



# Revista Clínica Española

[www.elsevier.es/rce](http://www.elsevier.es/rce)



## ARTÍCULO ESPECIAL

# El copago también puede ser una medida social

T. Sánchez-Sagrado

*Unidad Docente de la Comunidad de Madrid, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*

Recibido el 10 de abril de 2012; aceptado el 27 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 2 de agosto de 2012

### PALABRAS CLAVE

Copago;  
Sistema Nacional de  
Salud;  
*National Health  
Service*;  
Solidaridad

### KEYWORDS

Copayment;  
National Health  
System;  
National Health  
Service;  
Solidarity

**Resumen** La psicología muestra que se valora poco lo que no cuesta. Los sistemas nacionales de salud gratuitos pueden bloquearse por abuso en su utilización hasta hacerse casi inviables. El copago ya existe en España. Se introdujo en la prescripción farmacéutica como medida social solidaria. Este copago ha generado abuso por los beneficiarios. La introducción del copago siempre se ha concebido desde el punto de vista de una medida cofinanciadora del sistema o disuasoria del abuso que se hace del mismo. La solución verdaderamente solidaria se perfila en una correcta organización de un sistema de copago como medida social junto con medidas de eficiencia y uso racional de los recursos sanitarios por todos los actores que participan en el sistema: gestores, profesionales y usuarios.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Copayment can also be a social measure

**Abstract** Psychology shows that what is free is poorly valued. Free of cost national health systems may become blocked due to misuse and may even become unfeasible. Copayment already exist in Spain. It was introduced in pharmaceutical prescriptions as a solidarity measure. This copayment has generated abuses. Its introduction has always been seen as a co-financing action to the system or as a discouraging measure to avoid misuse. The truly solidarity action is a proper organization of a copayment system as a social measure together with efficiency measures and rational use of health resources by all participant actors in the system: managers, professionals and users.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El copago sanitario es un tema de actualidad en nuestro país por varias razones. La crisis ha vuelto a ponerlo

en el candelero, como una posible solución a la carencia de recursos para mantener el Sistema Nacional de Salud (SNS) universal y gratuito. Las medidas tomadas por el Gobierno de la Comunidad Autónoma Catalana hicieron que el copago saltara a los titulares de prensa en las fechas prenavideñas. No era este un titular original; el asunto del copago ya había sido utilizado como arma arrojadiza en la

Correo electrónico: [teresa.sagrado@gmail.com](mailto:teresa.sagrado@gmail.com)

campaña electoral precedente a las elecciones del 20 de noviembre.

Por esa razón quiero abordar el tema desde una perspectiva diferente. Y es que el copago se presenta siempre como un recorte necesario para mantener el sistema, ya sea mediante la disuasión para los que abusan del sistema o como un medio para recaudar recursos. Desde ahí se convierte en un instrumento que los políticos utilizan para intentar sumar votos a su favor o restárselos al contrario, pervirtiendo así lo que debiera ser su finalidad última: la mejora del sistema sanitario en aras de una sanidad accesible para todos los ciudadanos. En los razonamientos que siguen se pretende presentar esta medida, el copago, denostada como discriminatoria y marginadora, como una medida social que si está bien enfocada puede ser positiva para mejorar el sistema y la salud de las personas.

Para avalar los razonamientos se utiliza la comparación del SNS español con 2 sistemas universales de salud en Europa: el británico y el sueco (tabla 1). El primero se escoge por ser el paradigma de los modelos universales y gratuitos de salud. Es un sistema en el que no se han introducido reformas en la línea del copago. Hoy es palpable que el *National Health Service* (NHS) se está viendo obligado a introducir recortes por problemas de equilibrio entre la financiación y el gasto, pero además, tiene problemas para alcanzar sus expectativas de salud. El Reino Unido no se encuentra encabezando la lista de la Unión Europea en lo que se refiere a la salud de sus ciudadanos (tabla 2). El sistema de salud sueco se constituyó también en los años cincuenta con un copago. El paciente debía pagar la factura sanitaria y después el estado le reembolsaba el 75% de la misma. Esta medida resultó claramente discriminatoria porque excluía a los ciudadanos con recursos económicos más limitados. Por ello, en la década de los setenta se hizo la reforma de las «siete coronas»: el paciente ya no paga la totalidad de la factura, sino 7 coronas no reembolsables, por acto médico.

