



ARTÍCULO ESPECIAL

Copago en farmacia de receta en la sanidad pública española: certezas, riesgos y selección de riesgos



Juan Simó Miñana

Medicina de Familia, Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 11 de junio de 2015; aceptado el 15 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Justicia social;
Atención sanitaria;
Medicamentos de
prescripción/economía

KEYWORDS

Social justice;
Health care;
Drug prescription/economics

Resumen El modelo de copago en farmacia de receta del SNS cambió el 1 de julio de 2012. Hacía más de 3 décadas que no se modificaba. En este artículo se hace un pequeño recuerdo histórico de la evolución del modelo de copago en farmacia de receta del SNS introducido por primera vez en 1967. Se comparan las características básicas del mismo con el copago en farmacia de receta del Mutualismo Administrativo. Se proporciona información detallada referida al porcentaje de copago efectivo, los efectos recaudatorios, la participación del paciente, entre otros, en ambos modelos. Por último, se señalan las mejoras pendientes no abordadas por la modificación de 2012, como son la concentración del copago en la población de pacientes activos y la selección de riesgos promovida por las diferencias en la aportación de ambos modelos de copago (SNS y Mutualista).

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Co-payment on prescription drugs in the Spanish public health system: Certainty, risk and selection of risks

Abstract The model of co-payment on prescription drugs in the Spanish National Health System (NHS) changed on 1 July 2012. For more than three decades that it was not modified. This article provides a brief historical reminder of the evolution of this model of co-payment. The basic characteristics of this model are compared with the model of copayment on prescription drugs of the Administrative Mutualism (Civil Servants). The document provides detailed information on the percentage of effective copayment, fundraising effects, the economic participation of the patient, among others, in both models. Finally, listed pending improvements not addressed by 2012 changes such as the concentration of the co-payment in the active patient population and risk selection promoted by the differences in the financial contribution between the two models of co-payment (NHS and Mutualist).

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: ju.simom@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.010>

0212-6567/© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Un poco de historia

El copago en medicamentos de prescripción en receta médica (en adelante, copago farmacéutico) se encuentra prácticamente en todos los sistemas sanitarios de los países europeos^{1,2}. El copago farmacéutico tiene larga tradición en la sanidad pública española, en la que se implanta con efectividad el primero de enero de 1967³ sin que la cuantía aportada por el paciente difiera entre el activo y el pensionista. La primera modificación de este modelo de copago se produce en 1978⁴, cuando se diferencia por primera vez la aportación de los medicamentos destinados al tratamiento de enfermedades crónicas y se les asigna una aportación máxima denominada «aportación reducida». Para el resto de medicamentos se fija una aportación del 20% del precio del envase, de la que están exentos los pensionistas de la Seguridad Social (SS). La propia norma de 1978 establece que para el año 1979 aumente la aportación al 30%, que en 1980 se vuelve a incrementar al 40%⁵. Curiosamente, esta exención del copago al pensionista de la SS establecida a partir de 1978 se produce solo 3 años después del nacimiento de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface)⁶, cuyo modelo de copago farmacéutico, hoy todavía vigente, establece una participación del 30% del precio del envase para el paciente activo y para el pensionista. El resto del Mutualismo Administrativo —Mutualidad General Judicial (Mugeju) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (Isfas)— comparten el modelo de copago farmacéutico de Muface. El modelo de copago farmacéutico del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el del Mutualismo Administrativo acaban con el tiempo regulados por la misma norma (Disposición Adicional Única y Anexo V del RD 1030/2006)⁷ compartiendo todas las características referidas a la participación económica del usuario, salvo la «aportación normal» sobre el precio del envase: activos del SNS (40%), pensionistas del SNS (0%), activos y pensionistas mutualistas (30%). Así, ambos modelos comparten los medicamentos de «aportación reducida», la cuantía de la misma y la exención de copago en los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Porcentaje efectivo de copago

