final desfavorable, el agente buscará justificarlo en esos factores exógenos que el principal desconoce y el principal no podrá discernir entre una mala conducta del agente o cuestiones ajenas a su control como la causa de los malos resultados (Gorbaneff, 2003).

Para solucionar esta asimetría informativa, el principal podría optar por realizar un seguimiento a las acciones del agente pero en la mayoría de los casos incurriría en unos costes excesivos, consecuencia de la dificultad de acceso a ese tipo de información. Estos serían los denominados costes de agencia, que frecuentemente se dividen en costes de supervisión, de garantía y pérdida residual (Jensen y Meckling, 1976).

## 2.1. Corrientes literarias

En la teoría de agencia encontramos dos corrientes: la teoría positiva de la agencia y la teoría del principal y el agente.

En la primera, la empresa se considera como vínculo de contratos, se valora principalmente de qué manera los contratos influyen en la conducta de las partes contratantes y además trata de explicar el por qué de la manera de ser de las formas organizativas, asumiendo que son eficientes puesto que de lo contrario no podrían continuar existiendo (Douma y Schreuder, 2004).

En el caso de la teoría del principal y el agente la cuestión central es cómo debe el principal organizar el sistema de incentivos del agente. Ambas teorías se asientan sobre los estudios realizados acerca de la separación entre la propiedad y el control.

## 2.2. Información asimétrica

Existe asimetría informativa cuando la información se encuentra disponible pero está desigualmente distribuida. En estos casos es posible que aparezcan situaciones en las que la parte peor informada se niegue, racionalmente, a formar parte de las transacciones del mercado (Baye, 2006). La presencia de información asimétrica es frecuente en todo tipo de vínculos ya sean transacciones con acciones del capital de una empresa, transacciones entre empresa y consumidor o, incluso, de la empresa con sus trabajadores. Tomando como ejemplo la selección de personal, son los candidatos a un puesto de trabajo los que poseen información más completa y certera, por ello las empresas tratarán de invertir parte de su presupuesto en programar pruebas que les permitan conocer cuál es el verdadero nivel del candidato y cuáles sus principales habilidades, con el fin de asegurar que sean aquellos que la empresa necesita (Bayón, 2012).

Existen dos manifestaciones de información asimétrica que resulta necesario distinguir: la selección adversa y el riesgo moral.

### 2.2.1. Selección adversa

La selección adversa aparece en el siglo XIX en la industria de los seguros de vida (Baker, 2002). Las aseguradoras, con el fin de disminuir las probabilidades de tener que pagar por una muerte prematura, seleccionaban a quien le permitían contratar un seguro de vida en función de la salud del solicitante. Fue a partir del desarrollo de tablas de mortalidad que reflejaban la tasa media de mortalidad de la población cuando se empezaron a fijar las primas del seguro sobre una base científica (Van Amringe, 1873).

La selección adversa es un problema de información oculta, se caracteriza porque en la transacción que se pretende realizar hay una parte que posee una información mejor que la otra acerca de una variable que resulta relevante a efectos de contratar, lo cual genera un desequilibrio importante en la toma de decisiones o pérdidas de eficiencia (Altaman, Cutler y Zachhauser, 1998). El problema existe antes de la formalización del contrato, es decir, es un problema de información ex ante. Un ejemplo representativo sería el de una póliza de seguro de salud. Una tarifa apropiada al riesgo medio atraerá a aquellos consumidores con un riesgo por encima de la media, que son aquellos a los que les compensaría pagar el precio del seguro, quedándose fuera aquellos con riesgo bajo (Rothschild y Stiglitz, 1976). Con este ejemplo observamos que en determinados casos son los propios agentes, conscientes de sus circunstancias, quienes se autoseleccionan y proporcionan al principal la información privilegiada que poseen, información que de lo contrario sería inobservable (Cano y Cano, 2009).

### 2.2.2. Riesgo moral

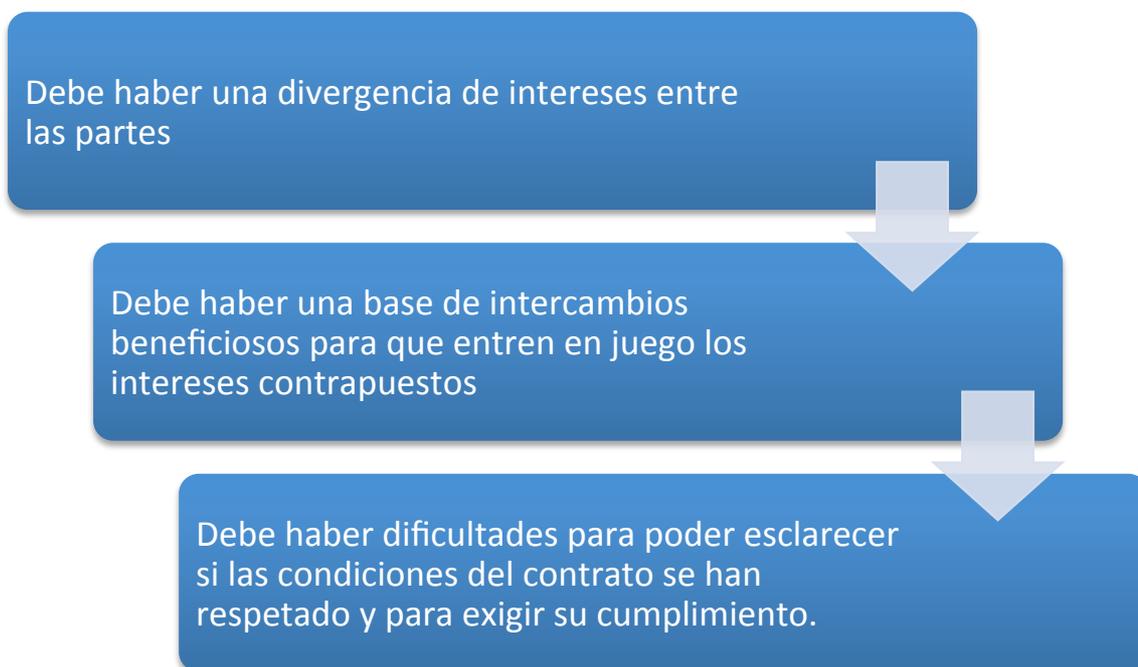
Otra manifestación de información asimétrica sería el riesgo moral, que se puede definir como aquella *“forma de oportunismo poscontractual que aparece porque algunas acciones que afectan a la eficiencia no son fácil y gratuitamente observables y las personas que las realizan pueden elegir la persecución de su propio interés personal a expensas del de los otros”* (Milgrom y Roberts, 1993). Este término tiene su origen en el sector de los seguros, al hacer referencia a como los asegurados modifican su conducta provocando un aumento de los costes a la aseguradora. Más concretamente, encontramos por primera vez referencia al término “riesgo moral” en *“The Practice of Fire Underwriting”* donde se definía como *“el proceder peligroso con*

*motivo de destrozarse la propiedad con fuego o de permitir su destrucción”* (Ducat, 1865), si bien actualmente se ha extendido más allá y está presente tanto en mercados como en organizaciones. Puede encontrarse en cualquier situación en la que alguien, movido por intereses personales que no están en consonancia con los del otro, aprovechándose de la difícil comprobación de la información y de una acción inobservable, decide llevar a cabo una actuación ineficiente o proporcionar una información poco ajustada a la realidad.

El hecho de que tenga su origen en el sector de los seguros se explica porque es un mercado especialmente vulnerable al riesgo moral. Tomando como ejemplo un seguro de accidente de vehículos puede darse la circunstancia de que una vez contratado el asegurado tome una actitud de descuido, que actúe con menor cuidado del que venía mostrando o, incluso, llegue a actuar con mala fe. Cuanto mayor sea la cobertura, menos incentivo tendrá el contratante para esforzarse en evitar un destrozarse. En este supuesto la compañía de seguros no podrá observar si el accidente se debe a un caso fortuito o ha habido una desatención por parte del asegurado, para solucionarlo podría aumentarse la prima gradualmente en función de los accidentes registrados por el conductor, si con esta medida cesan es que se producía un problema de riesgo moral, si por el contrario continúa dando partes de accidente se alcanza la conclusión de que es un mal conductor y el problema es de selección adversa (Bardey, 2008). Lo mismo sucede en el caso de los seguros médicos, como los individuos que contratan un seguro no deben abonar todo el coste del servicio tienen más propensión a acudir al médico ante dolencias menores de lo que lo harían en caso de tener que responder por la totalidad de la prestación. Sin embargo, esta actitud será defendida por M. Pauly (1968) como un comportamiento económico racional, oponiéndose a quienes defienden que se trata de una inmoralidad. Argumenta que, como el excesivo coste del individuo se va a extender sobre el resto de contratantes del seguro, el individuo no tiene porqué contener su uso de los servicios médicos.

El riesgo moral consiste en una acción oculta, un comportamiento que se produce en un momento posterior a la firma del contrato: cuando la acción del agente es inobservable para el principal, aquel podrá actuar en su beneficio sin pensar en alcanzar los objetivos del principal (Spence, 2002).

**Figura 1: Presupuestos para el riesgo moral**



Fuente: Elaboración propia

**Figura 2: Diferencias y similitudes entre selección adversa y riesgo moral**



Fuente: Elaboración propia

### 2.2.3. Soluciones a los problemas de selección adversa

Cuando estamos ante un problema de selección adversa, el principal inconveniente es la escasa observabilidad o su inexistencia, por tanto la solución puede estar en tratar de incrementarla a través de exámenes o inspecciones, según las circunstancias concurrentes.

Cuando no se puede aumentar la observabilidad de manera directa, se pueden buscar otras vías:

- La señalización

Esta se produce cuando la parte que posee la información privilegiada envía señales sobre sus características ocultas a la parte carente de información buscando que esta obtenga un mejor conocimiento de la situación (Stiglitz y Weiss, 1994).

#### Figura 3: Requisitos para que la señalización sea útil

La parte carente de información debe ser capaz de observar esta señal

La señal tiene que ser un indicador fiable de aquellas cualidades no observables que se pretenden transmitir.

Debe ser complejo para las partes que no tengan estas mismas características imitar dicha señalización.

Fuente: Elaboración propia

- La selección

En este caso no son los propios individuos los que se señalan sino que es la parte no informada la que procura clasificar a los individuos en función de sus características. Se buscaría un mecanismo de auto-selección que permita que, ofreciendo distintas alternativas, encaminadas cada una a una clase determinada de la parte informada, los individuos seleccionen una serie de opciones para que estas le revelen sus características privadas a la parte no informada (Bayón, 2012).

Además de las anteriores existen otras estrategias que, en vez de tratar de aumentar la observabilidad, se centran en afrontar el riesgo inherente a la existencia de información oculta:

- Agrupación del riesgo

La contratación en bloque, sin que los individuos tengan la posibilidad de abandonar el contrato, permite una oferta de seguros calculando la prima en función del gasto medio esperado (Follan, Goodman y Stano, 1993). Esta es la solución que se toma en las mutuas de seguros o en los tipos de seguros que proporciona el Estado.

- Redistribución del riesgo

Por ejemplo con la inclusión de una garantía en el contrato, especificando los riesgos que asume la parte peor informada (Wehrt, 2000). El riesgo no estaría soportado únicamente por una de las partes sino que al estar repartido evita una conducta oportunista, o al menos excesivamente oportunista, que se pudiera generar en la parte con información privilegiada.

- Segmentación del riesgo

Consistiría en tratarlo en partes separadas, como sucede en numerosos países donde algunos riesgos de la salud son pactados de manera privada y otros se cubren de manera colectiva a través de la seguridad social. Este sería, por ejemplo, el caso de Chile donde hay una cotización obligatoria que puede estar orientada a dos sistemas de seguros paralelos: el seguro público y las aseguradoras privadas (Uthoff, Sánchez y Campusano, 2012)

#### 2.2.4. Soluciones a los problemas de riesgo moral

En el caso del riesgo moral también encontramos posibles soluciones para hacer frente a la inobservabilidad de la acción oculta:

- Incremento de la observabilidad

Puede tomar distintas formas pero en cualquier caso implicaría aumentar los recursos destinados al seguimiento, vigilancia y control del agente, a veces incluso previendo el comportamiento inapropiado antes de que se llegue a producir (Álvarez y Hall, 2006). Este desembolso de recursos tendría una exigencia menor en la gestión de una empresa que opere en un mercado competitivo, como consecuencia del propio control proporcionado por los mercados sin coste alguno (de Miguel y García, 2004). Una mayor competitividad en el mercado exigirá mayores esfuerzos por parte de la dirección para lograr beneficios, por tanto los directivos no tendrán tanto margen para procurar sus propios objetivos desatendiendo las metas globales si no quieren ser responsables del fracaso de la empresa, lo que arruinaría su reputación.