La eficacia de la medida se manifiesta en sus resultados. Se verán en las líneas siguientes del artículo.

Una línea de desarrollo de una medida como la sueca es lo que permite calificar al copago como medida social. Sirve para mejorar la valoración de la atención sanitaria, favorece el control de los abusos, permite optimizar los recursos y, lo más importante, ayuda a mejorar la calidad de la atención médica, lo que redundará positivamente en la mejora de salud de los ciudadanos que es el objetivo final de todo sistema de salud.

## El Reino Unido, un servicio nacional de salud no tan gratuito como se dice

En el Reino Unido el acceso al NHS es universal y gratuito para todos desde su creación en el año 1948<sup>1</sup>. Todos los ciudadanos tienen derecho a ser atendidos en función de sus necesidades de salud sin tener en cuenta sus recursos económicos. Esta situación ha cambiado en los últimos años. Se ha llegado a la situación absurda de que el tratamiento de un resfriado común es gratuito para una persona que padece cáncer desde el 1 de abril del año 2009, pero el tratamiento de su cáncer puede no serlo si vive en un área de salud que no financia este tipo de tratamientos<sup>2</sup>.

La afirmación anterior no es una suposición, proyección o imaginación, sino un ejemplo real. Es el caso de una paciente llamada A.M.R., que ha denunciado a *Swindon NHS Primary Care Trust* (área de salud de Swindon en la que los pacientes tienen acceso gratis al médico, lo necesiten o no). A.M.R. ha interpuesto la denuncia referida porque se le ha negado financiación para el tratamiento del cáncer de mama que padece. Este mismo tratamiento está financiado en otras áreas de salud del Reino Unido<sup>3</sup>. Esta situación se conoce como «*lottery code*», es decir, el acceso a determinados tratamientos o prestaciones sanitarias depende del área de

**Tabla 1** Principales características del Sistema Nacional de Salud de España, Reino Unido y Suecia

	España <sup>a</sup>	Reino Unido <sup>b</sup>	Suecia <sup>c</sup>
Creación SNS	1986	1948	1946
Cobertura	Universal	Universal	Universal
Financiación principal	Impuestos	Impuestos	Impuestos
Acceso	Gratuito en función de la necesidad	Gratuito en función de la necesidad	Copago fijo con techo anual fijado por el gobierno central
Copago	Prestación farmacéutica prótesis	Prestación farmacéutica cuidados sociales óptica dentista	En acceso a primaria, especializada, urgencias y hospital farmacia dentista
Organización descentralizada	Autonomías (17)	Regional (10)	Regional (8)

Fuente: *European Observatory on Health Systems and Policies*.

<sup>a</sup> *Health System Profile Spain* (HiTS), 2010.

<sup>b</sup> *Health System Profile United Kingdom* (HiTS), 2011.

<sup>c</sup> *Health System Profile Sweden* (HiTS), 2005.

**Tabla 2** Percepción de salud, esperanza de vida y frecuentación en 3 países de Europa

	España	Reino Unido	Suecia
Porcentaje de personas que consideran que su salud es buena o muy buena	71,3%	79,9%	79,5%
frecuentación (visitas/habitante/año)	8,9 <sup>a</sup> (2008)	5 <sup>b</sup> (2008)	2,8 <sup>c</sup> (2003)
Esperanza de vida al nacimiento <sup>d</sup> (años)	81,8	80,4	81,5
Mortalidad infantil <sup>d</sup> (mortalidad/1.000 nacidos vivos/año)	3,3	4,6	2,5
Mortalidad por enfermedades crónicas (por cada 100.000 habitantes)	92,4	105,2	79,2
Mortalidad por cáncer (por cada 100.000 habitantes)	153,0	172,6	144,8
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (por cada 100.000 habitantes)	45,4	80,8	83,7
Años potenciales de vida perdida <sup>d</sup> (por cada 100.000 habitantes)	1.871,9 (mujer) 3.857,4 (varón)	2.558,5 (mujer) 4.147,4 (varón)	1.915,8 (mujer) 3.080,9 (varón)
Expectativa de años con buena salud al nacimiento (por cada 100.000 habitantes)	62,3	66	69,6
Gasto farmacéutico <i>per capita</i> <sup>d</sup> (\$ppp <sup>e</sup> )	578,5	381,4 (2008)	465,5