El porcentaje o tasa efectiva de copago es aquella parte del total de la factura de farmacia de receta a PVP que es sufragada directamente por los usuarios. Los sucesivos incrementos del copago farmacéutico de 1978, 1979 y 1980 llevaron esa tasa hasta casi el 20% en 1980. Desde entonces este porcentaje ha ido descendiendo paulatinamente⁸, y en 2011 fue del 5,5%⁹. Hasta la reforma de julio de 2012, el porcentaje efectivo de copago en España ha sido uno de los más bajos de Europa¹⁰. La causa de ello hay que buscarla en el propio modelo de copago vigente hasta dicha reforma e invariable desde 1980, pensado entonces para hacer copagar una prescripción más orientada al proceso agudo del paciente activo. El contexto ha cambiado mucho a lo largo de estas décadas con el incremento de la esperanza de vida y de la comorbilidad, el progresivo envejecimiento poblacional español (superior al promedio de la Europa de la OCDE), la orientación que hace la industria de sus productos hacia el tratamiento de procesos crónicos y la extensión de las

pensiones. Así, los pensionistas consumían en 1980 un 52% del gasto público en farmacia de receta del SNS¹¹, porcentaje que ha ido creciendo desde entonces hasta llegar al 74% en 2011⁹. Pero el envejecimiento y el aumento del número y de la proporción poblacional de pensionistas no han sido los únicos factores explicativos de la progresiva reducción del porcentaje efectivo de copago. La aportación que los activos hacen sobre su propio consumo también se redujo desde el 36,6% en 1981¹¹ hasta el 20% en 2011⁹ debido, básicamente, a la progresiva mayor presencia y utilización, también por parte de los activos, de medicación de aportación reducida (mucho más cara que la de aportación normal)¹⁰. Pese a este descenso progresivo del porcentaje efectivo de copago, el modelo de copago vigente hasta 2012 no ha dejado de ser lesivo para una parte de pacientes activos —enfermos crónicos, fundamentalmente— que concentran gran parte del copago agregado efectuado por el conjunto de los activos.

Nivel de concentración del copago en pocos usuarios

El copago entre los activos no se distribuye de manera uniforme entre toda la población de activos, sino que se detectan concentraciones de copago en pequeños porcentajes de población de forma más probablemente relacionada con la presencia de enfermedad que con la capacidad económica del individuo. Las investigaciones realizadas al respecto detectan que el 5% de los activos acumula entre el 45,8 y el 53,4% del total de lo copagado por los activos, y que el 1% acumula entre el 17,2 y el 21,9% del total^{12,13}. Probablemente el regulador haya intentado reducir estas inequidades aumentando la proporción de medicamentos de aportación reducida especialmente entre los nuevos —y más caros— medicamentos destinados al tratamiento de procesos crónicos que pudieran afectar a los pacientes activos (del SNS y del Mutualismo) y a los pensionistas mutualistas. Esto ha conducido a que el número de medicamentos de aportación reducida incluidos en el vademécum público se haya ido aproximando al de aportación normal, hasta superarlo en 2006¹⁴.

Cambio del modelo de copago farmacéutico en 2012

El RD 16/2012¹⁵ cambia la participación económica del usuario, que se establece en función de la renta y se actualizará anualmente. A grandes rasgos, los activos copagan un 40, un 50 o un 60% del precio del envase según tramos de renta y sin tope alguno. Los pensionistas con una renta superior a 100.000€ copagarán el 60% del precio del envase, con un tope mensual de 60€. Los pensionistas con una renta inferior a los 100.000€ copagarán un 10% del precio del envase, con un tope mensual de 8 o 18€ según tramos de renta. Los puntos de corte que definen los 3 tramos de renta son los 18.000 y los 100.000€. Continúan exentos de aportación los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional. La norma también exonera de aportación a determinadas personas: afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa

específica; personas receptoras de rentas de integración social; personas receptoras de pensiones no contributivas; parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación. A cada paciente se le asigna un código de aportación farmacéutica. Los códigos son los siguientes: TSI 001 (sin aportación), TSI 002 (aportación del 10%), TSI 003 (aportación del 40%), TSI 004 (aportación del 50%), TSI 005 (aportación del 60%) y TSI 006 (Mutualismo Administrativo: aportación 30%). En los medicamentos de aportación reducida se paga un 10% del PVP, hasta un máximo de 4,13 €, independientemente del grupo de aportación farmacéutica al que pertenece el paciente, excepto los pacientes del grupo sin aportación (TSI 001), que no pagan. Los topes mensuales de 8, 18 y 60 € y el tope de 4,13 € de la aportación reducida se actualizarán anualmente según el IPC. La última norma de actualización de estos topes vigente para el año 2015 se publicó a finales de 2014¹⁶. Por si hubiera alguna duda, la norma deja bien claro que el nivel de «aportación normal» del Mutualismo Administrativo (Muface, Mugeju e Isfas) continúa siendo del 30% tanto para activos como para pensionistas, que la «aportación reducida» rige igualmente para los mutualistas, al igual que están exentos de aportación los tratamientos derivados del accidente de trabajo y enfermedad profesional. Las modificaciones del modelo de copago farmacéutico introducidos por el RD 16/2012 vienen ya actualizadas en la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos¹⁷, pues se refieren a cambios en el articulado de dicha Ley.

Efectos recaudatorios derivados del nuevo modelo de copago en receta del Sistema Nacional de Salud

El año 2013 es el primero en el que ha regido en toda su extensión el nuevo modelo de copago en la prestación en farmacia de receta del SNS (excepto el primer semestre en el País Vasco). A partir de datos oficiales de población protegida¹⁸ y de facturación de la receta del SNS que anualmente publica el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)¹⁹ se puede obtener o calcular información relevante sobre los efectos recaudatorios derivados del nuevo modelo de copago²⁰. Los usuarios contribuyeron a la factura a PVP en farmacia de receta del SNS en 2013 con 1.182,381 millones de euros (678,6 millones aportados por los activos y 503,8 millones por los pensionistas), lo que significó el 10,2% de factura a PVP. Por lo tanto, el porcentaje efectivo de copago prácticamente se ha duplicado en 2013 (10,2%) respecto de 2011 (5,5%). Por colectivos, los pensionistas, con su copago, se hacen cargo del 5,9% de su factura, y los activos, del 22,2% de la suya. En 2013 cada activo ha contribuido en promedio con 19,1 € (2,72 € por receta) y cada pensionista con 52,9 € (0,82 € por receta).

Efectos recaudatorios del modelo de copago mutualista (el caso de Muface)

A partir de los datos presentes en la Memoria de Muface²¹ se pueden determinar los efectos recaudatorios de su modelo de copago farmacéutico en 2013²⁰. Ese año, los mutualistas

contribuyeron a la factura a PVP en farmacia de receta de Muface con 64,854 millones de euros (26,456 millones aportados por los activos y 38,399 millones por los pensionistas), lo que significó el 18,3% de factura a PVP. Por colectivos, los pensionistas, con su copago, se hicieron cargo del 18,1% de su factura y los activos, del 18,6% de la suya. En 2013 cada activo de Muface ha contribuido en promedio con 23,6 € (2,56 € por receta) y cada pensionista con 91,4 € (2,69 € por receta).

Duplicidades de cobertura en Muface

Una parte del colectivo de Muface compatibiliza legal o ilegalmente su condición de mutualista con la tarjeta sanitaria del SNS (duplicidad de cobertura), por lo que dispone de ambas tarjetas (la de Muface y la del SNS) y puede usar indistinta y sincrónicamente tanto la receta de Muface como a la receta del SNS. El hecho de la doble cobertura fue señalado por el Tribunal de Cuentas²² y afectaba a 31 de diciembre de 2003, al menos, a 213.930 mutualistas (más del 13% del colectivo). La duplicidad era ilegal en casi la mitad de ellos (100.468 personas), la mayoría de los cuales eran beneficiarios de algún titular de Muface. La duplicidad se ajustaba a derecho en 113.462 personas. Estos mutualistas disfrutaban también de la doble cobertura sanitaria (SNS y Muface) pero esta vez de forma legal, pues tenían la doble condición de titular en Muface y en el SNS por sus antecedentes de doble cotización al Régimen General de la Seguridad Social y al Especial de Muface.

