

COPAGO, Conclusiones desde la evidencia científica

Pascual Solanas Saura¹, Mercè Marzo Castillejo², Elisa Ceresuela Weissman³, Txema Coll Benejam⁴, Joan Gené Badia⁵, Rosa Magallón Botaya⁶, Ramón Morera Castell⁵, Jesús Sueiro Justel⁷

¹ Coordinador

² Asesora metodológica

³ Sociedad Madrileña de MFyC

⁴ Sociedad Balear de MFyC

⁵ Sociedad Catalana de MFyC

⁶ Sociedad Aragonesa de MFyC

⁷ Sociedad Gallega de MFyC

Cad Aten Primaria
Año 2011
Volume 18
Páx. 241-248

INTRODUCCIÓN

¿Por qué un documento sobre el copago ahora?

El copago es un tema recurrente en el debate público de nuestro país. El estallido de la burbuja económica en la que vivíamos nos ha dejado inmersos en la realidad de esta crisis económica. Coincidiendo con esta situación, se ha reavivado el debate sobre el copago. En el último año hemos asistido a un gran interés mediático respecto a la posibilidad de instaurar copagos sanitarios en las diferentes comunidades autónomas, con declaraciones de políticos, asociaciones de pacientes y otros colectivos sobre la oportunidad de implantar un copago sanitario en diversos aspectos del sistema asistencial.



Es evidente que la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), por la representatividad que le confieren sus 20.000 socios, no puede quedar al margen de este debate. Sin embargo, más allá de la diversidad de opiniones, debe prevalecer una metodología de análisis de la evidencia científica existente. Como más adelante se describe, no

se pretende una discusión puramente ideológica, sino más bien una deliberación basada en argumentos científicos y asistenciales.

La semFYC considera que el debate y el análisis crítico forman parte de la cultura democrática, y que, por tanto, son necesarios para lograr una reflexión profunda sobre aquellos aspectos que pueden afectar de manera trascendental a nuestro modelo sanitario.

Existe un documento previo de la semFYC

Ya hace más de 10 años (noviembre de 1999) se publicó un documento semFYC sobre copago y accesibilidad a los servicios sanitarios. La semFYC ha demostrado siempre su interés por el debate en aquellos aspectos de la sanidad que implican significativamente a la atención primaria (AP) y no ha rehuído tomar posiciones comprometidas. Este primer documento influyó en su momento en la opinión de los profesionales de AP y, por el tiempo transcurrido y por la relevancia actual del tema, es necesario replantear la cuestión incorporando las evidencias existentes en la actualidad y aplicadas al contexto de nuestro sistema sanitario.

Metodología de trabajo

La Junta Directiva de la semFYC consideró conveniente impulsar este documento sobre los copagos en AP. A tal efecto, nombró un coordinador de grupo de trabajo y un asesor metodológico y se solicitó a cada una de las diversas sociedades federadas que escogieran un representante. Se creó así un grupo de trabajo que representa a los socios de la semFYC, formado por expertos o personas interesadas en el tema, que analizaron la bibliografía existente y dieron lugar al documento actual.

Además, el borrador definitivo fue revisado por los autores del documento previo de la semFYC y por los responsables del grupo de ética de la semFYC.

Este documento se basa, fundamentalmente, en el análisis de las evidencias y experiencias nacionales e internacionales. A partir

Correspondencia

© 2010, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Carrer del Pi, 11, 2ª pl., of. 14 - 08002 Barcelona
Email: ediciones@semfyc.es

de su cuidadoso análisis, así como de la opinión de expertos en economía de la salud de nuestro país, se establecen unas conclusiones que expresan la postura de la semFYC sobre el establecimiento del copago en los servicios sanitarios. Aunque el objetivo específico es sentar un criterio sobre el copago en AP, buena parte de este documento afecta a todo el sistema sanitario.