Fuente: Eurostat. Año 2009 & *European Observatory on Health Systems and Policies*.

<sup>a</sup> *Health System Profile Spain* (HiTS), 2010.

<sup>b</sup> *Health System Profile United Kingdom* (HiTS), 2011.

<sup>c</sup> *Health System Profile Sweden* (HiTS), 2005.

<sup>d</sup> OCDE Organization. Datos año 2009.

<sup>e</sup> *Purchasing Power Parity* (paridad de poder adquisitivo).

salud al que se pertenece. El ejemplo expuesto no es un caso aislado<sup>4,5</sup>.

En prestación farmacéutica el copago ha fluctuado. Se introdujo por primera vez en el año 1952 para todo el Reino Unido, con una cantidad de 5 peniques (0,06 €). Después se suprimió en 1965 y se volvió a reintroducir en 1968. Nuevamente se eliminó en Gales e Irlanda del Norte en el año 2006 y en Escocia el 1 de abril de 2011<sup>6,7</sup>. Actualmente, solo existe copago en prestaciones farmacéuticas en Inglaterra, con todo lo que ello genera de inequidad en un sistema que se dice universal. Este copago es de 7,40 £ (8,85 €) aunque están exentos determinados colectivos: menores de 16 años, ancianos, embarazadas, personas con pocos recursos, etc.<sup>2</sup>. Como puede verse, el sistema ya no es «tan universal ni tan gratuito» como cuando fue concebido por el ministro de sanidad Aneurin Bevan<sup>1</sup>. Estos copagos en prestaciones farmacéuticas se añaden a la restricción paulatina de prestaciones que ya no son gratuitas para el usuario, pero lo eran hace unos años: oftalmólogos y dentistas, o los servicios hospitalarios no clínicos como el aparcamiento en el área del hospital, el teléfono, la TV, etc., que fueron gratuitos hasta las reformas de Margaret Thatcher en la década de los ochenta<sup>4</sup>.

La evolución del sistema ha llevado a situaciones paradójicas como la que vive la protagonista del ejemplo expuesto. A.M.R. financia solidariamente, mediante sus impuestos, la atención sanitaria y farmacéutica para todos los ciudadanos, pero a ella le niegan un tratamiento vital porque «es muy caro». Mientras tanto, en los centros de salud o los servicios

de urgencias no hay caja registradora, nadie se plantea si las demandas de atención sanitaria y/o la medicación requerida están justificadas. El acceso al NHS en función de la necesidad se ha convertido en un acceso ilimitado. La necesidad de la atención sanitaria ha degenerado y se ha transformado en consumismo sanitario. Eso nos lleva a plantearnos un interrogante más que doloroso o cuando menos angustioso: ¿Se hubiera denegado la financiación del tratamiento que necesita A.M.R. si el uso del sistema no hubiese degenerado en abuso? Su derecho de acceso al tratamiento en igualdad de condiciones que los pacientes de otra área de salud serían efectivos si se hubiera racionalizado la demanda. El copago solidario podría ayudar a ello.

## El copago ya existe desde hace tiempo en el sistema de salud español

Plantear el copago en España provoca reacciones inmediatas en contra. Muchos pacientes, bastantes profesionales sanitarios y más aún los políticos buscan y rebuscan argumentos para justificar, convencerse y convencernos de la injusticia que supone implantar el copago.