Eventual selección de riesgos farmacéuticos en Muface

La selección de riesgos hipotéticamente ocurriría en aquellos casos de mutualistas con doble cobertura (legal o ilegal) con el SNS y, por lo tanto, con la posibilidad de usar al mismo tiempo e indistintamente la receta de Muface y la receta del SNS. La selección de riesgos se promovería por la diferente «aportación normal» por envase a la que están sujetos los colectivos de ambos regímenes. Aquellos mutualistas pensionistas pluripatológicos y plurimedicados que se vieran obligados a copagar una considerable cantidad al usar la receta mutualista, en el caso de tener doble cobertura (legal o ilegal) con el SNS optarían por usar, en vez de la mutualista, la receta del SNS por su menor aportación (nula hasta julio de 2012). La diferente «aportación normal» por envase entre ambos regímenes operaría en sentido inverso en el caso del mutualista activo que, aun disponiendo de doble cobertura (legal o ilegal) con el SNS, nunca usaría la receta del SNS, pues se vería sujeto a una mayor aportación por envase. La centrifugación de peores riesgos farmacéuticos desde la receta de Muface hacia la receta del SNS llevaría usualmente aparejado el desvío de peores riesgos médicos, pues, normalmente, quien es plurimedicado lo es por pluripatológico. Esto podría beneficiar indirectamente a las aseguradoras concertadas con Muface que cubren la prestación médica si el desvío de una receta a la otra implicara también, como sería esperable, un menor uso de dicha provisión privada.

Hallazgos compatibles con la persistencia de la doble cobertura ilegal y de la selección de riesgos farmacéuticos en Muface

El Tribunal de Cuentas comprobó que la doble cobertura ilegal persistía en octubre de 2004 en el 90,7% de una muestra aleatoria de 925 mutualistas indebidamente adscritos a la Muface a 31 de diciembre de 2003, pese a las supuestas medidas de depuración del colectivo llevadas a cabo por la propia mutualidad a lo largo de 2004²². La mayoría de las duplicidades ilegales detectadas a 31 de diciembre de 2003 por dicho Tribunal ocurrían en mutualistas beneficiarios de algún titular de Muface. Ese año, la ratio beneficiario/titular en Muface era de 0,99²¹, es decir, prácticamente un beneficiario por cada titular. Diez años después, en 2013, la ratio beneficiario/titular es casi el doble en Muface (0,59)²¹ que en el SNS (0,33)²³: un más que probable indicio de persistencia de la doble cobertura ilegal. Sabemos que durante los años más recientes el coste y el importe de la prescripción son aproximadamente un 50% superiores en el activo de Muface respecto del activo del SNS. Pero ocurre lo contrario en el caso del pensionista, cuyo coste e importe de la prescripción es aproximadamente un 50% inferior en el pensionista de Muface respecto del pensionista del SNS^{24,25}. Esto parece sugerir, más allá de un mayor o menor efecto de contención de la demanda del modelo de copago mutualista, un efecto inductor del mismo sobre la selección de riesgos farmacéuticos cuando el mutualista con doble cobertura (legal o ilegal) pasa de activo a pensionista²⁵.

Aspectos pendientes de corregir

El nuevo modelo de copago en la receta del SNS es menos injusto que el anterior al hacer depender el copago en farmacia de receta de la renta y no de la edad, como el anterior lo hacía en la práctica. Que los jubilados o pensionistas no copaguen nada es más que discutible cuando sabemos que, según edad, la renta anual neta media por persona de los mayores de 65 años es ya en 2014 la mayor de todos los grupos de edad y que, según actividad, la de los jubilados es la mayor de todos los grupos, superando a la de los ocupados a partir de 2012^{26,27}. El nuevo modelo excluye a los más desfavorecidos económicamente, y el resto copagamos en función de diferentes tramos de renta. Quedan algunos aspectos por mejorar, como sería establecer, al menos, un tramo más de renta con un punto de corte entre los 18.000 y los 100.000 €. Sin embargo, los 2 aspectos negativos más relevantes no han sido corregidos por el nuevo modelo. Se trata de la concentración del copago en los activos y el efecto inductor de la selección de riesgos en el Mutualismo Administrativo dependiente de la existencia de la doble cobertura (legal o ilegal) y de las diferencias en las aportaciones sobre el precio del envase entre el modelo de copago mutualista y el del SNS.