Objetivos de la semFYC con este documento

Con este documento, la semFYC pretende ofrecer elementos de juicio

consistentes sobre un tema tan debatido como el copago. Y también que sus conclusiones se basen no en opiniones puntuales o personales,

sino en la evidencia y experiencia internacional, como corresponde a una sociedad científica. Además, estas evidencias son evaluadas desde el punto de vista de los valores profesionales que forman parte del ideario de nuestra sociedad y de nuestra especialidad. Aunque sabemos que un documento de estas características puede tener implicaciones en la política partidista, el objetivo es hacer una aportación de política sanitaria en el sentido más genuino de la planificación y la gestión.

Finalmente, aspiramos a que las posiciones de este documento sean compartidas por toda la AP y por el resto de las sociedades que amparan a los médicos de familia y su profesión.

DEFINICIÓN DE COPAGO: TIPOS Y CARACTERÍSTICAS

Definición de copago

El copago puede definirse como la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos.

El copago se plantea como una alternativa de financiación y de racionalización de los gastos sanitarios relativos a la corresponsabilidad financiera del usuario en los servicios sanitarios. Supone compartir los costes del servicio entre dos partes: el usuario y el Estado.

El copago, además de perseguir recaudar fondos para sostener el sistema sanitario, también se propone como una herramienta disuasoria para eliminar el consumo abusivo e innecesario, y reducir la demanda. Sin embargo, el copago sanitario es distinto de la penalización por uso inapropiado de los servicios sanitarios (por omisión, condicionado al cumplimiento, por sanción, etc.), aspecto que no es evaluado en este documento.

Tipos de copago

- Sobre servicios de atención médica (AP, hospitales, servicios de urgencias).
- Sobre servicios hoteleros (hospitalizaciones).
- Sobre los medicamentos y farmacia

Los copagos por atención médica existen en numerosos países europeos, sobre todo en aquellos con sistemas sanitarios tipo Bismark (basados en las contribuciones a la Seguridad Social) más que en los de tipo Beveridge o sistemas nacionales de salud (financiados mediante impuestos). Y son todavía más habituales en los sistemas basados en los seguros privados, como el de Estados Unidos.

En España, actualmente sólo se contempla el copago sanitario en determinados medicamentos. Ir al médico o ingresar en un hospital público es completamente gratuito.

Características que el copago debe tener desde el punto de vista económico

- La eficacia de los mecanismos de copago depende, básicamente, de que la demanda de los servicios sanitarios a los que se aplica el copago sea elástica (suficientemente sensible a las variaciones en el precio). Si la demanda es inflexible, ante una determinada variación porcentual en el precio del servicio, la cantidad demandada apenas cambiará y se frustrará la esperada reducción en el gasto, aunque sí que se conseguirá el objetivo recaudatorio, si ésta era una de las finalidades del copago.
- La elasticidad de la demanda en sanidad es relativamente baja porque los servicios médicos, en general, no se pueden dejar de consumir, ni pueden ser reemplazados por otros bienes o servicios aunque suba su precio (de cobrar algo por una apendicitis, la gente no dejaría de operarse). En servicios no tan necesarios, la elasticidad puede ser mayor y se comporta de forma inversa al nivel de renta.
- La demanda de atención sanitaria es, en gran parte, inducida por el médico. El usuario de los servicios sanitarios no es un cliente o comprador típico –informado– que escoge qué y cuánto comprar, sino que es el médico –quien tiene mucha más información sobre el diagnóstico y los posibles tratamientos que el propio paciente– el que decide su demanda de servicios.
- La elasticidad de la demanda es diferente según los servicios y no se mantiene constante a lo largo del tiempo.
- La medida debe garantizar tanto la equidad en el acceso como en la financiación.

Otras posibles alternativas de financiación

Las alternativas de financiación y de racionalización del gasto con argumentos recaudatorios para aumentar los ingresos a partir de recursos propios y desacelerar el gasto se describen a continuación.