- Redistribución del riesgo

Consiste en pactar con el trabajador un contrato de incentivos, donde reciba su remuneración en función de los resultados obtenidos, que sí pueden ser observados a diferencia de lo que ocurre con su desempeño y esfuerzo efectivos (Bayón, 2012). El contrato de incentivos también tiene sus desventajas. En primer lugar, los trabajadores son aversos al riesgo, en términos generales, y aceptarán preferiblemente un sueldo fijo menor a un sueldo un poco mayor que tenga una parte variable, en función de logros que no se encuentran completamente bajo su control. Además para la empresa los contratos de incentivos implican incurrir en un coste mayor, para convencer al trabajador de que acepte un contrato donde va a soportar parte del riesgo.

- Avales

En determinados sectores es habitual solicitar su depósito para garantizar la actuación del agente (Wehrt, 2000), de manera que se ejecutaría el aval en caso de no darse los resultados esperados. Aunque pueda resultar efectivo, no es sencillo adaptarlo a todas las situaciones que puedan surgir. Pongamos, por ejemplo, que el agente tiene amplias posibilidades de obtener ganancias muy elevadas, mientras que la probabilidad de que sea descubierto es escasa. En ese caso el aval debería consistir en una suma muy alta para que pueda ser utilizado como incentivo, lo que en

la mayoría de los casos no se podrá llevar a cabo por insuficiencia de recursos financieros.

## 2.3. Costes de agencia

Los costes de agencia son aquellos que tienen como finalidad disminuir la desviación en la conducta del agente con respecto a los intereses del principal (Arruñada, 1998). Entre ellos encontramos los que paga el principal (supervisión), los que soporta el agente (garantía) y el provocado por la mínima desviación en el comportamiento del agente que se produciría incluso para unos niveles ideales de garantía y supervisión (pérdida residual).

**Figura 4: Clasificación de los costes de agencia**



Fuente: Elaboración propia

La diferencia principal en el primer nivel es que, mientras los gastos de salvaguardia suponen un coste para una u otra parte, la pérdida residual se trata de lo que se deja de ganar al existir un cierto grado de conducta oportunista.

Los costes de supervisión (monitoring) los paga el principal para controlar al agente e influirle positivamente en su actuación, tanto antes como después de la formalización del contrato. Los gastos en los que incurre el principal para realizar este seguimiento al agente son, por lo general, costosos. En la mayoría de los casos o bien

no se incluye un mecanismo de vigilancia en el contrato, o el que se incorpora resulta ser incompleto e insuficiente para hacer frente a la conducta oportunista. Así, dice Mascareñas (2007), que *“la probabilidad de que un agente incurra en comportamientos impropios es una función inversa del alcance del control al que sea sometido”*. Es por ello que resulta de una importancia destacable delimitar adecuadamente el alcance del seguimiento que se realiza al agente de acuerdo con los recursos a disposición del principal.

Los gastos de garantía (bonding) son aquellos de los que se hace cargo el agente para mostrarle al principal que su conducta no se desviará de lo acordado en el contrato y que cumplirá con su actividad de la manera más acorde a los intereses del principal, sin aprovecharse de los recursos que le proporciona su posición para lograr únicamente la consecución de sus propios objetivos (Fernández Sánchez, 2010). La finalidad de este tipo de gastos es reducir la desconfianza del principal, asegurándole que no actuará en su perjuicio o que le indemnizará en caso de que así sea.

Por último, la pérdida residual es la pérdida de excedente bruto que proviene de la desviación del comportamiento del agente con respecto a lo pactado, al tomar una decisión diferente a la que hubiese adoptado el principal de encontrarse en las mismas circunstancias y poseyendo la misma información de la que gozaba el agente. La pérdida residual tiene como motivo principal los elevados costes de salvaguardia y garantía en los que habría que incurrir si se deseara alcanzar un contrato perfecto que cubriese toda eventualidad (Castaño, 1999). Debido a estos elevados costes, en ocasiones resulta más ventajoso asumir una pérdida que será menor que los gastos necesarios para poder evitarla.

### 3. Teoría de agencia aplicada a los seguros de salud

Una póliza de seguro de salud es un contrato entre un asegurador y un asegurado, en el que, durante la duración del contrato, un individuo se compromete a realizar una serie de pagos, que recibirán el nombre de prima, a cambio de la obtención de determinadas coberturas o menores precios en caso de sufrir problemas de salud y necesitar atención médica (Koç, 2005). Bajo estas circunstancias, el asegurado puede verse incentivado a un uso desproporcionado de los recursos médicos o a hacer un mayor uso de atención sanitaria comparado con el que haría en caso de no encontrarse cubierto por dicho seguro. Este efecto del seguro sobre la demanda de cuidados médicos se conoce como “riesgo moral”, y puede provocar que un asegurado utilice más recursos de atención sanitaria teniendo en cuenta que el seguro disminuye el precio efectivo de los cuidados médicos (Arrow, 1963; Pauly, 1968).

El contrato de seguro también puede incentivar al asegurado a disminuir el nivel de cuidados preventivos hacia su salud porque, aunque la existencia o ausencia de prevención sí afecte a la cuantía a desembolsar en futuros gastos médicos dado que aumenta la probabilidad de empeoramiento en la salud, no afecta a la cantidad a pagar en concepto de prima de seguro. Encontramos aquí un nuevo efecto del seguro sobre la demanda de prestaciones médicas, conocido como riesgo moral “ex-ante” (Ehrlich and Becker, 1972). Recibe este nombre debido a que el cambio del comportamiento del asegurado se produce antes de que se ocasione el resultado del evento objeto del contrato de seguro, es decir, antes de que surja la necesidad de hacer uso de los servicios médicos a los que da cobertura el contrato.

Es por todo ello que el diseño de una póliza de seguro de salud presenta numerosos obstáculos, siendo los problemas de agencia los más relevantes, al no poder garantizar las aseguradoras que de la actuación de las partes derive un resultado eficiente (Cutler y Zeckhauser, 2000). En este punto el manejo de la información que poseen tanto el asegurador como el asegurado resulta crucial,

controlarlos de forma correcta será la clave si bien resulta una tarea delicada (Chiappori y Salanié, 2002).

Hay que recordar que estamos hablando de un mercado en el que solo encontramos dos participantes, quienes compran el seguro y las compañías que lo venden. En el lado de la demanda, es la incertidumbre ante una posible enfermedad y el coste que se puede derivar de la necesidad de distintos tratamientos médicos, lo que provoca que el asegurado busque garantizar unos ingresos (o menores pagos) mediante el aseguramiento. En este punto también encontramos problemas de información asimétrica porque es cada individuo quien mejor puede conocer su estado de salud y riesgos futuros (Vásquez y Gómez, 2004), y en consecuencia optará por el tipo de contrato que considere más ajustado a sus circunstancias, con lo que aparecen problemas de selección adversa como veremos posteriormente. Además, no se logrará una asignación eficiente de la cobertura de los seguros y tampoco de los servicios de atención sanitaria.

En el lado de la oferta, resulta más complejo para las compañías aseguradoras decidir qué contratos deben ofrecer y a qué público objetivo deben dirigir cada contrato. Se parte de la presunción de que las compañías de seguros son neutrales al riesgo (Rothschild y Stiglitz 1976). Además, poseen recursos financieros que les permiten estar en disposición de vender todos aquellos contratos de seguros que estimen generadores de beneficio, y el mercado es competitivo dado que es de libre entrada. Bajo estas premisas se puede garantizar que cualquier contrato que sea demandado, y se prevea que reporte beneficios, será cubierto por la oferta.

### 3.1. Selección adversa

La selección adversa, ya definida en el marco teórico, es junto con el riesgo moral la forma más conocida de información asimétrica. Se deriva de la mejor información relativa que poseen los asegurados en comparación con los aseguradores, que en muchos casos no pueden conocer la calidad de la salud del asegurado, la predisposición genética del individuo a determinadas enfermedades o el nivel de cuidado que el asegurado dedica a su salud. Llegar a conocer esta información y, en consecuencia, clasificar los riesgos a los que se enfrentan resulta muy complicado para las compañías aseguradoras, como consecuencia deben estimar un riesgo medio

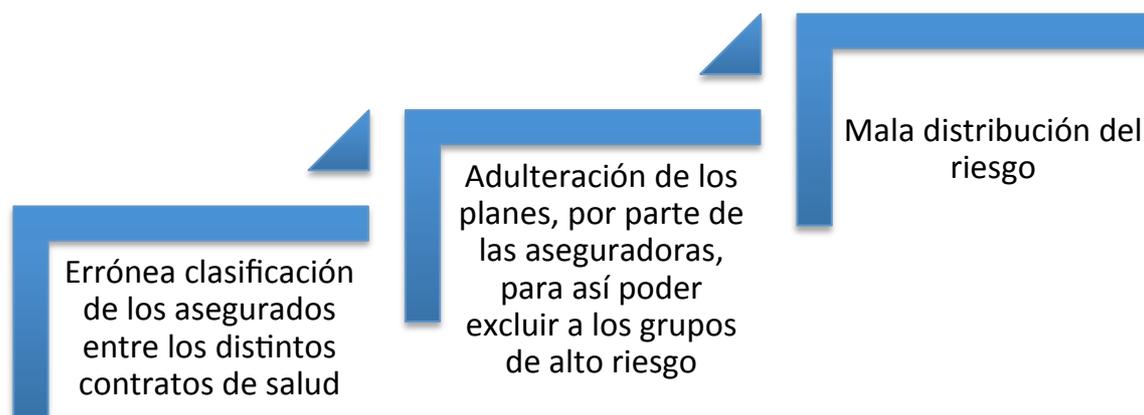
en función de la población o de las categorías de riesgo observables (Bardey, 2008) y en base a él fijar las primas de seguro.

El principal problema de selección adversa surge cuando en el abanico de primas no se ven reflejados los distintos niveles de riesgo. Para un individuo con bajo riesgo, una prima de seguro destinada a cubrir un riesgo promedio alto le parecerá excesiva; mientras que en caso de los riesgos altos, cuando se presente una prima que cubre un riesgo promedio bajo, las coberturas que contenga ese seguro le parecerán insuficientes (Chiappori y Salanié, 2000). Como consecuencia, la evidencia empírica demuestra que se aseguran en mayor proporción los riesgos altos que los bajos y este problema puede conducir a lo que algunos autores denominan “la espiral de la muerte” (Buchmueller y Di Nardo, 2002), y es que las compañías se ven obligadas a aumentar las primas de seguros para poder incluir este sesgo de la población asegurada, haciendo que los individuos con un perfil de riesgo bajo pierdan aún más interés en la contratación del seguro. Se denomina espiral de la muerte porque este ciclo se puede repetir llegando a provocar la desaparición de algunas aseguradoras o de los contratos más generosos. La solución más obvia utilizada por las compañías de seguros es proponer diferentes contratos con distintos niveles de cobertura (Rothschild y Stiglitz, 1976), teniendo en cuenta que ellos conocen la existencia de distintos tipos de agentes pero no están en condiciones de poder diferenciarlos, solo el propio asegurado conoce su tipo de riesgo.

Es por ello que, si el principal quiere maximizar su beneficio, en el catálogo de contratos debe constar uno que contenga una cobertura total y exija como contraprestación una prima elevada y otro contrato que contenga un deducible (cantidad a pagar por el asegurado en el momento en que se produce el evento asegurado) y una prima baja, cuanto mayor sea el deducible, menor deberá ser la prima. El nivel de este deducible deberá ser fijado teniendo en cuenta que ha de ser lo suficientemente elevado como para que los individuos de riesgo alto consideren que no les compensa y adquieran el contrato que les proporciona una cobertura total, mientras que los individuos de bajo riesgo, que esperan hacer un escaso uso del seguro, preferirán una cobertura menos completa, con una prima menor y un deducible mayor en caso de que tengan que hacer uso de los servicios de atención médica (Fang, Keane y Silverman, 2008). Así, las compañías aseguradoras podrán diferenciar a los individuos de riesgo alto y bajo a través de la propia autoselección de los usuarios, valorando ellos sus propias circunstancias y futuras necesidades y

seleccionando el contrato que maximice su utilidad y les reporte un mayor beneficio esperado. Además, el hecho de que una de las partes tenga un mejor conocimiento sobre el riesgo y futuros gastos en los que pudiera incurrir provoca tres fuentes de pérdida social derivadas de la existencia de selección adversa:

**Figura 5: Fuentes de pérdida social ocasionada por la selección adversa**



Fuente: Elaboración propia

Aún así, no solo un mejor conocimiento del riesgo es lo que provoca la elección de los consumidores de contratos de seguros, también entran en la valoración otros factores como el nivel de calidad de los servicios de salud en relación con el precio. Se entiende así que los seguros con mayor calidad son los más costosos sin que necesariamente sean los que proporcionan una mayor cobertura de servicios (Vásquez y Gómez, 2004), pudiendo distinguir las compañías que están presentando productos de diferentes niveles de calidad del mismo modo que los asegurados pueden diferenciar la calidad de los distintos servicios. También habría que tener en cuenta el nivel de renta o cualquier preferencia que los individuos pudieran tener hacia una u otra cobertura, estando condicionada la elección del seguro a factores muy diversos que tengan una correlación positiva con el riesgo (Chiappori y Salanié, 2000).