Respecto a la concentración del copago en los activos, la investigación de referencia la realizó Pere Ibern^{12,13}. Si trasladamos los porcentajes de concentración de copago encontrados en dichas investigaciones a las cifras nacionales de activos y de copago agregado efectuado por dicho colectivo en 2013, resultaría que unos 356.000 activos habrían copagado en promedio unos 381 € cada uno²⁶, una cifra muy superior a los 19 € de copago promedio por activo del

mismo año. Es esta una intolerable inequidad y un verdadero impuesto a la enfermedad que urge corregir. Para ello habría que establecer un tope al copago del activo en cómputo anual, actualizable por IPC (como se actualiza el tope del copago del pensionista y la aportación reducida), aunque para ello hubiera que incrementar el copago de todos los activos al tipo máximo actual del 60% (o, incluso, del 70%) del PVP del envase, exceptuando únicamente el colectivo de muy bajos ingresos, el actual TSI001.

El modelo de copago mutualista, además de inductor de la selección de riesgos, es una auténtica barrera para el acceso al medicamento para aquellos pensionistas mutualistas pluripatológicos y plurimedcados que no pueden hacer uso legal (o ilegal) de la receta del SNS y no tienen otra opción que usar la receta mutualista²⁰. Es urgente aplicar un cortafuegos al mecanismo inductor de la selección de riesgos farmacéuticos en el Mutualismo Administrativo. El cortafuegos no puede ser otro que igualar completamente ambos modelos de copago. La «aportación normal» de los pensionistas sobre el PVP del envase ha de ser idéntica en ambos regímenes, y la de los activos, también. Para ello hay que implantar en ambos regímenes el menos malo de los 2 modelos. Es decir, extender el modelo de copago del SNS al Mutualismo Administrativo, como ha recomendado el Defensor del Pueblo en Cataluña²⁸. Como vemos, la peor inequidad del copago farmacéutico en la sanidad pública española se concentraría en los pacientes pluripatológicos y plurimedcados activos (mutualistas o del SNS) y pensionistas mutualistas que no pueden «huir» (legal o ilegalmente) hacia la receta del SNS.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tur Prats A, Planas Miret I. Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. En: Puig-Junoy J (dir.). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Barcelona: Fundación Rafael de Campalans; 2006. p. 57-77. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%203.pdf>
2. Mas Canal N, Cirera L, Viñolas G. Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: Implicaciones para el caso español, IESE, DI-939, 11/2011. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0939.pdf>
3. Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, por el que se regula La dispensación de especialidades farmacéuticas en el Régimen General de la Seguridad Social. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1966/12/30/pdfs/A16476-16476.pdf>
4. Real Decreto 945/1978, de 14 de abril, por el que se da nueva regulación a la aportación del beneficiario de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/05/06/pdfs/A10684-10685.pdf>
5. Real Decreto 1605/1980, de 31 de julio, por el que se modifican los tipos de cotización para desempleo, Seguridad Social y Fondo de Garantía Salarial y se revisa el porcentaje de participación de los beneficiarios en el precio de determinados medicamentos.