Un argumento en contra del copago es su baja rentabilidad, porque el coste generado para imponerlo sería mayor que la recaudación<sup>8-11</sup>. Pero no se buscan alternativas de financiación. Sabemos que lo que cuesta se valora más, pero la impopularidad de la medida hace que no se intente educar a la sociedad empleando una pedagogía eficaz<sup>8-11</sup>. Desde

otra línea de argumentación se abusa del tópico demagógico sobre cómo el copago impide acceder a los cuidados sanitarios a enfermos sin recursos o a los más desfavorecidos, lo que provoca un detrimento de su salud<sup>12</sup>. El estudio «*RAND Health Insurance Experiment*» realizado en los años 70 en Estados Unidos es un ejemplo de ello. Una de las conclusiones del estudio fue que la introducción de un copago supone la reducción del uso de cuidados sanitarios efectivos e inefectivos por la población con el deterioro en salud que esta disminución de uso (cuando es efectivo) puede producir<sup>13</sup>. Sin embargo, según el informe Lalonde de 1974, el sistema sanitario es el determinante que menos influye en la salud y que más recursos económicos utiliza<sup>14</sup>. Además, todos aquellos en contra del copago se olvidan de mencionar los beneficios que podrían obtenerse al disminuir los efectos adversos generados por la atención sanitaria adecuada o inadecuada. Beneficios no solo económicos sino de salud. Según el estudio «*Errar es humano, construyendo un sistema sanitario más seguro*», los costes económicos atribuibles al gasto sanitario generado por efectos adversos prevenibles se cifraron entre 8 y 15 billones de dólares anuales en Estados Unidos. Las muertes, entre 45 y 90.000<sup>15</sup>.

Mientras que existe literatura abundante en las líneas argumentales anteriores, no se ha encontrado bibliografía relacionada con las ventajas e inconvenientes de un copago basado en la solidaridad con los demás. Los argumentos en contra se repiten hoy en nuestro país en el eterno debate sobre la implantación o no del copago. Y, sin embargo, el copago ya existe en España, ¿qué es si no la financiación del 60% del precio de los medicamentos para trabajadores en activo? Es un copago existente desde 1956<sup>11,16</sup>. Cuando se instauró, los pensionistas quedaron exentos porque la cantidad percibida por la pensión era bastante reducida. Suponía un esfuerzo económico para una parte de la población en favor de los que menos tenían (los jubilados). Hoy aquella situación de necesidad de los pensionistas ha cambiado, pero el copago se ha mantenido inmutable generando una situación de inequidad incomprensible con la intención inicial ¿No es insólito que, con independencia de la cuantía de la pensión, los pensionistas tengan recetas gratuitas mientras familias y jóvenes mileuristas financien el 40% del precio de sus medicinas? ¿Es esto equidad?

Parece acertado afirmar que esa situación no es justa, como tampoco lo es que A.M.R. obtenga gratuitamente recetas para el resfriado común, cuesten lo que cuesten, y tenga que pagar el tratamiento del cáncer debido a que el área de salud de Swindon no lo financia porque es «muy costoso». En los sistemas de salud universales en los que no se realiza un pago directo por acto médico por parte de los usuarios, la demanda de servicios es ilimitada, pero los recursos no. No son solo los políticos, gestores o profesionales los que deben darse cuenta, también nosotros, como ciudadanos responsables<sup>11</sup>. A.M.R. es solo un ejemplo de muchas personas que viven la paradoja de tener derecho ilimitado a medicaciones y asistencia sanitaria cuyo precio es accesible, pero tienen que costearse un tratamiento para un problema de salud grave al que solo pueden tener acceso quienes disponen de recursos más bien elevados. Con la injusticia añadida para A.M.R. de financiar con sus impuestos el abuso de los que utilizan la atención sanitaria gratuita como si fuese infinita.

Esta situación se ha producido ya en un sistema de salud universal y financiado con fondos públicos. Un sistema con una vida más larga que el nuestro (recordemos que el NHS se creó en 1948 y el SNS español data de 1986). Es indudable que nuestro sistema sanitario puede llegar en el futuro a situaciones como la de A.M.R. Lo que ha sucedido en el Reino Unido debería hacernos recapacitar muy seriamente sobre la limitación de los recursos.