- Incrementar los presupuestos destinados a sanidad aumentando la capacidad recaudatoria a partir de impuestos pagados por los contribuyentes.
- Impuestos directos sobre la renta, patrimonio, sucesiones.
- Impuestos indirectos sobre el IVA (impuesto sobre el valor añadido).
- Impuestos indirectos sobre el tabaco y el alcohol.
- Contención, racionalización y reducción del gasto a través de diferentes maneras: vía catálogo de prestaciones, transferencia de riesgos a los proveedores (mejorar la eficiencia de su organización mediante una mayor cultura de gestión de sus profesionales y una mayor coordinación entre instituciones y niveles asistenciales, etc.), mejora de la organización sanitaria (pagos retrospectivos a partir de resultados garantizando la cobertura poblacional y la calidad). En este sentido, es de destacar la reciente reforma sanitaria llevada a cabo por el gobierno de Reino Unido, donde el presupuesto de la AP y de las consultas externas de especialidades hospitalarias es gestionado directamente por los médicos de familia. Se espera con dicha medida una disminución del gasto, concretamente del 45% sólo en los gastos administrativos. Los sistemas sanitarios basados en la AP de salud (APS) son más eficientes si valoramos la relación entre gastos y resultados en salud.
- Desarrollo de primas complementarias comunitarias que coexistan con un seguro privado complementario coordinado y no sustitutivo o alternativo al público y que permitan concentrar el gasto público en los servicios más coste-efectivos.
- Incrementar el porcentaje de gasto público destinado a la APS hasta lo recomendado, el 25%, sin modificar el gasto sanitario global.

En caso de instaurarse un copago, sería deseable que las posibles alternativas de financiación y propuesta de copago tuvieran en cuenta dos premisas muy importantes: la primera, que los costes tuvieran en cuenta la renta de los ciudadanos para garantizar la equidad y la segunda, que no se dejara de lado el autocuidado de la salud, es decir, la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

EVIDENCIAS SOBRE EL COPAGO

Formulación de la pregunta

TABLA 1

PACIENTES	INTERVENCIÓN/ COMPARACIÓN	RESULTADOS
Que utilizan los servicios sanitarios	Diferentes formas de copago sobre servicios de atención médica (AP, hospitales, servicios de urgencias)	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en el uso de los servicios sanitarios: <ul style="list-style-type: none"> - Los efectivos - Los no efectivos - Las urgencias - Los preventivos - Etc. • Sustitución de unos servicios por otros • Contención del gasto • Aumento de la recaudación • Efectos secundarios: inequidad en el acceso

Estrategia de búsqueda y criterios de inclusión

En una primera etapa, las búsquedas fueron restringidas a revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados. Las búsquedas se han llevado a cabo en MEDLINE. Se han realizado búsquedas en el buscador de Internet TRIP database. La selección de los artículos y materiales fue realizada por una persona, y se han valorado las referencias relevantes de los diferentes documentos disponibles (artículos, informes de congresos, etc.).

La estrategia de búsqueda en MEDLINE se elaboró principalmente mediante las siguientes palabras y términos MeSH incluidos en la formulación de la pregunta:

Copayment, copay, cost sharing, delivery of health care, financing, health care utilization, medical utilization, primary care, ambulatory care, emergency care, consultant services, equity, cost-containment, health insurance, cost-effective care, access to care, health-care expenditures, use of health services.

Copayment[All Fields] AND ("cost sharing"[MeSH Terms] OR ("cost"[All Fields] AND "sharing"[All Fields]) OR "cost sharing"[All Fields]) AND ("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "health care"[All Fields]) AND ("economics"[Subheading] OR "economics"[All Fields] OR "financing"[All Fields] OR "economics"[MeSH Terms] OR "financing"[All Fields]) AND (primary[All Fields] AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields])).

Las bases de datos se han revisado hasta octubre de 2010.

Se ha rastreado la literatura gris a través de Internet. En esta búsqueda se han seleccionado los siguientes tipos de estudios: revisiones sistemáticas y metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales.

Resultados

Disponemos de diversos informes que han revisado de manera exhaustiva las diferentes preguntas que nos hemos formulado. Destacamos, entre ellos, estos informes y/o monografías de ámbito europeo:

- El Health Evidence Network (HEN) desde una perspectiva europea, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en junio de 2004.
- La «corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria» elaborado por diferentes economistas de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y publicada en septiembre de 2006 por la Fundación Rafael Campalans, donde se presentan las evidencias y los argumentos desde un punto de vista basado en la evidencia teórica y empírica aportada sobre todo desde el campo de la economía de la salud y de la economía pública y desde la perspectiva de los servicios sanitarios y sociosanitarios en España.
- Copago sí, copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo, elaborado por José Ramón Repullo Labrador, jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Publicado en el año 2009.