- [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1980/08/04/pdfs/A17540-17540.pdf>
6. Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/diario.boe/txt.php?id=BOE-A-1975-13887>
 7. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
 8. Perona Larraz JL. Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica. Los funcionarios públicos prefieren la asistencia privada. Ed. Círculo de la Sanidad. 2007. Madrid. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.circulodelasanidad.com/Grupo/Documents.aspx>
 9. **Utilización de medicamentos y de productos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud en 2011. Panorama Actual del Medicamento.** 2012;36:234-41.
 10. Simó J. El gasto farmacéutico público en España durante los últimos 30 años, consideraciones para su valoración. En: Palomo L (coord.). Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011). Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid: FADSP, 2011, p. 137-153. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: http://fadsp.org/components/com_booklibrary/ebooks/Treinta%20años%20del%20sistema%20sanitario.pdf
 11. Puig Junoy J. Gasto farmacéutico en España: efectos de la participación del usuario en el coste. *Investigaciones Económicas.* 1988;12:45-68 [consultado 20 May 2015]. Disponible en: http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any1988/1988Invest_Econ.pdf.
 12. Ibern P. Copago farmacéutico: nivel de concentración en pocos usuarios y diseño de alternativas. En: López Casasnovas G, Callau Puente J (coord.). Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas Economía de la Salud, Zaragoza 2-4 de junio de 1999. AES 1999; p. 409-410. [consultado 20 May 2015]. Comentario en el blog del mismo autor disponible en: <http://econsalut.blogspot.com/2012/04/improvisaren-politica-sanitaria.html>
 13. Ibern P, Inoriza JM, Coderch J. El gasto farmacéutico según morbilidad: una aplicación de los Clinical Risk Groups. XXIV Jornadas de Economía de la Salud, Junio 2004. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.fgcasal.org/aes/docs/pere.ibern.pdf>
 14. Incidencia de las medidas adoptadas para la racionalización del gasto farmacéutico. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. Ministerio de Administraciones Públicas. 2007. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/E02-2007.pdf>
 15. 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. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
 16. Resolución de 15 de diciembre de 2014, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la cuantía máxima correspondiente a los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, y se actualizan los límites máximos de aportación mensual para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/12/23/pdfs/BOE-A-2014-13364.pdf>
 17. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>
 18. Boletín Informativo de la Seguridad Social. Gestión económica. Noviembre 2014. Censo de la población protegida en asistencia sanitaria (pág. 299). Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/43354.pdf>
 19. **Utilización de medicamentos y productos sanitarios y factura a cargo del Sistema Nacional de Salud en 2012. Panorama Actual del Medicamento.** 2013;37:256-63.
 20. Simó J. Punción-aspiración con aguja fina de la prestación farmacéutica de receta en Muface y en el SNS. Blog Salud, dinero y atención primaria, 31 de mayo de 2015. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2015/05/puncion-aspiracion-con-aguja-fina-de-la.html>
 21. Memoria Muface 2013. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.muface.es/content/memoria>
 22. Informe de Fiscalización sobre el proceso de afiliación del personal adscrito a la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE) y su repercusión en el pago de prestaciones otorgadas por esa entidad. N.º 688. Tribunal de Cuentas. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.tcu.es/repositorio/c7d0108a-6a29-4869-bc26-2bad4ebacbdde/l.R688.html.pdf>
 23. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Informe Estadístico 2013. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Asegurados y beneficiarios con derecho a asistencia sanitaria a prescribir por el Sistema Público de Salud, pag. 24. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/192681.pdf>
 24. Simó J. Gasto farmacéutico por activo y por pensionista en Muface y SNS: sorpresa y sospecha. Blog Salud, dinero y atención primaria, 3 de mayo de 2015. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2015/05/gasto-farmacologico-por-activo-y-por.html>
 25. Simó J. Importe de la prescripción por activo y pensionista en Muface y SNS: ¿la centrifugación del riesgo? Blog Salud, dinero y atención primaria, 10 de mayo de 2015. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2015/05/importe-de-la-prescripcion-por-activo-y.html>
 26. Simó J. ¿Cuánto ha copagado el usuario del SNS por la farmacia de receta en 2013? Blog Salud, dinero y atención primaria, 22 de marzo de 2015. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2015/03/cuanto-ha-copagado-el-usuario-del-sns.html>
 27. Encuesta de condiciones de vida. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Estadística. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=resultados&idp=1254735976608
 28. Síndic de Greuges de Catalunya. Informe al Parlamento 2014. [consultado 20 May 2015]. Disponible en: <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3787/Informe%20al%20Parlamento%202014.pdf>.