Además de lo anterior hay que hacer mención a la existencia de autores (Bradley, 2002) que consideran que el fenómeno de selección adversa surge cuando los consumidores tienen que decidir entre comprar un seguro o no comprarlo en lugar de en el momento de elección entre seguros. Por su parte, Goldman, Joyce, Karaca-

Mandic y Sood (2006) han observado en un estudio realizado que la selección adversa es más acusada en planes de seguros con beneficios farmacéuticos: aquellos individuos más propensos a enfermar suelen seleccionar planes de seguros con mayor cobertura farmacéutica en comparación con individuos más sanos, que seleccionan coberturas farmacéuticas menores. Con lo que puede apreciarse más selección adversa en los planes de medicamentos que sobre los planes de asistencia médica.

### 3.2. Soluciones a la selección adversa

- Selección del riesgo

Se entendería como un proceso de clasificar a los solicitantes de seguros en categorías dependiendo del riesgo esperado para cada uno de ellos. Esta selección del riesgo destaca la naturaleza distributiva del seguro, ya que el seguro se basa en la existencia de un gran porcentaje de individuos que no tendrán que hacer uso de todas las prestaciones aseguradas. El excedente de la prima pagada por los que utilizan en menor medida su cobertura irá destinada a cubrir la pérdida provocada por aquellos que han utilizado las prestaciones médicas en mayor medida. Muestra de ello es que muchos países han implantado la afiliación a un plan de seguros de salud de manera obligatoria y universal para todos. De este modo se asegura la presencia de individuos de alto y bajo riesgo con respecto a su salud (Vásquez y Gómez, 2004).

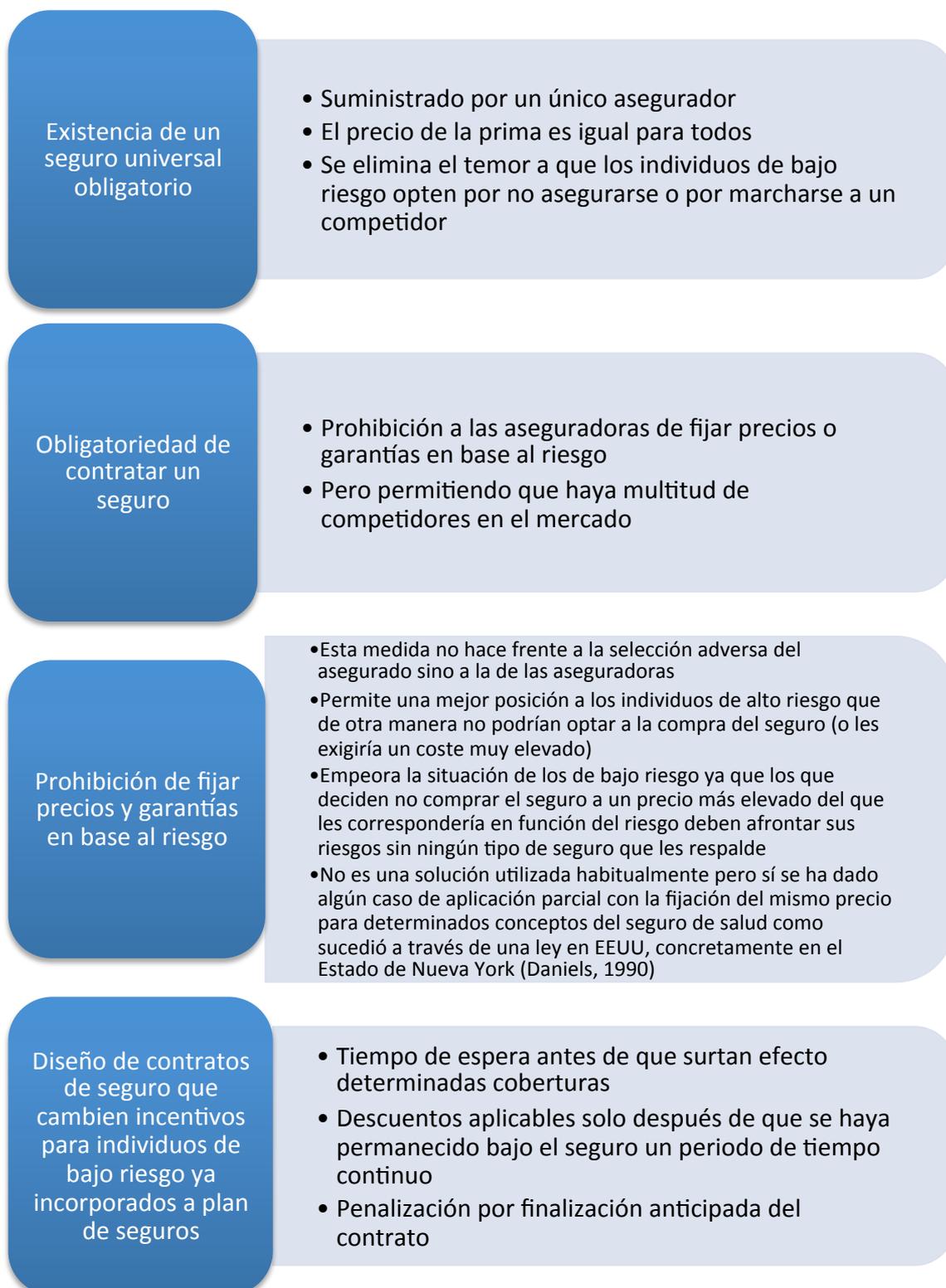
Por añadidura, la selección del riesgo es una de las herramientas más potentes que poseen las compañías de seguros. Eliminando a los individuos de riesgo más elevado reduce el coste medio de asegurar a los compradores y le permite ofrecer precios más bajos, así como obtener un beneficio mayor. Un asegurador que consigue encontrar un nuevo método para identificar y excluir a los individuos de riesgo alto mejora su posición competitiva al reducir su riesgo medio. Simultáneamente a esta disminución del propio riesgo, puede ver como aumenta el riesgo medio de sus competidores, asumiendo que los potenciales asegurados que él rechaza acaban en otra compañía. El uso de la selección del riesgo para excluir asegurados con un riesgo alto muestra claramente como la clasificación puede reducir el grado en que el seguro distribuye el riesgo.

- Alternativa de control

Se trataría de un control tanto sobre la capacidad de los asegurados de optar por el seguro como por la de la aseguradores de exponer su menú de contratos en base al

riesgo. Baker (2002) plantea diversas soluciones derivadas de este concepto de control:

**Figura 6: Formas de control**



Fuente: Elaboración propia

- Ajuste de la oferta al nivel de riesgo

Dentro de un contexto de libre mercado también se presenta como solución la oferta de diferentes precios o de distintos contratos en base al riesgo esperado, limitando la cobertura a personas enfermas que harían un uso excesivo de los servicios sanitarios o limitando la cobertura para determinadas pruebas o tratamientos que implicarían incurrir en un coste muy elevado con respecto al habitual. Esto tiene un efecto similar, aunque atenuado, a las medidas de selección de riesgos. Para llevarlo a cabo pueden utilizarse campañas de marketing dirigido o un cuidado diseño de contratos para segregar a los asegurados en base a su riesgo. De igual manera se utiliza el mecanismo de ajuste de la prima en función de las características individuales del asegurado (como pueden ser edad, sexo o condiciones de salud que presente en el momento de la formalización del contrato) que sirven para predecir, al menos de manera orientativa, el nivel de gasto médico que realizarán (Einav, Finkelstein, Ryan, Schrimpf y Cullen, 2013).

Por su parte, buscando una aproximación diferente a las vistas hasta el momento, Dione y Doherty (1994) infieren del estudio que realizan que el contrato óptimo es aquel en el que se busca que la empresa obtenga beneficios positivos en el primer periodo, que se verán compensados por precios más bajos en el segundo periodo.

### 3.3. Riesgo moral

Si hasta el momento hemos hablado de que la ventaja del asegurado es la mejor información que posee con respecto al asegurador para poder elegir el contrato que cubre mejor sus necesidades, ahora debemos observar los problemas que surgen una vez que el comprador ya se encuentra cubierto por las prestaciones del seguro. Se denomina riesgo moral al comportamiento llevado a cabo por el asegurado, que se ve influido por la existencia del seguro, y cuyas acciones que afectan al riesgo son inobservables para el asegurador. Principalmente, en el sector de los seguros de salud, consistiría en un aumento de los gastos que se reembolsan al suscriptor de la póliza por el hecho de tener seguro o en un aumento de la utilización de las prestaciones médicas a las que tiene derecho (Bardey, 2008). Se produce entonces un sobreconsumo de aquellos servicios sanitarios a los que tiene acceso gracias al

seguro bajo un precio menor, siempre en el caso de que la demanda de dichos servicios sea elástica (Vásquez y Gómez, 2004).

Dentro del propio riesgo moral hay que diferenciar entre el riesgo moral ex-ante y el riesgo moral ex-post. Mientras que en el primer caso la existencia de un seguro conlleva que el individuo pase a invertir menos esfuerzos en prevención sobre su salud, en el segundo caso el gasto de recursos médicos en que incurre el asegurado está por encima de lo que se podría considerar eficiente.

El riesgo moral ex-ante es el referido a la prevención por parte del asegurado, ante la presencia de un seguro que cubra cualquier eventualidad se puede ver reducida la prevención de los individuos con atención sanitaria asegurada, ya que no tendrán que hacer frente al coste íntegro de los mencionados servicios. Niveles más bajos de prevención como llevar una vida saludable, hacer ejercicio o dieta sana junto con patrones de comportamiento o enfermedades crónicas como la obesidad, el tabaquismo o una mala alimentación aumenta la incidencia de enfermedades y, con ello, el nivel de consumo de medicamentos, de tratamientos o de atención médica, tanto en seguros privados como públicos (Bhattacharya y Packalen, 2012). Igualmente hay que puntualizar que se ha demostrado la presencia de riesgo moral en distintos estudios sobre esta falta de prevención como en el caso de fumar en exceso, falta de ejercicio u obesidad (Stanciole, 2008; Dave y Kaestner, 2009).

Además, este comportamiento del consumidor no puede ser observado por parte de la compañía aseguradora, es decir, esta no puede conocer el nivel de prevención que cada individuo dedica a su salud para poder así fijar una prima en consecuencia, tampoco en beneficio del asegurado ya que este no se verá premiado por una buena prevención en forma de descuento sobre la prima.

Una de las soluciones que se ha dado para tratar de frenar esta modalidad de riesgo moral es un contrato que contenga un deducible, de manera que los asegurados puedan verse en cierto modo beneficiados por sus actividades de prevención (Shavell, 1979). Sin embargo, otros autores consideran ineficiente la introducción de un deducible en el caso particular de estos seguros ya que la prevención en la salud personal ya tiene incentivos naturales (todo el mundo desea estar sano y por tanto ya pondrá los medios para evitar enfermedades) sin necesidad de adicionarle ningún tipo de incentivo financiero (Bardey y Lesur, 2005). Se trata de tener en cuenta también los incentivos no financieros, como pueden ser el dolor o

malestar asociados a sufrir alguna enfermedad, que llevan a los individuos a que, aún estando asegurados, y teniendo los servicios de atención médica cubiertos, tengan razones suficientes para hacer esfuerzos en prevención (Pope, Deshmukh, Johnson y Rohack, 2014).

Para Ehrlich y Becker (1972) el riesgo moral ex-ante aparece cuando el asegurado está en posición de llevar a cabo acciones que reduzcan su riesgo a que se produzca el evento adverso. Sin seguro de por medio los individuos pondrán en marcha acciones preventivas cuando estas le supongan un beneficio esperado mayor que los costes. Si estas acciones preventivas pudieran ponerse bajo contrato, los autores entienden que la mejor solución sería un seguro a todo riesgo. Sin embargo si estas acciones no pudieran ponerse bajo las condiciones del contrato o pudiera resultar muy costoso, entonces los individuos no tendrían ningún incentivo para actuar de forma eficiente. Contra esto, proponen como segunda mejor solución dejar al comprador con un cierto grado de riesgo, de manera que se incentive a los asegurados a no ignorar completamente la prevención ya que ante una eventual enfermedad ellos también habrán de hacer frente a los costes.

Algunos economistas defienden que otra forma en que aparece este riesgo moral es en una mayor utilización de tratamientos preventivos, como pueden ser una vacuna antigripal, mamografías o colonoscopias, y que provocan un mayor riesgo financiero para los aseguradores. Sin embargo, otros entienden que se trata de una función propia del seguro de salud, como sería facilitar el acceso a cuidados preventivos y añaden que incurrir en estos costes de prevención podría impedir incurrir en los mayores costes derivados del tratamiento de las enfermedades si fuesen detectadas más tardíamente (Jerant, Fiscella, Tancredi y Franks, 2013).

En cuanto al riesgo moral ex-post, se refiere al sobreconsumo de servicios médicos que realiza el comprador por el mero hecho de estar cubierto por un seguro y no tener que hacer frente al pago íntegro de los servicios. Para Pauly (1968) se trata de un comportamiento racional por parte del individuo, ya que el coste de una unidad adicional del servicio lo van a compartir todos los asegurados. Resulta lógico pensar que un asegurado hará un uso mayor de las prestaciones contratadas en estas circunstancias que bajo el supuesto de que tuviera que hacer frente él solo al coste de la atención médica. Aquellas personas con mayor riesgo moral presentan mayor predisposición a pagar por el seguro, en base a estudios realizados se demuestra que a medida que se aumenta el precio de los contratos de seguro de riesgo alto, estos

asegurados serían los últimos en cambiarse a las coberturas de bajo riesgo, ya que son conscientes de que harán un uso elevado de los servicios de salud (Einav et al., 2013). Zeckhauser (1970) analiza la relación eficiente entre el riesgo moral y la reducción del riesgo y concluye que el contrato óptimo sería aquel que combine una distribución del riesgo con la generación de incentivos para lograr un gasto eficiente.