A partir de la revisión de las evidencias que estos trabajos aportan, y teniendo en cuenta la fecha final de las publicaciones de los estudios incluidos, se ha realizado una actualización.

A continuación se presenta un resumen de los diferentes estudios de ámbito europeo que responden a las siguientes cuestiones:

- Sobre la disminución en el uso de los servicios sanitarios y/o sustitución de unos servicios por otros se han encontrado los siguientes resultados:
 - Bélgica (dos estudios): El copago disminuye el uso de los servicios, pero con una mínima eficiencia si se valoran los efectos de sustitución.
 - Suecia: Al excluir a los niños y adolescentes del copago, aumentó la frecuentación.
 - Suecia: La disminución del precio por visita en AP y el aumento en la consulta externa hospitalaria provocó un 1% de aumento en AP y una disminución del 9% en las consultas externas hospitalarias (CEH).
 - Países Bajos (dos estudios): El copago en CEH y en AP no modificó el uso.
 - Francia: el copago del 10% no modificó las visitas, sólo la atención a domicilio (más cara).

- Finlandia: El copago disminuyó las visitas en traumatología pediátrica entre un 18 y un 27%, según el tramo de edad, afectando a visitas por causa leve o severa por igual e independientemente del nivel socioeconómico.
- Dinamarca: El copago disminuyó el uso apropiado y el inapropiado.
- Irlanda: Disminuyeron las urgencias, pero también las visitas apropiadas en AP para el control de la hipertensión arterial (HTA) y empeoró la supervivencia de los pacientes de alto riesgo.
- Portugal (dos estudios): El efecto disuasorio del copago se agotó al año de su instauración.
- Dinamarca: El copago disminuyó los exámenes preventivos para enfermedad cardiovascular de un 66% (sin copago) a un 37% (con copago). El copago disuadió a los ancianos de la vacunación antigripal.
- Alemania: El copago introducido en las visitas ambulatorias en el año 2004 no ha reducido de manera significativa la demanda de visitas. Tampoco, no se ha observado un efecto disuasivo entre individuos más vulnerables.
- España: Se concluye que los posibles mecanismos de coparticipación privada en la financiación de la oferta de los Servicios de Urgencias y Emergencias (SUE) no son recomendables por su escasa capacidad recaudadora o disuasoria, por lo que son necesarios cambios estratégicos fundamentales en la gestión de estos recursos.

- Sobre la contención del gasto y/o aumento de la recaudación se han encontrado los siguientes resultados:
 - La evidencia disponible sugiere que los copagos no tienen ninguna capacidad para contener el gasto sanitario, sobre todo el gasto global a largo plazo.
 - La evidencia empírica de estudios realizados en Países Bajos, Grecia, Reino Unido, Finlandia, etc., muestra que los costes de implementación y administración reducen o eliminan la capacidad recaudatoria.
- Sobre la inequidad en el acceso se han encontrado los siguientes resultados:
 - Los copagos analizados en 13 países (incluida España) eran regresivos (las rentas bajas contribuyen más, proporcionalmente, que las altas). Esta regresividad se puede ver modificada por el trato fiscal que tienen los pagos directos.
 - Los copagos recaen sobre los más utilizadores (ancianos, mujeres).
 - Francia: Un 15% de la población afirmaba haber

evitado el uso de la atención sanitaria a causa del copago.

- Bélgica: Un 19% de los que se consideran a sí mismos pobres dejaron de consumir algún servicio a causa del copago, y sólo afectó al 3% de los que no se consideraban pobres.
- Estocolmo: Una encuesta muestra que el no buscar atención inicial en casos necesarios se relaciona con un bajo nivel socioeconómico. Además, más del 50% de los que se consideran a sí mismos pobres habían renunciado al menos en una ocasión a servicios sanitarios, mientras que el promedio de los encuestados lo reconocía en un 22%. Los pacientes que habían renunciado presentaban peor estado de salud, más enfermedades crónicas y mayor discapacidad que los que no habían renunciado nunca a los servicios de salud.