Hoy es difícil imaginar que el copago se pudiera extender en España más allá de la prestación farmacéutica. Su implantación es muy impopular... Aunque la crisis está modificando la situación y tal vez la percepción de la sociedad sobre la situación<sup>11</sup>. Recientemente hemos visto que Cataluña quiere incluir en sus presupuestos generales para el año 2012, el pago de un euro por receta<sup>17</sup>. La medida y los argumentos van en la línea de un copago para financiar la sanidad o de un copago disuasorio para evitar el abuso, no de un verdadero copago solidario. El copago, sin embargo, puede convertirse en una verdadera medida de equidad y responsabilidad ciudadana que ayude a asegurar la sostenibilidad del sistema del bienestar.

## Suecia, un servicio nacional de salud con copago, ¿solidario?

El copago es factible en los SNS y sus beneficios sociales pueden comprobarse con el ejemplo sueco. El SNS sueco data del año 1946 aunque no comenzó su andadura hasta el año 1955. Era un SNS universal, pero previo pago por acceder a sus servicios. Los pacientes pagaban la totalidad del gasto y el Estado les reembolsaba un 75% del total. En el año 1970, con «La reforma de las 7 coronas», este desembolso se redujo a una cantidad fija, de 7SK (0,78 €) por consulta, no reembolsable. Con ello se facilitaba el acceso de los más desfavorecidos a los cuidados sanitarios. El copago en Suecia se extiende no solo a la prestación farmacéutica, sino también a la atención sanitaria (primaria, especializada y urgencias) y a los servicios de hostelería hospitalarios. Todo ello con un límite de gasto anual por paciente. Una vez que se supera este límite de gasto anual, el acceso a los servicios de salud, a la prestación farmacéutica y a los servicios de hostelería hospitalarios es financiado por el área regional correspondiente. Los ingresos por copago son muy pequeños, lo que refuerza las opiniones de aquellos que rechazan el copago como mecanismo de ingresos. En el año 2004 representaron el 2,8% del total de la financiación. En Suecia, el copago no es un elemento de financiación, tampoco de contención de la sobreutilización de servicios. Se pensó como una medida para solventar una situación de injusticia y ha redundado en optimización del sistema. Hoy, el estado de salud de la población sueca está entre los mejores del mundo<sup>18,19</sup>.

## Sistema Nacional de Salud español. Ni nacional, ni «gratuito», ¿de salud?

Nuestro Sistema Sanitario<sup>20</sup> tiene más similitudes con el Reino Unido que con Suecia. Sin embargo, es difícil reconocer un SNS en el conjunto de prestaciones sanitarias que actualmente existen en España.

Es un sistema nacional que ha dejado de ser nacional lentamente. El estado de las autonomías nos ha llevado a situaciones tales como que un ciudadano que vive en Guadalajara no puede obtener atención especializada en Madrid porque son autonomías diferentes. Tiene que desplazarse a Toledo o Ciudad Real, con los gastos y las ineficiencias que genera este tipo de atención, tanto para el paciente como para el erario público. También encontramos ejemplos que son equiparables al del «*lottery code*» del Reino Unido en España. Las prestaciones complementarias ofrecidas de manera gratuita por las distintas Comunidades Autónomas son distintas. Lo mismo sucede con los tiempos máximos de acceso a distintas prestaciones<sup>21</sup>.

La gratuidad del sistema en sus puntos de acceso al mismo tampoco es tal. Las prestaciones farmacéuticas (solo libres de pago directo para pensionistas y colectivos específicos) vulneran uno de los pilares fundamentales de los sistemas nacionales de salud del que además, nos sentimos muy orgullosos: la equidad<sup>11</sup>. Los pensionistas que están asegurados por diversas entidades y mutualidades como MUFACE, MUGEJU e ISFAS deben abonar un copago del 30% en las prestaciones farmacéuticas, que no tienen que asumir los pensionistas de la seguridad social. Es importante señalar aquí, que el gasto sanitario en este tipo de prestaciones, es menor que el de sus coetáneos. Concretamente, los pensionistas pertenecientes a estas entidades distintas a la seguridad social gastan un 39% menos en recetas y un 50% menos en gasto farmacéutico global<sup>22</sup> y no existen estudios que indiquen que el estado de salud de este subgrupo de población sea peor.