Un aumento de la cobertura del seguro no implica en todos los casos una mayor incidencia del riesgo moral puesto que el comportamiento del asegurado se ve influido por otros factores como pueden ser el valor que el individuo le asigna a su tiempo o la desutilidad que le pueda provocar acudir al médico en lo referido a esperar colas, la incomodidad del lugar, la aversión a los hospitales o el pavor que a algunos les producen las consultas médicas. Además hay que hacer referencia a que el hecho de que un individuo sea más propenso a enfermar no implica que haga siempre un consumo excesivo de los servicios de atención médica sino que tiene más oportunidades para ejercer el riesgo moral (Einav et al., 2013). Del mismo modo, hay que distinguir entre enfermedades, y es que no todas las enfermedades ofrecen las mismas opciones de exagerar una dolencia, por ejemplo una fractura deja poco margen al riesgo moral ya que el médico puede distinguir su existencia o no a través de una prueba médica, mientras que un dolor de espalda o de cabeza puede no tener reflejo en determinadas pruebas y al tener un diagnóstico que puede resultar excesivamente complejo se presentan mayores muestras de riesgo moral (Dione y St Michel, 1991). También se aprecian variaciones en el comportamiento del asegurado en las cirugías opcionales, llegando a aumentar estas en un 32% con respecto a la media ante la presencia de un seguro. En el caso de las cirugías no discrecionales el efecto del seguro es menor por, como ya se ha hecho referencia anteriormente, el propio incentivo natural inherente a la salud (Doiron, Fiebig y Suziedelyte, 2014).

Dentro de los numerosos estudios que se han realizado sobre el riesgo moral, destaca por su envergadura el llevado a cabo por la Rand Corporation. El proyecto se inició en 1971 cuando se eligieron al azar a 2.750 familias que aglutinaban a más de 7.700 personas de 6 lugares diferentes de EEUU, para así poder considerar las circunstancias tanto de las zonas rurales como de las urbanas (Vera-Hernández, 2003), a quienes se les asignaron aleatoriamente 5 planes de salud diferentes entre los cuales variaba el nivel de copago, y se observó su comportamiento por un periodo de 5 años (Ziebarth, 2014). Este estudio fue financiado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, hoy en día Departamento de Salud y Servicios sociales,

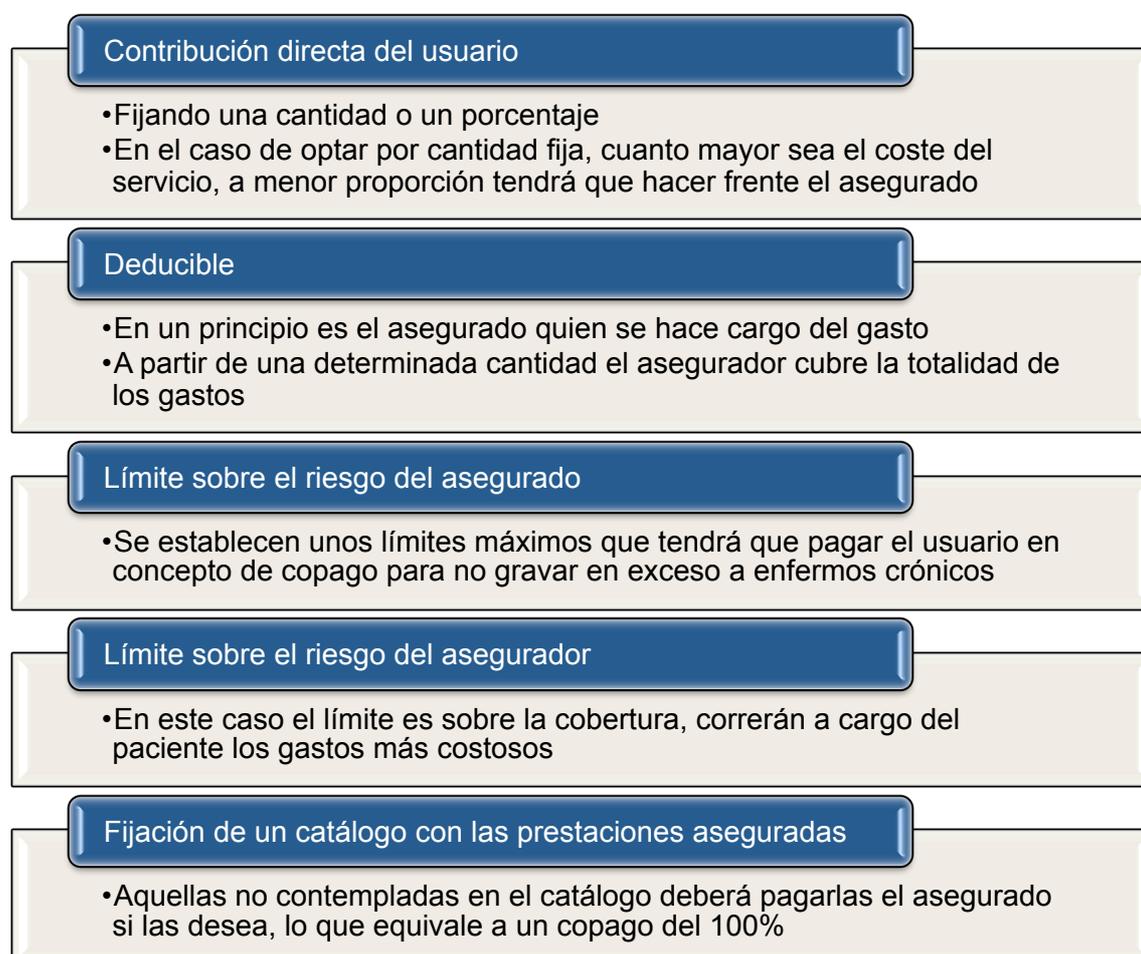
y de él se han extraído claras evidencias de la existencia de riesgo moral derivado de los comportamientos de unos y otros asegurados en función del nivel de cobertura de su seguro. Al mismo tiempo, se ha observado un impacto mayor del copago en las familias de rentas bajas, que les hace soportar una mayor carga económica y genera problemas de equidad (Barahona, 2010). Este estudio ha permitido implementar el diseño de los contratos de salud, de modo que resulte más complejo al asegurado aprovecharse en exceso de los servicios sanitarios (Bardey, 2008). A pesar de la enorme utilidad que presentan este tipo de estudios exigen un elevado nivel de gasto, por lo que no es una práctica habitual y son más comunes los estudios a pequeña escala sobre cómo afecta el riesgo moral a distintos aspectos dentro del ámbito sanitario.

### 3.4. Soluciones al riesgo moral

En ausencia de riesgo moral el seguro a todo riesgo sería el contrato tipo, sin embargo este contrato no es compatible con los incentivos ya que los asegurados de alto riesgo siempre van a preferir un seguro con total cobertura antes que un contrato de bajo coste con incentivos elevados. Este último sería lo característico de los individuos de riesgo bajo, teniendo en cuenta que este contrato exigiría un copago muy elevado por los bajos riesgos al tener estos una demanda muy elástica y poco riesgo asegurable (Lakdawalla y Sood, 2013).

Dentro de estos modelos de riesgo moral se encuentra como solución por excelencia los copagos, con copagos mayores cuanto más elástica sea la demanda de esos servicios (Pope et al., 2014). Deberán tener copagos más bajos aquellos bienes que tengan productos sustitutivos, es decir, los que sean fácilmente sustituibles no requerirán un excesivo copago porque en ellos se aprecia menos riesgo moral, mientras que aquellos productos o tratamientos que sean complementarios deberán tener un copago más elevado para evitar el sobreconsumo por parte del asegurado (Goldman y Philipson, 2007). Otros autores defienden que lo óptimo sería establecer diferentes tasas de copago dependiendo de si se trata de servicios de prevención o de tratamiento y, aún dentro de estos, habría que considerar variaciones según una u otra enfermedad, ajustando los copagos al nivel de riesgo moral en que se puede incurrir en cada caso (Ellis y Manning, 2007). Así, por aproximarnos un poco a la práctica habitual, las modalidades de copago más recurrentes serían:

**Figura 7: Formas de copago más habituales**



Fuente: Elaboración propia

Con la introducción de los copagos se reduce el grado del seguro pero a cambio hay menos distorsiones en el mercado de bienes porque el consumidor tiene que hacer frente a un precio privado que refleja en cierta medida el coste social. Lo ideal sería fijar un copago igual al coste marginal del servicio y una prima equivalente al excedente esperado del consumidor, de esta manera se obtendría el máximo beneficio posible al mismo tiempo que se garantiza una utilización eficiente de los recursos y sin pérdida de eficiencia (Lakdawalla y Sood, 2013). Otros defienden que el nivel óptimo de copago sería aquel que logre un equilibrio entre la pérdida de bienestar ocasionada por el riesgo moral, a través de un desembolso por parte del comprador del seguro, y el aumento del bienestar de la distribución del riesgo, mediante la solicitud de un reembolso más generoso (Drèze y Schokkaert, 2013). En el caso de la salud pública lo que se debe buscar es un contrato que pueda maximizar mejor el excedente social,

donde se fijan copagos a la altura o por debajo del coste marginal, en función del riesgo moral.

Con todo, el efecto general de los copagos es la reducción del gasto sanitario, o bien porque el asegurado se ve desincentivado a hacer uso de los servicios cubiertos parcialmente por la propia acción del copago, o bien porque los individuos de riesgo alto que son los que mayor consumo sanitario realizan ya se han autoseleccionado dentro de otro tipo de contrato en el momento de elección del seguro (Chiappori y Salanié, 2002). Ante la existencia de este mecanismo, se reduce la utilización de los servicios sanitarios, si bien en menor medida para aquellos casos urgentes y necesarios, sí afecta en mayor dimensión a revisiones preventivas o tratamientos no tan esenciales (Toral, 2013), aunque no en todos afecta de igual manera. Un estudio realizado en EEUU llegó a la deducción de que un copago de 5 dólares provocaba una reducción de un 14% en las revisiones médicas (Cherkin, Grothaus y Wagner, 1990), sin embargo no se apreciaban estas reducciones en servicios como la vacunación infantil, el consumo de tratamientos para el corazón ni las pruebas de detección de cáncer en mujeres. Por todo ello resulta importante valorar que, aunque el copago deba implantarse como mecanismo de corrección del riesgo moral, se deberían hacer distinciones entre los tratamientos preventivos considerados más importantes que presentan menor comportamiento oportunista por parte del asegurado.

Aunque, como hemos visto, los copagos reducen en menor medida la utilización de servicios urgentes o necesarios, sí es cierto que estos también se ven afectados y es esa precisamente una de las principales críticas que se le realiza a la figura del copago. Tampoco establece distinciones entre servicios con efectividades dispares (Lohr, Brook, Kamberg, Goldberg, Leibowitz, Keeseey, Reboussin y Newhouse, 1986), afecta tanto a los tratamientos con probada efectividad como a aquellos servicios que no tienen tantas probabilidades de éxito, cuando desde el punto de vista clínico el copago debería ser menor para aquellos tratamientos que tengan una efectividad más elevada.

Otra de las críticas deriva de una de las conclusiones extraídas de “The Health Insurance Experiment”, llevado a cabo por la Rand Corporation y ya mencionado con anterioridad. De sus resultados se desprende que las familias con bajos ingresos se veían más afectadas por el copago, es por ello que puede ser una solución contraproducente llegando a afectar a la salud de los grupos con rentas más bajas (Rice y Morrison, 1994). Habría que buscar mecanismos diferentes al copago tanto

para estos grupos de población como para los enfermos crónicos, cuya demanda no es potestativa, como en el caso de Italia donde se utilizan exenciones en función de las circunstancias económicas o de salud de los ciudadanos.

Como alternativa al copago, algunos autores defienden que la mejor manera de eliminar el riesgo es agrupándolo mediante la oferta del seguro a un grupo cuyo vínculo es distinto al riesgo que presenta cada uno, de manera que en ese grupo pueden hallarse tanto individuos de perfil alto como de perfil bajo para que el coste excedentario de los de bajo riesgo cubra el exceso de los de riesgo elevado, sería el caso por ejemplo de los trabajadores de una empresa. Crocker y Moran (2003) relacionan el riesgo moral con la facilidad que tienen estos trabajadores para cambiar de trabajo, por lo que para desarrollar su estudio parten de la premisa de que a los trabajadores les resulta difícil cambiar de trabajo. Así, entienden que en caso de que el empleador deba ofrecer a todos los trabajadores el mismo contrato de seguro, entonces el contrato óptimo será aquel que tenga un límite de cobertura inversamente proporcional al nivel de imposibilidad de cambio de trabajo. Si por el contrario, son capaces de ofrecer a los trabajadores distintos tipos de contrato, entonces el contrato óptimo será en principio el que les proporcione una cobertura completa y, en un segundo periodo de contrato, se verá ajustado por el estado de salud que haya presentado cada individuo.