Existen numerosos estudios, realizados en Estados Unidos, que no se tratan en detalle en este documento. Pese a las grandes diferencias existentes entre su sistema sanitario y el nuestro, es de destacar que los copagos han mostrado una disminución de la adherencia a los tratamientos crónicos y, en algunos estudios, un aumento de las hospitalizaciones urgentes y las visitas médicas. Estos resultados son concordantes y coherentes con los europeos citados anteriormente, pese a las diferencias estructurales descritas.

OPINIÓN DE LOS EXPERTOS

De la lectura de los principales resúmenes de la evidencia, comentados por expertos en economía de la salud, se puede recoger una serie de conceptos que se reiteran.

El nivel de evidencia sobre copagos es bajo y los estudios disponibles, en general, son de poca calidad metodológica. La mayoría de los estudios son observacionales sobre diversas poblaciones, y los resultados obtenidos pueden también ser debidos a otras causas (sesgos). En nuestro país, no existe mucha evidencia empírica sobre copagos y salud. La escasa información existente en países de sistema sanitario similar al nuestro se basa en copagos por medicamentos.

Por otro lado, es muy difícil comparar los copagos instaurados en los diferentes países, ya que las diferencias entre sistemas sanitarios, cartera de servicios o definición de los límites de la AP hacen que la comparación pueda ser inexacta.

Si sumamos a todo ello que no hay evidencia de beneficios por el copago (salvo una leve disminución de la utilización que no

se mantiene al cabo de 1 año) y en cambio hay indicios (de poca calidad pero concordantes y en muy distintos países) de perjuicios en la salud y en la equidad de la atención sanitaria, es más que razonable sugerir que, si se considerara aplicar algún tipo de copago sanitario, éste debería someterse a pilotaje y evaluación. Es decir, no es una medida contrastada para su uso: en todo caso, es una intervención que se debería monitorizar.

Además, la evidencia disponible sugiere que los copagos no tienen ninguna capacidad para contener el gasto sanitario, sobre todo el gasto global a largo plazo.

En cualquier caso, los expertos coinciden en que deberían eximirse de copago las prestaciones sanitarias personales que implican externalidades en beneficios (p. ej., las vacunas). Así mismo, los programas de cribado poblacional coste-efectivos deberían quedar en cualquier caso al margen de los copagos para las personas del grupo diana.

En el diseño del copago y sus criterios de aplicación se debe tener en cuenta el equilibrio entre la generalización (a todo el mundo) y la excepcionalidad (casos en que no debe aplicarse). La excepcionalidad intenta disminuir el impacto sobre la equidad, pero complica el diseño y la gestión del copago. Este tipo de mecanismos (excepciones o copagos distintos para grupos de población o servicios distintos) pueden llegar a eliminar el posible ahorro económico por los costes de gestión y administración.

En uno de los documentos referenciados se llega a afirmar taxativamente: *«Diferenciar entre consultas necesarias o innecesarias por parte del profesional sanitario socavaría la relación de agencia (confianza) entre el médico y el paciente, convirtiendo al primero en juez más que el consejero del segundo y no conviene recargar todavía más la agenda de trabajo y lista de tareas del médico»*. Esta idea también se repite en otros textos.

En general, se observa que los países que utilizan el copago destinan una gran parte de su producto interior bruto (PIB) a los servicios de salud, una proporción mucho mayor que la de los que tienen sistemas de copago poco desarrollados, por lo que quizá sería una prioridad aumentar esa parte del PIB antes de plantear otras medidas. Sobre este tema, los textos consultados subrayan una serie de puntos:

- La lucha contra el fraude fiscal puede conseguir la financiación que le falta a la sanidad.
- El abuso imputable al paciente parece ser muy limitado en los sistemas públicos de salud (menos del 2% del gasto), por lo que la atención debe redirigirse al comportamiento de los proveedores. En consecuencia, se precisaría una

estrategia de compromiso de los profesionales sanitarios que necesariamente pasa por la incentivación y la mejora de las condiciones laborales, así como la capacidad de decisión.