Esa última constatación/afirmación hace dudar de la consistencia de las conclusiones del experimento RAND. Recordemos que el estudio se realizó en la sociedad americana y que no hay justificación para extrapolar sus conclusiones a países como España o el Reino Unido en los que el sistema sanitario es universal y sin pago directo en los puntos de acceso. Hemos hablado de Suecia, su sistema es un SNS, como España y el Reino Unido, pero con la diferencia de que en el los usuarios tienen un copago de acceso a los servicios de salud. Recordemos también, que la salud de los ciudadanos suecos es una de las mejores de Europa. Nos gusta hablar de los modelos de referencia por los buenos resultados, pero ¿por qué no se habla del copago que existe en Suecia?

Finalmente, aunque decimos SNS, ¿lo es realmente? Según el informe ENEAS, en España un 9,3% de los pacientes ingresados sufre algún tipo de efecto adverso, de los cuales, el 48,2% son evitables<sup>23</sup>. Además, los datos del estudio elaborado por el Ministerio de Sanidad «Indicadores de Salud 2009» indica que los españoles vivimos más que la media de los ciudadanos de la Unión Europea, 81,1 años, sin embargo, la esperanza de vida con buena salud es de 55,3, muy por debajo de los 62,6 años de los europeos<sup>24</sup>.

## Conclusión

Hasta ahora los copagos se limitaban a la prestación farmacéutica y no tenían finalidad de financiación sino de equidad. La extensión del pago de 1 € por receta solamente para los ciudadanos de Cataluña, por motivos de financiación y sin respetar el principio de equidad es un ejemplo reciente de

implantación de copago con medidas recaudatorias o disuasorias.

Cuando se apela a la solidaridad de los ciudadanos siempre suele ser para subir los impuestos. No se plantea establecer el copago como medida razonable para que los tratamientos más caros puedan ser financiados por todos y los tratamientos más accesibles se financien de otras formas posibles más justas y eficaces. La impopularidad de la imposición hace que nadie piense en la posibilidad de su justicia como medida social.

La reforma que introduce el Real Decreto Ley<sup>25</sup> 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones a la problemática de la sostenibilidad del SNS se puede calificar de precipitada y compleja. El mismo día de su aprobación en el Congreso de los Diputados, la ministra de Sanidad ha tenido que plantear la creación de un grupo de expertos para la revisión del modelo. Esta reforma no proporciona medidas en la línea de un copago solidario y la situación generada reafirma las dudas que se exponen en este artículo cuando se habla del SNS.

La «vocación de universal» del SNS mencionada en el primer párrafo de las Disposiciones Generales del Real Decreto Ley se contradice con la exclusión de la asistencia sanitaria a aquellos que no ostenten la condición de «asegurado» descrita en el capítulo 1. Ya hemos visto como algunas de las comunidades autónomas se han rebelado y tienen pensando acudir al Tribunal Constitucional.

Finalmente, no se ha implantado un copago sanitario. Se ha procedido a la revisión del copago farmacéutico y se ha extendido el copago a las prestaciones ortoprotésica, prestaciones de productos dietéticos y al transporte sanitario no urgente. Este nuevo copago es tan rebuscado en sus formas, que su implantación provocará problemas y dificultades como ya se ha puesto de manifiesto por las múltiples críticas recibidas.

Tal vez el día que la solidaridad sin límites que nos demandan los políticos, vía impuestos nos conduzca a tener que pagarnos cada uno el tratamiento del cáncer, como A.M.R., nos atrevamos a plantear un «copago solidario» y bien organizado, no como medida recaudatoria o disuasoria. Un copago solidario, responsable y razonable, no de castigo, junto con medidas de eficiencia y de uso racional de los recursos puede hacer más sostenible nuestro SNS y garantizar su funcionamiento en el futuro.

## Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Webster C. The National Health Service, a Political History. 2.<sup>a</sup> ed. United States: Oxford University Press; 2002.
2. NHS choices, your health, your choices. Exemption for cancer patients [consultado 7 Diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx>
3. Schwehr B. The Queen (on the application of Ann Marie Rogers) v Swidon NHS Primary Care Trust & Secretary of State for Health [2206] EWHC 171 (Admin) [consultado 7 Octubre 2010]. Disponi-



- ble en: <http://www.careandhealthlaw.com/Public/Index.aspx?ContentID=-66&IndexType=1&TopicID=460&Category=1>
4. Pollock AM. NHS plc: the privatization of our health care. 1<sup>st</sup> ed. United Kingdom: The Bath Press; 2004.
  5. NHS postcode lottery: It could be you [consultado 7 Octubr 2011]. Disponible en: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/panorama/7563701.stm>
  6. NHS choices, your health, your choices. NHS history [consultado 7 Diciembre 2011]. Disponible: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1948.aspx>
  7. The Guardian. NHS prescription charges to rise by 20p [consultado 7 Diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.guardian.co.uk/society/2011/mar/04/nhs-prescription-charges-rise>
  8. Repullo JR. Copago sí, copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo. AMF. 2009;5:625-32.
  9. Repullo JR. La insoportable levedad del copago sanitario. El País (salud), 9 mayo 2009;14 [consultado 7 Octubr 2011]. Disponible en: <http://www.siiis.net/documentos/hemeroteca/905097.pdf>
  10. Repullo JR. Identificación y modulación del comportamiento sistemáticamente irracional en Medicina y Salud Pública. Rev Esp Salud Pública. 2009;83:43-53.
  11. Puig-Junoy J ¿Qué papel debería tener la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del sistema nacional de salud? La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FCR 2006 [consultado 7 Diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.fcampalans.cat/uploads/publicacions/pdf/Capitol%201.pdf?phpMyAdmin=it42avlXAnYjTCZUeVrZLa7kSf8>
  12. Solanas Sauras P, Marzo Castillejo MM. Ed. COPAGO: conclusiones desde la evidencia científica. Documento semFIC, octubre 2010. Aten Primaria. 2011;43:1-2.
  13. Brook RH, Ware JE, Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Donald CA, et al. Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. N Engl J Med. 1983;309:1426-34.
  14. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document. Minister of supply and Services Canada 1981 [consultado 7 Octubr 2011]. Disponible en: <http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?grupoRec=Todas%20las%20edades&tiporecursoAct=Documentos%20/%20Estudios&tematicaRec=Promoci%F3n%20y%20Educaci%F3n%20para%20la%20Salud,Salud%20P%FAblica&titulo=Informe%20Lalonde&codrecurso=132>
  15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Institute of Medicine. To Err is Human: building A Safer Health System. Washington DC: National Academies Press; 2000.
  16. Dispensación de Especialidades Farmacéuticas. Decreto 3157/1966 de 23 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, n.º 312 (10-12-1966).
  17. Cataluña incluye el copago en la recetas para reducir el déficit en 2012 [consultado 22 Diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.elpais.com/articulo/espana/Cataluna/introduce/copago/recetas/reducir/deficit/2012/elpepinac/20111221el-pepinac.10/Tes>
  18. Shenkin BN. Politics and medical care in Sweden: the seven crowns reform. N Engl J Med. 1973;288:555-9.
  19. Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
  20. Durán A, Lara JL, Wavereen M. Health Care systems in Transition: Spain. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 [consultado 13 Octubr 2010]. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/96386/E89491.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96386/E89491.pdf)
  21. Comisión de trabajo del Consejo Económico y social de España. Informe 01/2010. Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario. 1.a ed. Consejo económico y social. España; 2010.
  22. García-Marco C. La prestación farmacéutica de las mutualidades de funcionarios españoles: ¿buena, bonita y barata? Rev Admin Sanitaria. 2007;5:17-34.
  23. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz-López P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006. [consultado 7 May 2011] Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc.sp2.pdf>
  24. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Alfaro M. Indicadores de Salud 2009 Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
  25. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. L.N. 16/2012 [consultado 24 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>.