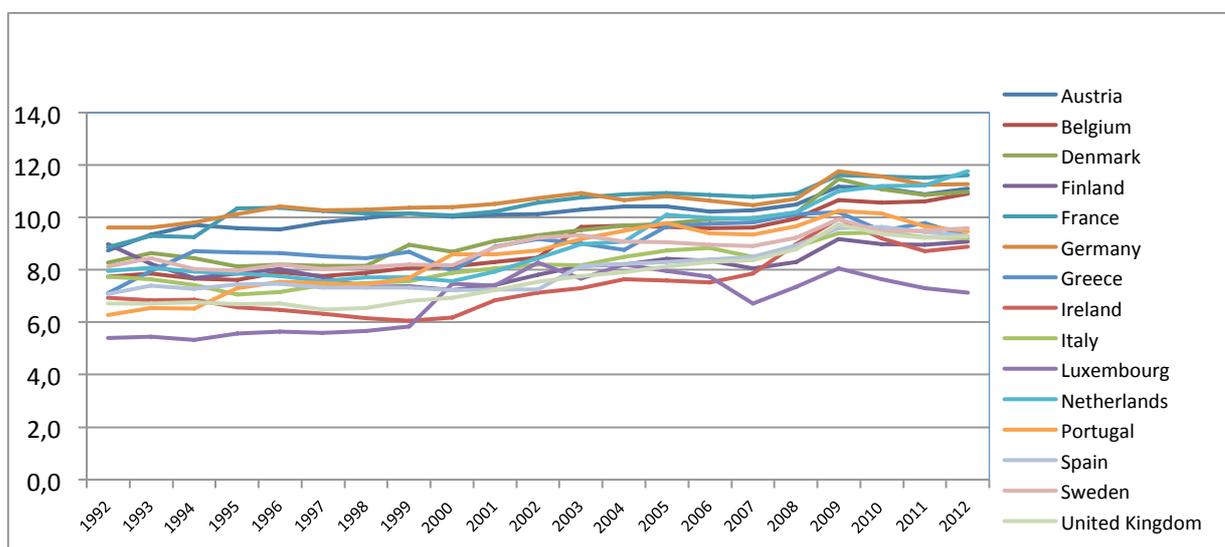
En resumen, como se ha apreciado hasta el momento, aquellos individuos que presentan un perfil de riesgo alto escogen aquellos contratos que les ofrecen mayor cobertura sanitaria (selección adversa). Y aquellos individuos que han optado por la contratación de un seguro presentan consumos sanitarios mayores que los observados sin seguro (riesgo moral). Ambas modalidades de asimetrías de información presentan problemas diferentes y, por tanto, la solución que se busque para cada uno de ellos también debe ser distinta (Bardey, 2008). En el caso de riesgo moral ex-ante y ex-post sucede algo similar, aunque en ambos el asegurado debe soportar un cierto nivel de riesgo para garantizar un correcto intercambio entre eficiencia y protección de la salud.

## 4. Comparativa de la implantación de los copagos en los países europeos

Los problemas generados por la información asimétrica en el mercado de los seguros de salud adquieren aún mayor relevancia cuando el gasto del sobreconsumo lo deben soportar las arcas públicas.

Durante décadas, el gasto público en salud ha crecido exponencialmente en los países más desarrollados (Ziebarth, 2014), incrementándose en más de un 70% en términos reales desde principios de los 90. Así, podemos observar en el siguiente gráfico el nivel de crecimiento que han experimentado estos gastos en una selección de países europeos, representado en cuanto a porcentaje de su PIB.

**Figura 8: Evolución del gasto en sanidad (en % PIB) entre 1992 y 2012**



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de "OECD Health Statistics 2014"

De este aumento se derivan tanto consecuencias positivas, aumento de la esperanza de vida y menos mortalidad derivada de enfermedades, como negativas, dado que entre los países de la OCDE el gasto en salud ya supone una media del 9% del PIB (OCDE, 2010). Este aumento del gasto podría favorecer a la mejora de los

servicios o a avances en innovación, sin embargo estudios revelan que no resulta ser tan eficaz como debiera y, por tanto, los países podrían lograr una rentabilidad mayor del gasto que realizan. Uno de los problemas que se plantean como causa de la pérdida de eficiencia del gasto público en salud son la selección adversa y, sobre todo, el riesgo moral. Además, el contexto actual de crisis económica ha acrecentado la urgencia por realizar una reforma en los sistemas de salud que permita obtener resultados más eficientes de los cosechados hasta el momento. Estas reformas se han encaminado en su gran mayoría a tratar de combatir el riesgo moral mediante la integración vertical de proveedores en el lado de la oferta, y mediante la implantación o el incremento del nivel de copagos, desde el lado de la demanda.

Más adelante se tratará de analizar qué medidas han tomado distintos países de la Unión Europea en el ámbito de los copagos, cuyo uso se ha extendido con fuerza en las últimas décadas, pero para poder comprender este desarrollo antes se han de examinar los distintos sistemas de salud que se pueden encontrar.

## 4.1. Sistemas sanitarios

La existencia de un sistema de seguro colectivo proporciona ventajas para todos los ciudadanos, tanto los que acostumbran a hacer uso de él como los que lo utilizan en menor medida. Para aquellos que necesitan utilizar los servicios de atención médica ante la aparición de una enfermedad, supone una descarga económica debido a los importantes gastos a los que tendría que hacer frente en caso de no estar cubierto por ningún tipo de seguro. A modo de ejemplo, de las quiebras familiares que se produjeron en EEUU durante el año 2007, el 62% estuvieron asociadas a gastos médicos (Repullo, 2012), situación que se agrava progresivamente debido al incremento de los costes sanitarios y a que un número muy elevado de población no tiene cobertura sanitaria (OCDE, 2010). También a aquellos ciudadanos que no tienen tanta necesidad de recurrir a atención sanitaria les produce un beneficio la existencia de seguros colectivos, les aporta un nivel de seguridad y protección que se traduce en una mejora del bienestar social. Además no surge para estos ciudadanos la necesidad de ahorrar la mayor parte de sus ingresos no consumidos por temor a tener que hacer

frente llegado el momento a este tipo de gastos, pudiendo así invertirlos en actividades que les reporten mayor satisfacción.

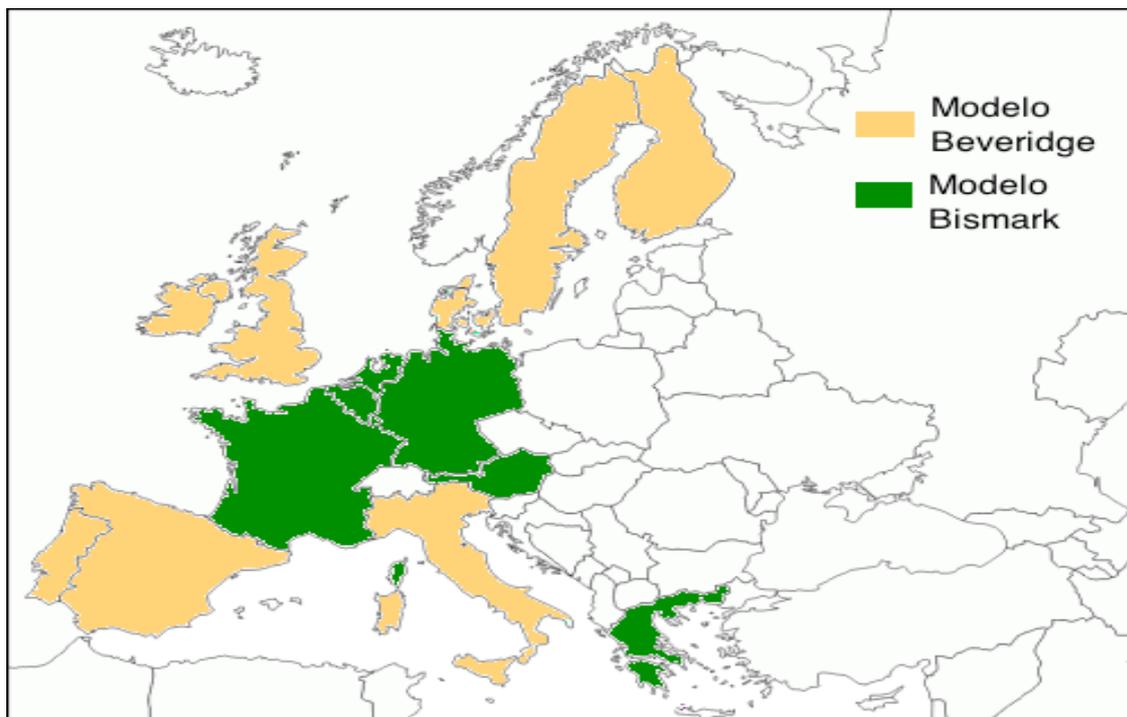
Para poder comparar las diferentes medidas que se aplican, se han seleccionado quince países europeos. En ellos estos sistemas sanitarios a los que se hacía referencia se dividen en dos grandes grupos: los que siguen el modelo Beveridge, sistemas nacionales que encuentran su financiación a través de los impuestos que pagan los contribuyentes, y los que optan por el modelo Bismark, sistemas de seguridad social que son financiados a través de cotizaciones sociales obligatorias.

El modelo Beveridge tiene su origen en un informe que recibe el mismo nombre, y de él parte la creación del Servicio Nacional de Salud en Reino Unido, en el año 1948. Se fundamenta en los principios de solidaridad y redistribución, ya que todos los residentes tienen derecho a estos servicios sanitarios y el Estado se implica en su gestión. La mayor parte de la recaudación en este sistema se obtiene a través de las rentas, que se gravan de manera progresiva, aunque también se complementa con otros impuestos sobre el valor añadido o sobre productos como hidrocarburos, alcohol o tabaco.

El modelo Bismark fue creado por el canciller Bismark para Alemania en el año 1881, está formado por sistemas de seguridad social que se financian a través de las cuotas sociales obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores. También participan en la financiación los impuestos generales, en la medida en que son necesarios para cubrir las primas de seguro de aquellos menos favorecidos que no tienen cobertura. En estos casos la distancia que separa al seguro público del seguro privado es bastante difusa, aunque se puede entender que en aquellos casos en los que la legislación se muestra lo suficientemente completa como para asegurar la existencia de una cobertura universal obligatoria, estaríamos hablando de seguros públicos. En este modelo la gestión sanitaria no depende tanto del Estado, sino que la recaudación obtenida a este efecto se destina a unas entidades no gubernamentales que se encargan de contratar los recursos necesarios para prestar una atención médica efectiva a los ciudadanos.

Los países que adoptan uno u otro modelo se ven recogidos en el siguiente mapa:

**Figura 9: Mapa de sistemas sanitarios en Europa occidental**



Fuente: Elaboración propia

Ante el desaprovechamiento de recursos que se plantea en los distintos sistemas de salud, los países han tomado medidas para frenar el sobreconsumo de las prestaciones sanitarias y así poder reducir el gasto público destinado a este sector.

## 4.2. Soluciones a la selección adversa

En cuanto a los problema de información asimétrica en este ámbito, la selección adversa es probablemente la que refleja la situación más fácil de resolver. Para impedir que los individuos de bajo riesgo eviten formar parte de un mismo mecanismo de aseguramiento, la solución más sencilla sería implantar un seguro obligatorio (Repullo, 2012) ya presente en muchos países, que aúne tanto a los individuos de alto riesgo como a los de bajo riesgo. De esta manera las contribuciones de ambos, ligadas por ejemplo al mercado de trabajo y aportándose mediante cuotas, sirven para sostener el sistema, aunque probablemente lo aprovechen más los individuos con un perfil de riesgo alto.

Aún así, siempre habrá grupos de individuos que logran escapar a este control, y de ello se deriva la existencia de regímenes especiales como sería el caso en España de los militares, los funcionarios públicos (MUFACE) o empresas de alto nivel que reciben el nombre de “Entidades colaboradoras de la Seguridad Social”.

### 4.3. Soluciones al riesgo moral

La existencia de seguros sanitarios provoca que los asegurados realicen un uso excesivo de los servicios que se les ofrecen de manera gratuita. Para solucionar el sobreconsumo derivado de la presencia de riesgo moral es necesario introducir determinados mecanismos reguladores. En este sentido, para quienes prestan estos servicios, resulta complicado encontrar una solución que no sea repartir el coste del servicio cuando se vaya a hacer uso del mismo (Repullo, 2012). Es por ello que la mayor parte de los países han optado por la implantación de copagos en sus servicios sanitarios, si bien se observan numerosas diferencias en la forma de introducirlos de unos y otros.