- El papel de médico de familia como filtro sobre el uso inadecuado de servicios es una alternativa racional y que ha demostrado su utilidad en otros países. Es necesario dotar a la AP de los recursos y capacidad de decisión que permitan ejercer su papel.
- En concreto, en nuestro país, algunos autores señalan que el problema no es el abuso de los servicios sanitarios por parte de la población, sino el diseño de la AP sanitaria, que sobrecarga al médico con responsabilidades que en otros países realizan otro tipo de profesionales, como los de enfermería o personal administrativo.

POSICIÓN DE LA SEMFYC

- La semFYC está en desacuerdo con la aplicación de copagos en los servicios sanitarios, dado que no existen pruebas concluyentes de sus beneficios, pero en cambio sí existen evidencias, aunque sean débiles, y derivadas de múltiples estudios, sobre sus posibles efectos perjudiciales en la equidad y la salud de la población, especialmente la más desfavorecida socioculturalmente.
- Hay suficiente evidencia en la literatura científica que permite asegurar que reforzar el papel del médico de familia, así como el control del presupuesto sanitario de AP y de la consulta externa de especialidades hospitalarias en manos de los médicos de familia, permite una mejor gestión del mismo. En este sentido, se puede hacer referencia a los últimos cambios introducidos en el Reino Unido. El traspaso de la responsabilidad de gestión a los médicos de familia puede causar (según sus cálculos) un ahorro del 45% de las tareas administrativas y mejorar la calidad global de la atención sanitaria.
- Existen otras medidas –preferibles a nuestro entender– que pueden ayudar a la sostenibilidad del sistema sanitario:
 - Incentivar adecuadamente a los profesionales directamente por resultados en: la mejora de la gestión y de las agendas de trabajo, la utilización de fármacos, el uso racional de las pruebas complementarias y la coordinación con otros niveles asistenciales (existen actualmente incentivos, pero son muy tímidos). El empoderamiento de los médicos de familia (apropiarse de sus propios recursos y acciones) es fundamental si queremos mantener un sistema sanitario de calidad.
 - Establecer impuestos indirectos que recaen en productos como el tabaco, que se relacionan directamente con la pérdida de salud.

- Modificar las políticas de cobertura de nuevos fármacos y modificar la cartera de fármacos o los precios de los productos que en ella se incluyen, en función de criterios objetivos de efectividad y eficiencia.

- Establecer un catálogo de prestaciones y cartera de servicios de los servicios sanitarios públicos, que permita eliminar los servicios inefectivos o con un coste-efectividad inaceptable.