La principal ventaja que se encuentra en la figura del copago es moderar el uso de las prestaciones médicas que se consumen por encima de lo que debieran, es decir, eliminar el consumo irracional (García, 2014). Para ajustar el gasto destinado a este sector a unos niveles adecuados sin que ello implique que nadie vea mermada la calidad de su salud como consecuencia. Como complemento, también hay que mencionar que este instrumento no solo sirve para controlar el riesgo moral, sino que supone una fuente extra de financiación del sistema sanitario (Mas, Cirera y Viñolas, 2011).

Este mecanismo también resulta útil para potenciar la responsabilidad de los ciudadanos, al ser estos conscientes de que los servicios que consumen suponen un coste y lo tomen en consideración a la hora de utilizar el servicio. Precisamente este aspecto positivo deriva en otro negativo, y es que al ser el ciudadano el que decide si debe o no hacer uso del servicio se puede equivocar ya que no tiene porqué ser un experto en el ámbito de la salud (Repullo, 2009). Además es antes de acudir a los servicios de atención médica el único momento en que el paciente puede racionalizar su uso, ya que una vez incorporado al proceso clínico la mayoría de las decisiones las

toma el médico y no depende del paciente la utilización o no de las distintas prestaciones a las que puede acceder.

Otro aspecto de relevancia en este mecanismo es la diferenciación, tanto entre los servicios como entre los pacientes que los utilizan. En cuanto a los servicios, los copagos debieran ser más elevados en aquellas prestaciones más propensas al riesgo moral y más bajos, o incluso nulos, cuanto mayor sea su eficacia (Puig-Junoy, 2014). Además se ha demostrado que los copagos obligatorios provocan una reducción en toda la atención sanitaria, tanto la necesaria como la que no lo es tanto (Chernew y Newhouse, 2008), de lo que se puede deducir que carece de sentido incorporar copagos a prestaciones que se van a usar en caso de necesidad, medie copago o no. Entre pacientes se debe distinguir en función de sus circunstancias personales, principalmente sus posibilidades económicas, protegiendo a los sectores con rentas bajas, y su estado de su salud, ya que no es lo mismo un paciente crónico que tenga que hacer un uso repetitivo o periódico de ciertos tratamientos, que otro paciente que los utilice de manera esporádica.

Así, una vez introducido el papel de los copagos, conviene destacar las diferencias que se apuntaban anteriormente sobre la implantación que se ha hecho de los mismos en distintos países de Europa occidental según su sistema sanitario:

**Tabla 1: Copagos en función del servicio y por país**

Sistema	País	Atención primaria	Especialistas	Atención hospitalaria	Urgencias	Fármacos
Modelo Beveridge	Dinamarca	No	No	No	No	Sí
	España	No	No	No	No	Sí
	Finlandia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Irlanda	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Italia	No	Sí	No	Sí	Sí
	Portugal	Sí	Sí	No	Sí	Sí
	Reino Unido	No	No	No	No	Sí
	Suecia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Modelo Bismark	Alemania	No	No	Sí	Sí	Sí
	Austria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Bélgica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Francia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Grecia	No	Sí	Sí	Sí	Sí
	Luxemburgo	Sí	Sí	Sí	No	Sí
	Países Bajos	No	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del Informe "Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013" elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y "El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes" (García, 2014)

Observamos que 6 de los 15 países recogidos tienen copagos para todos los servicios estudiados (7 de 15 hasta 2013, cuando Alemania eliminó el copago en atención primaria). En general, se observan más copagos en aquellos países que se guían por el sistema de seguridad social. Actualmente, todos los representados han implantado la figura del copago con respecto a la dispensa de fármacos, mientras que para el resto de servicios tan solo Dinamarca, España y Reino Unido siguen

ofreciendo a sus ciudadanos una cobertura libre de cargas adicionales (todos ellos sistemas nacionales de salud). Además, la mayoría de países con copago en atención primaria han optado por implantarlo también en los especialistas y, sobre todo, en los servicios de urgencias. Se evita de esta forma que se deriven casos propios de medicina primaria a otros servicios asistenciales por evitar el coste extra que ahora suponen, provocando un aumento de los gastos en servicios que poseen otra función y agravando el problema preexistente. Llama la atención el caso de Países Bajos donde lo que se hace en todos los servicios es fijar un deducible, y a partir de esa cantidad el ciudadano ya no debe hacerse cargo de ningún coste que lo supere.

- Atención primaria

Entre los países europeos que forman la comparativa, siete de ellos no tienen copago en atención primaria. Alemania forma parte de este grupo desde enero de 2013, cuando entró en vigor la ley que eliminaba la tasa trimestral de 10€ implantada por el canciller Schröder, que debían pagar los alemanes desde 2004 para poder acceder a los servicios médicos de atención primaria y atención especializada. Precisamente el motivo de su implantación no fue otro que el de racionalizar el uso de los servicios médicos.

En lo que respecta al resto de países, las tasas oscilan entre los 5€ de Portugal hasta los 22€ que se pueden llegar a pagar en Suecia, pasando por los 10€ de Austria o los 13,80€ de Finlandia. Otros países optan por fijar un porcentaje del coste del servicio, como es el caso de Bélgica (8% para rentas bajas, pensionistas, viudos/as o huérfanos y 30% para el resto), Luxemburgo (12%) o Francia (30%). Estableciéndose además un tipo mayor para visitas a domicilio en el caso de Bélgica y Luxemburgo (35% y 20% respectivamente). El caso de Irlanda se encuentra en un punto intermedio entre la existencia y la inexistencia de copago, ya que este sistema sanitario divide a los ciudadanos en dos categorías en función de su edad y renta, a los de categoría I<sup>1</sup> se les aplica un 0%, es decir, no tienen copago, mientras que los de categoría II deben pagar el 100% del coste del servicio.

---

<sup>1</sup> Se entenderán de Categoría I los que sean titulares de una tarjeta sanitaria, teniendo derecho pleno sobre los servicios de atención médica, mientras que los de Categoría II tienen derecho parcial a las prestaciones sanitarias. El acceso a tarjeta sanitaria dependerá del nivel de ingresos, aunque varían en el caso de mayores de 70 años, y en caso de "serias dificultades". Para más información consultar "<http://www.hse.ie>" o "Comisión Europea. Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. (2012). *La Seguridad Social en Irlanda*. Recuperado de [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Ireland\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Ireland_es.pdf)"

- Especialistas

En la mayoría de los casos se sigue el mismo patrón que en atención primaria, aunque hay tres países, Italia, Grecia y Países Bajos, que no aplican copago en atención primaria pero sí en atención especializada. De entre los que aplican copagos por ambos conceptos hay que diferenciar los que fijan las mismas cuantías o porcentajes, de aquellos que elevan la tarifa cuando se trata de especialistas, como se destaca en el cuadro inferior. Así, las variaciones que se encuentran serían:

**Tabla 2: Comparativa entre los copagos por atención primaria y especializada**

País	Atención primaria	Atención especializada
<b>Finlandia</b>	13,80€	27,50€
<b>Irlanda</b>	Categoría I: 0% Categoría II: 100%	Categoría I: 0% Categoría II: 55€/visita (máx 550€/año)
<b>Portugal</b>	5€	7,5€
<b>Suecia</b>	11€ - 22€	25€ - 35€
<b>Austria</b>	10€	10€
<b>Bélgica</b>	30% Bajas rentas 8%	40% Bajas rentas 8%
<b>Francia</b>	30%	30%
<b>Luxemburgo</b>	12%	12%

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de “Los sistemas de copago en Europa, EEUU y Canadá” de Mas, Cirera y Viñolas (2011)

- Atención hospitalaria

De entre la selección de países europeos estudiada, todos aquellos que se rigen por un sistema de seguridad social aplican copagos en atención hospitalaria, mientras que de aquellos que siguen un sistema nacional de salud solo aplican copago Finlandia, Irlanda y Suecia. Cabe destacar el caso de Portugal, ya que este es el único servicio en el que no ha incorporado un coste extra a sus ciudadanos.

En cuanto a la forma que toman estos copagos se pueden distinguir sistemas que establecen una tarifa fija, como Bélgica (varía entre 27,7 y 14,13 por día en función del número de días que dure la hospitalización), Finlandia (32,50€) o Irlanda (75€/día, solo para Categoría II). Otros optan por aplicar esta cantidad fija y, a mayores, un porcentaje del coste de los servicios hospitalarios. Este es el caso mayoritario, como Austria (8€/día + 10% costes) o Francia (18€/día + 20%). Aún así, todos ellos han fijado unos límites máximos anuales que, una vez alcanzados, eximirían al paciente de cubrir cualquier exceso.

- Urgencias

La mayor parte de los países han introducido copagos en sus servicios de urgencias, todos a excepción de España, Dinamarca, Reino Unido y Luxemburgo (los tres primeros solo tienen copagos para los medicamentos). Destaca en este grupo la presencia de Luxemburgo que plantea copagos para todos los demás servicios. Algunos de los países que sí han optado por fijar un coste para sus atenciones urgentes plantean a su vez la devolución de la cantidad pagada en caso de que se trate realmente de una urgencia, como es el caso de Italia o Grecia.

Por regla general, la cuantía del copago en estos casos es superior a los anteriores, en Italia por ejemplo es de 25€, mientras que para atención primaria es de 10€ y la atención especializada oscila entre 15€ y 20€. En Portugal la visita a urgencias implica un copago de entre 15 y 20 euros, cuando atención primaria y especializada eran 5€ y 7,5€ respectivamente. En Suecia sin embargo el límite mínimo se mantiene igualado con el que había para atención primaria (11€) pero el máximo aumenta hasta 44€. Otros, como Bélgica y Austria, mantienen para este servicio el mismo tipo o tarifa que venían usando para las prestaciones sanitarias anteriormente mencionadas, 40% (8% para rentas bajas) y 10€ respectivamente.

- Fármacos

Actualmente todos los países tienen copago en los medicamentos. En los últimos años Dinamarca, España y Reino Unido se han sumado al resto de países que ya venían utilizándolo con anterioridad. Si bien en este ámbito los modelos de copago son más variados que en los anteriores. Así, podemos encontrar:

- 1) Una tasa fija de copago establecido por receta o medicamento:

Esta sería la situación de Austria (5€, máximo anual de 2% de los ingresos), Reino Unido (9,12€), aunque hay bastante población exenta de este copago. También sería el caso de Italia (3€ por receta) o Irlanda, donde se puede optar por pagar 0,5€ por receta hasta un máximo de 10€ mensuales o pagar hasta 120€ y, a partir de ese gasto, los medicamentos que excedan ya no suponen coste alguno. Algo semejante sucede en Suecia, donde se fija un máximo de 180€ por gastos en medicamentos, y en Dinamarca (deducible<sup>2</sup> de 116€). Una vez superado pasan por un intervalo en el que deben desembolsar un 50% del valor de los medicamentos, y tras él alcanzan un segundo punto a partir del cual los costes están totalmente cubiertos.

- 2) Un porcentaje igual independientemente del tipo de fármaco de que se trate:

Es el caso de Alemania, donde se paga un 10% del valor del medicamento, con un importe mínimo de 5€ y máximo de 10€.

- 3) Fijación de un porcentaje en función del valor terapéutico del fármaco:

Es el caso de Bélgica, Grecia, Portugal y España. Se detallan a continuación las peculiaridades que presentan los distintos países en la manera y condiciones de aplicación:

---

<sup>2</sup> Entendido como la cantidad hasta la cual se hace cargo el asegurado de los gastos, a partir de ella se hará cargo el asegurador

**Figura 10: Niveles de copago en medicamentos en Bélgica**

## Bélgica

- 0%: Medicamentos esenciales
- 25%: Medicamentos importantes pero correspondientes a enfermedades que no suponen riesgo vital.  
Máx 10,80€ (16,10€ si hay genéricos)
- 50%: Menos importantes terapéuticamente.  
Máx 13,50€ (24,20€ si hay genéricos)
- 60%: Para enfermedades crónicas específicas (antihistamínicos)
- 80%: Menos relevantes, por ejemplo antiespasmódicos

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de Puig-Junoy (2014)

**Figura 11: Niveles de copago en medicamentos en Grecia**

## Grecia

- 10%: Medicamentos tasados en lista
- 25%: Tipo general

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de Puig-Junoy (2014)

**Figura 12: Niveles de copago en medicamentos en Portugal**

## Portugal

- 0%: Medicamentos esenciales (cáncer, fibrosis quística,...)
- 10%: Categoría A: Enfermedades que ponen en riesgo la vida
- 31%: Categoría B: Enfermedades listadas (hipertensión)
- 63%: Categoría C: Medicamentos con valor terapéutico probado
- 85%: Categoría D: Medicamentos nuevos
- 100%: Demás medicamentos

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de Puig-Junoy (2014)

**Figura 13: Niveles de copago en medicamentos en España**

## España

- 10%: Medicamentos indicados para enfermedades crónicas tasadas en lista
- 30%: Funcionarios pertenecientes a MUFACE
- 40%: Personas con renta <18.000/año
- 50%: Personas con renta entre 18.000 y 100.000/año
- 60%: Personas con renta  $\geq$ 100.000/año

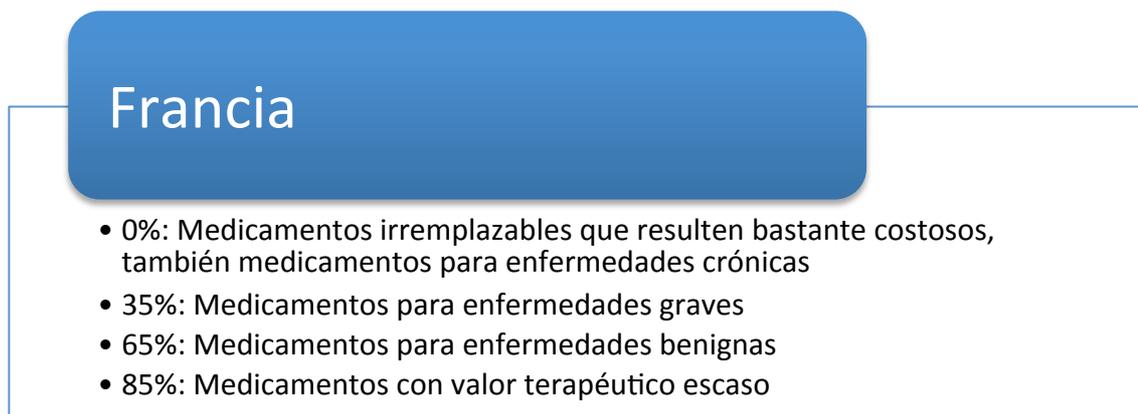
Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de Puig-Junoy (2014)

En el caso de España estos copagos fueron introducidos en una reforma realizada en el año 2012, a través del Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

4) Modelo mixto: cuantía fija + porcentaje:

En Francia se ha incorporado un copago de 0,5€ por fármaco a la tasa de copago que ya existía, donde se diferencia entre distintos porcentajes en función del medicamento que se trate:

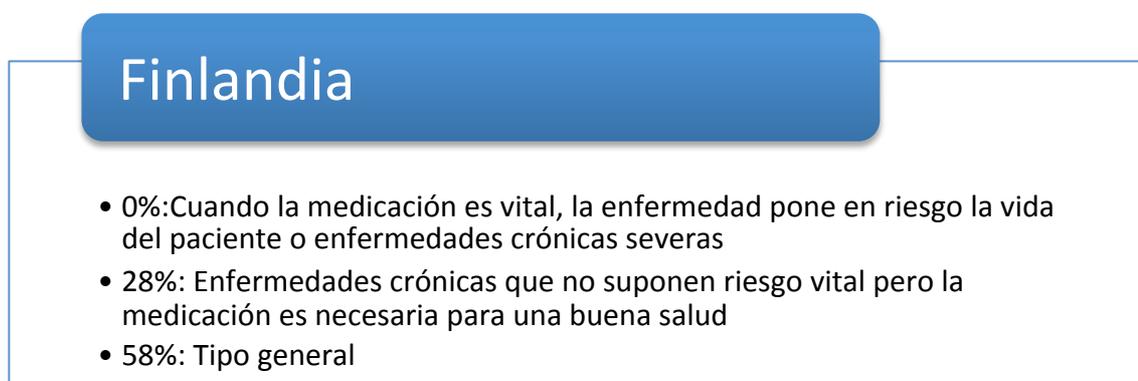
**Figura 14: Niveles de copago de medicamentos en Francia**



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de Puig-Junoy (2014)

Lo mismo sucede en Finlandia, donde se fija un copago de 3€ por receta y a mayores se aplican los siguientes porcentajes:

**Figura 15: Niveles de copago de medicamentos en Finlandia**



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de Puig-Junoy (2014)

En el caso de Países Bajos lo que existen son medicamentos reembolsables y no reembolsables, basado en un sistema de precios de referencia, mientras que en Luxemburgo lo que se produce es el reembolso del medicamento dependiendo de sus características en un rango que va desde el 40 al 100%.

Como puede observarse, el coste compartido de todos estos servicios puede suponer un gasto excesivo para determinados ciudadanos. Con el fin de que la salud de los individuos no se vea mermada por la moderación del consumo de los servicios sanitarios, los países establecen una serie de mecanismos de protección para aquellos colectivos sobre los que puede repercutir más negativamente esta medida, como serían los enfermos crónicos, las familias con rentas más bajas o la población más envejecida.

En aquellos casos de enfermedades crónicas o graves, o en el caso de ancianos, la mayoría de los países optan por fijar límites máximos de copago mensuales o anuales, por reducir el porcentaje de copago solo para estos casos o, incluso, llegar a eliminarlo.

Lo mismo sucede con los grupos que tienen ingresos bajos. Se opta por reducirles el copago o eximirles del mismo. Asimismo, hay determinados grupos considerados de interés porque preocupan especialmente a la sociedad, o porque presentan características especiales, como los niños, las embarazadas o los veteranos de guerra, a quienes no se les aplican prácticamente copagos en sus servicios consumidos.

En conclusión, cabe decir sobre la implantación del copago que la mayoría de estudios revelan que reduce tanto el consumo apropiado como el inapropiado, aunque en el caso de enfermedades graves o tratamientos que resultan vitales para el paciente su efecto es ínfimo (Mas, Cirera y Viñolas, 2011). En cuanto al uso por servicios, se observa que se reduce la utilización de atención primaria y especializada. En cambio, no se aprecia tanto impacto en la atención hospitalaria, lo cual podría explicarse por la gravedad que puede llevar a alguien a requerir hospitalización o porque es una decisión que depende del médico y el paciente no puede elegir (Louckx, 2002).

Como crítica, los copagos suponen un quebranto a la equidad, y reducen el bienestar social, si bien se considera que habría que asumir esta pérdida para evitar

los mayores costes en que se incurriría por el mal uso de las prestaciones de atención sanitaria (Repullo, 2009).

# Conclusiones

La divergencia de intereses entre principal y agente ocasiona problemas de agencia. Ante la inobservabilidad por parte del principal del comportamiento del agente, este último, consciente de esa limitación, se puede ver tentado a actuar de manera contraria a los intereses del principal.

En el caso particular de los seguros de salud, se observa que las asimetrías de información toman tres formas: selección adversa, riesgo moral ex-ante y riesgo moral ex-post.

La selección adversa surge en el momento en que el potencial asegurado debe elegir entre los diferentes contratos de seguros que se le presentan. Así, la aseguradora no podrá distinguir entre individuos de alto o bajo riesgo dado que no puede conocer sus circunstancias personales, predisposición genética a determinadas enfermedades o estado de salud general; están limitados por la información que el asegurado se preste a darles. Por su parte, los asegurados, poseyendo toda la información disponible, se comportarán de una manera u otra en función de sus intereses. Los que pertenezcan al grupo de riesgo alto optarán por seguros con una cobertura amplia, aunque la prima sea elevada, conscientes de las elevadas probabilidades de tener que hacer uso de la atención sanitaria. En cambio, los de bajo riesgo, buscarán la cobertura menor que implique el pago de una prima más baja, aunque en caso de que tengan que usar los servicios deban pagar los no incluidos. No obstante, se han desarrollado mecanismos para poder reducir la selección adversa, como la selección de riesgos, clasificando a los individuos en función del riesgo que presenten, o mediante el control tanto de la capacidad del asegurado a optar por un seguro (afiliación obligatoria implantada en muchos países) como de la aseguradora por clasificar a los asegurados en base al riesgo (prohibición de clasificarlos en base a este criterio).

Otra modalidad de información asimétrica es el riesgo moral, que se presenta en dos vertientes: ex-ante y ex-post. El riesgo moral ex-ante se refiere al momento en que los asegurados ya se encuentran bajo la protección del seguro y como consecuencia

de ello deciden reducir o eliminar actitudes de prevención sobre su salud, como ser sedentario o tener una mala alimentación. Se denomina ex-ante porque el cambio en el comportamiento del asegurado se produce antes de que sea necesario el consumo de servicios médicos. Como solución para tratar de reducir este problema se plantea dejar que los asegurados tengan que soportar una parte del coste del servicio, aunque debería bastar el propio incentivo natural de no querer ver empeorada su salud.

El riesgo moral ex-post consiste en el sobreconsumo de las prestaciones médicas por parte del asegurado, ante la presencia de un seguro que impide que tenga que soportar el coste del servicio. Se ha podido observar, en la revisión literaria realizada, que este fenómeno presenta diferente incidencia en función del tipo de servicio que se trate o de la enfermedad que padezca el asegurado. El mecanismo que se plantea como principal solución para esta forma de asimetría informativa es el copago, aunque debe ser modulado en función de las características de los servicios y de las circunstancias del asegurado, para evitar que ello impida el acceso a la atención sanitaria de los grupos más desfavorecidos.

Es precisamente la diferente implantación de la figura del copago la que ha sido analizada en la comparativa llevada a cabo entre distintos países europeos. Se plantea identificar de qué manera los países han tratado de frenar los comportamientos de los ciudadanos en cuanto al sobreconsumo de las prestaciones que se ofrecen en los seguros públicos de salud.

Hay que mencionar que en el caso de seguros públicos el problema de selección adversa tiene fácil solución, puesto que resulta suficiente para solucionarlo la implantación de un seguro obligatorio para todos los ciudadanos que aúne tanto a los de bajo riesgo como a los de riesgo alto. Es por ello, que se ha centrado la comparativa en las soluciones al riesgo moral, en concreto, en el copago que es el fenómeno que emerge con más fuerza en todos los países comparados. Así, se observa la existencia de dos sistemas sanitarios, los de seguridad social y los sistemas nacionales. Entre ellos presentan una proporción de copagos mayor los que se rigen por el modelo Bismark (seguridad social) que los que siguen el modelo Beveridge (sistema nacional). También se aprecian diferencias en cuanto a servicios:

Los servicios estudiados en los que se han introducido copagos son atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria, urgencias y medicamentos. El copago en fármacos ha sido aprobado en todos los países estudiados por el aumento

que se estaba produciendo en el gasto público destinado a sanidad. Aún así, en casi todos los países se fija una graduación porcentual del copago en función del tipo de medicamento de que se trate o de las implicaciones que pueda tener para la salud la enfermedad para la que ha sido prescrito. También se tienen en cuenta las circunstancias personales del paciente, como su nivel de renta o si se trata de un paciente crónico que tiene que realizar un uso continuado de los medicamentos.

Independientemente del copago descrito, tan solo Reino Unido, Dinamarca y España no presentan un cargo extra para sus ciudadanos en ningún otro servicio. Cabe decir que todos ellos siguen el modelo Beveridge de sistemas nacionales de salud.

En el lado opuesto se encuentran Finlandia, Irlanda, Suecia, Austria, Bélgica y Francia, que presentan copagos para todas las atenciones. También presentan múltiples copagos Grecia, con copagos en todo excepto en atención primaria, y Portugal, que no factura la atención hospitalaria. Destaca el caso de estos países ya que la mayor parte de sus copagos han sido introducidos en los últimos años, como medidas a tomar derivadas de las exigencias impuestas tras su rescate económico por parte de la UE. Similar es el caso de Italia, con coste compartido en todo excepto atención primaria y hospitalizaciones, derivado de las medidas de austeridad adoptadas por su Gobierno durante este periodo de crisis.

Los gobiernos han encontrado en el copago la medida más apropiada para modular su gasto sanitario en tiempos de crisis económica, buscando reducir el sobreconsumo al que se estaba sometiendo a los sistemas de salud de los distintos países. Como se ha visto, cada país ha adaptado esta medida en función de los patrones de comportamiento que presentan sus asegurados y también en función de la capacidad adquisitiva de los mismos, tratando de proteger a aquellos grupos para los cuales el copago pudiera resultar una barrera de acceso a la sanidad.

Por último, como apreciación, añadir la necesidad de que se realicen estudios amplios y detallados sobre la materia. En el caso del riesgo moral sobre quienes aseguran su salud, solo se encuentra el ya mencionado Health Insurance Experiment, llevado a cabo por la RAND Corporation cuyo inicio data de 1971. Desde entonces solo se han llevado a cabo estudios a pequeña escala centrados en algún aspecto muy concreto o un determinado campo de la salud. Esta escasez de estudios empíricos se justifica por el elevado coste que supone llevar a cabo proyectos tan

ambiciosos. Sin embargo, considerando la enorme utilidad que ha ofrecido el *HIE*, y que a día de hoy sus datos siguen siendo utilizados en la mayor parte de los artículos que versan sobre el tema, se debería valorar la posibilidad de ampliar los recursos bibliográficos en beneficio de potenciales estudios futuros, que colaboren en el desarrollo y perfeccionamiento de las implicaciones de la teoría de agencia en el descrito sector.

# Bibliografía

- Altman, D., Cutler, D. M., & Zeckhauser, R. J. (1998). Adverse selection and adverse retention. *American Economic Review*, 122-126.
- Alvarez, R. M., & Hall, T. E. (2006). Controlling democracy: The principal-agent problems in election administration. *Policy Studies Journal*, 34(4), 491-510.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 941-973.
- Arruñada, B. (1998). *Teoría contractual de la empresa*. Madrid: Marcial Pons
- Baker, T. (2002). Containing the promise of insurance: Adverse selection and risk classification. *Conn.Ins.LJ*, 9, 371.
- Barahona Urbina, P. (2010). El efecto del copago en el sistema sanitario: ¿Existencia de problemas de equidad? *Revista De Ciencias Sociales*, 4
- Bardey, D. (2008). Asimetrías de información en los mercados de seguros: Teoría y evidencia. *Fasecolda*, (125), 14-18.
- Bardey, D., & Lesur, R. (2005). Optimal health insurance contract: Is a deductible useful? *Economics Letters*, 87(3), 313-317.
- Baye, M. R., & Moreno, Y. (2006). *Economía de empresa y estrategia empresarial*. Madrid: McGraw-Hill.