- En caso de aplicación de copagos debería entenderse como un experimento científico con un control exhaustivo de las variables para poder detectar fehacientemente sus efectos.
- En ningún caso el papel del médico de familia puede convertirse en el juez de su paciente sobre la utilización inadecuada que hace de los servicios sanitarios. No son aceptables roles que puedan poner en peligro la relación entre paciente y médico, un compromiso basado en la confianza para la gestión de los valores y la toma conjunta de decisiones, y la naturaleza ética de la profesión.
- El copago de farmacia debe replantearse hacia un sistema más equitativo, que no valore únicamente la situación laboral (activo/pensionista) del individuo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Rivero Corte P, Jadad AR. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29:1432-41.
2. Casado D. La corresponsabilidad individual en la atención a la dependencia: evidencia y recomendaciones. En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.
3. Chernew M, Gibson TB. Cost sharing and HEDIS performance. *Med Care Res Rev*. 2008;65:713-28.
4. Chernew ME, Newhouse JP. What does the RAND Health Insurance Experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes? *Am J Manag Care*. 2008;14:412-4.
5. Dormuth CR, Maclure M, Glynn RJ, Neumann P, Brookhart AM, Schneeweiss S. Emergency hospital admissions after income-based deductibles and prescription copayments in older users of inhaled medications. *Clin Ther*. 2008;30 Spec No:1038-50.
6. Doshi JA, Zhu J, Lee B. Impact of a prescription copayment increase on lipid-lowering medication adherence in veterans. *Circulation*. 2009;119:390-7.
7. Gené J, Planes A, Berraondo I. Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios. Documentos semFYC nº 14. Madrid; 1999.
8. Gené J. Copago sí Copago no. FMC. *Form Med Contin Aten Prim*. 2009;16:251-3.
9. Gené J, Contel J, Fernández-Vandellós P. El último año de... *Gestión Clínica*. AMF. 2009;5(8):482-8.
10. González López-Valcárcel B. ¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones. En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.
11. Gruber J. The role of consumer copayments for health care: lessons from the RAND Health Insurance Experiment and beyond. Disponible en: <http://www.kff.org/insurance/upload/7566.pdf>.
12. Grupo de Sostenibilidad de las Jornadas de Primavera semFYC 2009. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia. Documentos semFYC nº26. Barcelona; 2009.
13. Health Evidence Network (HEN). What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? HEN report published 07 July 2004.
14. Health evidence network (HEN) Solid evidence for sound decisions. Eklund L, Wallace J, Jonsson E; Health Technology Assessment International. Meeting (1st : 2004 : Krakow, Poland). *Proc One HTA Health Technol Assess Int Meet 1st 2004 Krakow Pol*. 2004;1:60.
15. Lachmann P. An open letter to the health secretary: how to really save money on the NHS. *BMJ*. 2010;341:c5618. doi: 10.1136/bmj.c5618
16. López-Casasnovas G, Planas-Miret I. Copayments in European Health Care Systems: the Spanish Approach. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2001.
17. López-Casasnovas G. Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta. En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1
18. Maciejewski ML, Bryson CL, Perkins M, Blough DK, Cunningham FE, Fortney JC, et al. Increasing copayments and adherence to diabetes, hypertension, and hyperlipidemic medications. *Am J Manag Care*. 2010;16:e20-34.
19. Moreno-Millán E, Tejedor-Fernández M, Torres-Murillo JM, García-Torrecillas JM, Cid- Cumplido M, Villegas-del Ojo J, García-Fernández AM. Economía y equidad en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 Suppl 1:19-27.
20. National Health Service 2010. Equity and excellence. Liberating the NHS. 13 July 2010. Disponible en: <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm78/7881/7881.pdf>
21. Navarro V. El copago sanitario. *Público.es*; 2010. Disponible en: <http://blogs.publico.es/dominiopublico/1759/el-copago-sanitario/>
22. OMS 2008. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria más necesaria que nunca. Disponible en: www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf
23. Puig-Junoy J. ¿Qué papel debería tener la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del sistema nacional de salud? En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.
24. Puig-Junoy J. La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones. En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.
25. Puig-Junoy J. Las alternativas para la revisión del sistema de pago sobre los medicamentos. En: ¿Es viable el copago en el sistema de financiación sanitaria, Actualidad 06. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces; 2-9 (2005).
26. Puig-Junoy J, Meneu R. Aplicación de los contratos de riesgo compartido a la financiación de nuevos medicamentos. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2006;7(3):88-94
27. Puig-Junoy J. La financiación y la regulación del precio de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud: cambios y continuidad. Editorial. *Gaceta Sanitaria*. 2007;21:1-4.
28. Puyol A. Ética y racionalidad de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública. En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.
29. Rodríguez M. Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad. En: Puig-Junoy J (coord.) La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.
30. Repullo Labrador JR. Copago sí, copago no. *AMF*. 2009;5:625-32.
31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
32. Sedjo RL, Cox ER. Lowering copayments: impact of simvastatin patent expiration on patient adherence. *Am J Manag Care*. 2008;14(12):813-8.
33. Tambor M, Pavlova M, Woch P, Groot W. Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries. *Eur J Public Health*. 2010.
34. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Can user charges make health care more efficient? *BMJ*. 2010;341:c3759.
35. Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med*. 2010;362:320-8.36.
36. Tur Prats A, Planes Miret I. Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1
37. Schreyögg J, Grabka MM. Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *Eur J Health Econ*. 2010;11:331-41.