- Bayón, I. A. (2012). *Contratos De Riesgo Compartido En El Mercado Farmacéutico*. (Tesis doctoral). Universidad de La Rioja.
- Berle, A. A., & Means, G. C. (1932). *The modern corporation and private property*. New Brunswick: Transaction Publishers
- Bhattacharya, J., & Packalen, M. (2012). The other ex-ante moral hazard in health. *Journal of Health Economics*, 31(1), 135-146.
- Bradley, R. (2002). *Is adverse selection simply moral hazard?: Evidence from the 1987 medical expenditure survey*. US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Office of Prices and Living Conditions.
- Buchmueller, T., & DiNardo, J. (2002). Did community rating induce an adverse selection death spiral? Evidence from New York, Pennsylvania and Connecticut. *The American Economic Review*, 92(1), 280-294
- Byrd, J., Parrino, R., & Pritsch, G. (1998). Stockholder-manager conflicts and firm value. *Financial Analysts Journal*, 54(3), 14-30.
- Cano Plata, E. A., & Cano Plata, C. A. (2009). Los contratos, las asimetrías de la información en salud, el riesgo moral y la selección adversa. *Revista EAN*, 67, 5-20.
- Castaño Duque, G. A. (1999). Teoría de la agencia y sus aplicaciones. *Decisión Administrativa*, 1, 7-12.
- Cherkin, D. C., Grothaus, L., & Wagner, E. H. (1990). The effect of office visit copayments on preventive care services in an HMO. *Inquiry*, 27(1), 24-38.

- Chernew, M. E., & Newhouse, P. (2008). What does the RAND health insurance experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes? *American Journal of Managed Care*, 14(7), 412-414.
- Chiappori, P. A., & Salanié, B. (2002). *Testing Contract Theory: A Survey of some Recent Work*. World Congress of the Econometric Society. Seattle.
- Chiappori, P., & Salanie, B. (2000). Testing for asymmetric information in insurance markets. *Journal of Political Economy*, 108(1), 56-78.
- Comisión Europea. Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. (2012). La Seguridad Social en Irlanda. Recuperado de:  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Ireland\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Ireland_es.pdf)
- Crespí, R., & García-Cestona, M. A. (2002). Propiedad y control: Una perspectiva europea. *Ekonomiaz*, (50), 110-137.
- Crocker, K. J., & Moran, J. R. (2003). Contracting with limited commitment: Evidence from employment-based health insurance contracts. *RAND Journal of Economics*, 34(4), 694-718.
- Cutler, D. M., & Zeckhauser, R. J. (2000). The anatomy of health insurance. *Handbook of Health Economics*, 1, 563-643.
- Daniels, N. (1990). Insurability and the HIV epidemic: Ethical issues in underwriting. *The Milbank Quarterly*, 68 (4), 497-525.

- Dave, D., & Kaestner, R. (2009). Health insurance and ex ante moral hazard: Evidence from medicare. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9(4), 367-390.
- Davis, J. H., Schoorman, F. D., & Donaldson, L. (1997). Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management Review*, 22(1), 20-47.
- de Miguel Hidalgo, A., & García, J. P. (2004). El conflicto accionista-directivo: Problemas y propuestas de solución. *Información Comercial Española, ICE: Revista De Economía*, 813, 225-246.
- Dionne, G., & Doherty, N. A. (1994). Adverse selection, commitment, and renegotiation: Extension to and evidence from insurance markets. *Journal of Political Economy*, 102(2), 209-235.
- Dionne, G., & St-Michel, P. (1991). Workers' compensation and moral hazard. *The Review of Economics and Statistics*, LXXIII, 236-244.
- Doiron, D., Fiebig, D. G., & Suziedelyte, A. (2014). Hips and hearts: The variation in moral hazard across hospital procedures. *Journal of Health Economics*, 37, 81-97.
- Douma, S., & Schreuder, H. (2004). Enfoques económicos para el análisis de las organizaciones. (F. J. Forcadell Martínez Trans.). (pp. 153-173). Madrid: Thomson-Civitas.
- Drèze, J. H., & Schokkaert, E. (2013). Arrow's theorem of the deductible: Moral hazard and stop-loss in health insurance. *Journal of Risk and Uncertainty*, 47(2), 147-163.
- Ducat, A. C. (1865). *The practice of fire underwriting*. Hartford: Ward & Co. Edwards.

- Ehrlich, I., & Becker, G. S. (1972). Market insurance, self-insurance, and self-protection. *The Journal of Political Economy*, 80(4), 623-648.
- Einav, L., Finkelstein, A., Ryan, S. P., Schrimpf, P., & Cullen, M. R. (2013). Selection on moral hazard in health insurance. *American Economic Review*, 103(1), 178-219.
- Ellis, R. P., & Manning, W. G. (2007). Optimal health insurance for prevention and treatment. *Journal of Health Economics*, 26(6), 1128-1150.
- España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Información y Estadísticas sanitarias para 2014. (2014). *Los sistemas sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>
- Fang, H., Keane, M. P., & Silverman, D. (2008). Sources of Advantageous Selection: Evidence from the Medigap Insurance Market. *Journal of Political Economy*, 116(2), 303-350
- Fernández Sánchez, E. (2010). Administración de empresas: Un enfoque interdisciplinar. *Madrid: Paraninfo*.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (1993). *The economics of health and health care*. New York: Macmillan.
- García, M. M. (2014). *El copago sanitario: Resultados para el sistema sanitario y los pacientes* Fundación Alternativas.
- Gedajlovic, E. R., & Shapiro, D. M. (1998). Management and ownership effects: Evidence from five countries. *Strategic Management Journal*, 19(6), 533-553.

- Goldman, D. P., Joyce, G., Karaca-Mandic, P., & Sood, N. (2006). Adverse selection in retiree prescription drug plans. *Forum for Health Economics & Policy*, 9(1).
- Goldman, D., & Philipson, T. (2007). Integrated insurance design in the presence of multiple medical technologies. *American Economic Review*, 97(2), 427-432.
- Gómez, S. (1998). Determinantes del reemplazo del equipo gestor en el mercado de control corporativo español. *II Foro De Finanzas De Segovia*.
- Gorbaneff, Y. (2003). Teoría del agente-principal y el mercadeo. *Revista Universidad EAFIT*, 39(129), 75-86.
- Grossman, S. J., & Hart, O. D. (1980). Takeover bids, the free-rider problem, and the theory of the corporation. *The Bell Journal of Economics*, 11, 42-64.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs, and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360.
- Jensen, M. C. (1994). The modern industrial revolution, exit, and the failure of internal control systems. *Journal of Applied Corporate Finance*, 6(4)
- Jerant, A., Fiscella, K., Tancredi, D. J., & Franks, P. (2013). Health insurance is associated with preventive care but not personal health behaviors. *Journal of the American Board of the Family Medicine*, 26(6), 759-767.
- Jones, G., & Hill, C. W. (1996). *Administración estratégica: Un enfoque integrado* McGraw-Hill.
- Koç, Ç. (2005). Health-specific moral hazard effects. *Southern Economic Journal*, 72(1), 98-118.

- Lakdawalla, D., & Sood, N. (2013). Health insurance as a two-part pricing contract. *Journal of Public Economics*, 102, 1-12.
- Lambe, C. J., Wittmann, C. M., & Spekman, R. E. (2001). Social exchange theory and research on business-to-business relational exchange. *Journal of Business-to-Business Marketing*, 8(3), 1-36.
- Lohr, K. N., Brook, R. H., Kamberg, C. J., Goldberg, G. A., Leibowitz, A., Keesey, J., et al. (1986). Use of medical care in the RAND health insurance experiment: Diagnosis-and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Medical Care*, 24, 1-87.
- Louckx, F. (2002). Patient cost sharing and access to health care. In J. P. Mackenbach, & M. Bakker (Eds.), *Reducing inequalities in health: A european perspective* (pp. 188-198). Londres: Routledge.
- Mas, N., Cirera, L., & Viñolas, G. (2011). Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: Implicaciones para el caso español. *Pamplona IESE Business School, Documento De Investigación*, 939.
- Mascareñas, J. (2007). "Contratos financieros principal-agente". En: *Monografías De Juan Mascareñas Sobre Finanzas Corporativas*, , Universidad Complutense de Madrid.
- McConnell, J. J., & Servaes, H. (1990). Additional evidence on equity ownership and corporate value. *Journal of Financial Economics*, 27(2), 595-612.
- Milgrom, P. R., Roberts, J., & Jimeno, E. (1993). *Economía, organización y gestión de la empresa*. Barcelona: Ariel.

- OCDE 2010, "Health care systems: Getting more value for money", *OECD Economics Department Policy Notes*, nº2.
- Pauly, M. V. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *The American Economic Review*, 58(3), 531-537.
- Pope, B., Deshmukh, A., Johnson, A., & Rohack, J. (2014). Multilateral contracting and prevention. *Health Economics*, 23(4), 397-409.
- Puig-Junoy, & Jaume. (2014). El papel de los copagos en sistemas de salud públicos y universales. *Papeles De Economía Española*, 142, 62-72.
- Radner, R. (1998). Dynamic games in organization theory. In M. Majumdar (Ed.), *Organizations with incomplete information. essays in economic analysis: A tribute to roy radner* (pp. 110-158). Cambridge: Cambridge University Press.
- Repullo Labrador, J. R. (2009). Copago sí, copago no: Revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo. *Amf*, 11(5), 625-632.
- Repullo Labrador, J.R. (2009). La buena sanidad pública, ¿ni se compra ni se vende? *Rev Salud 2000*, 124, 15-20.
- Repullo Labrador J.R.. Sistemas Sanitarios y Aseguramiento de riesgos para la salud [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012
- Reyes Recio, L. E. (2010). La estructura de propiedad y control de las empresas no financieras cotizadas: Una descripción de la situación actual ante las reformas del gobierno corporativo. *Dirección y Organización*, 27, 112-126.

- Rice, T., & Morrison, K. R. (1994). Patient cost sharing for medical services: A review of the literature and implications for health care reform. *Medical Care Research and Review*, 51(3), 235-287.
- Rindfleisch, A., & Heide, J. B. (1997). Transaction cost analysis: Past, present, and future applications. *The Journal of Marketing*, 61(4), 30-54.
- Rothschild, M., & Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. *The Quarterly Journal of Economics*, 90(4), 629-649.
- Salas Fumás, V. (1996). *Economía de la empresa: Decisiones y organización*. Barcelona: Ariel.
- Shavell, S. (1979). On moral hazard and insurance. *The Quarterly Journal of Economics*, 90(4), 541-562.
- Spence, M. (2002). Signaling in retrospect and the informational structure of markets. *American Economic Review*, 92(3), 434-459.
- Stanciole, A. E. (2008). Health insurance and lifestyle choices: Identifying ex ante moral hazard in the US market. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 33(4), 627-644.
- Steinle, C., Schiele, H., & Ernst, T. (2014). Information asymmetries as antecedents of opportunism in buyer-supplier relationships: Testing principal-agent theory. *Journal of Business-to-Business Marketing*, 21(2), 123-140.

- Stiglitz, J. E., & Weiss, A. (1994). "Sorting out the differences between screening and signaling models". *Mathematical Models in Economics*. Oxford University Press, Oxford.
- Toral Sánchez, J. (2013). *Benchmarking: Sistemas Sanitarios, Copago, Urgencias*.
- Uthoff, A., Sánchez, J. M., & Campusano, R. (2012). El mercado de seguros de salud: Lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solidaridad. *Revista Cepal*, 108, 147-167.
- Van Amringe, J. H. (1873). Life assurance. *The Galaxy*, 15, 249-54, 396-401, 527-35.
- Vásquez Velásquez, J., & Gómez Portilla, K. (2004). *Selección adversa en el régimen contributivo de salud: El caso de la EPS de susalud*. Medellín - Colombia: Universidad de Antioquia, CIE.
- Vera-Hernandez, M. (2003). Structural estimation of a principal-agent model: Moral hazard in medical insurance. *RAND Journal of Economics*, 34(4), 670-693.
- Wehrt, K. (2000). Warranties. *Encyclopedia of Law and Economics*, 3, 179-195.
- Williamson, O. E. (1979). Transaction-cost economics: The governance of contractual relations. *Journal of Law and Economics*, 22(2), 233-261.
- Williamson, O. E. (1988). Corporate finance and corporate governance. *The Journal of Finance*, 43(3), 567-591.
- Zeckhauser, R. (1970). Medical insurance: A case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives. *Journal of Economic Theory*, 2(1), 10-26.

Ziebarth, N. R. (2014). Assessing the effectiveness of health care cost containment measures: Evidence from the market for rehabilitation care. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 14(1), 41-67.