



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria?

Nueva evidencia
sobre la protección
financiera en Europa



Resumen

Oficina de la OMS en Barcelona para el fortalecimiento de los sistemas de salud

La Oficina de la OMS en Barcelona es un centro de excelencia en la financiación de la salud para la cobertura sanitaria universal. Trabaja con los Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS para promover políticas públicas basadas en la evidencia.

Una parte fundamental de la labor de la oficina es evaluar el progreso regional y de los países hacia el logro de la cobertura sanitaria universal mediante el monitoreo de la protección financiera – el impacto del gasto directo en salud en el nivel de vida y en la pobreza. La protección financiera es una dimensión central del desempeño de los sistemas de salud y uno de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La Oficina da apoyo a los países para elaborar políticas, hacer un seguimiento de los progresos realizados y diseñar reformas a través del diagnóstico de los problemas de los sistemas de salud, el análisis de las opciones de políticas específicas en cada país, el diálogo político de alto nivel y el intercambio de experiencias internacionales. Además, la Oficina coordina cursos de formación de la OMS sobre la financiación de la salud y el fortalecimiento de sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios.

La Oficina, que fue creada en 1999, cuenta con el apoyo del gobierno de la Comunidad Autónoma de Cataluña (España) y forma parte de la División de Sistemas de Salud y Salud Pública de la Oficina Regional de la OMS para Europa.





World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria?

Nueva evidencia
sobre la protección
financiera en Europa

Resumen

¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en Europa. Resumen. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2019.
Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

© **Organización Mundial de la Salud 2019**

Se reservan todos los derechos. La Oficina Regional de la OMS para Europa acepta solicitudes de autorización para reproducir o traducir sus publicaciones, total o parcialmente.

Las denominaciones empleadas en este producto de información sanitaria y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en el presente producto de información sanitaria sea completa y exacta. La Organización no podrá ser considerada responsable de ningún daño causado por la utilización de los datos.

Sinopsis

Los pagos directos por la atención sanitaria pueden resultar un impedimento económico al acceso a dicha atención y generar necesidades insatisfechas. Además, puede causar dificultades financieras para los usuarios de los servicios de salud. Por primera vez, en el presente informe se reúnen datos acerca de estas necesidades insatisfechas y de las dificultades financieras con el fin de determinar si la población europea se puede permitir pagar por la atención sanitaria.

A partir de las contribuciones de expertos nacionales de 24 países, el informe muestra que las dificultades financieras varían ampliamente en Europa y que hay margen de mejora, incluso para los países de ingresos altos que ofrecen a toda su población servicios de salud financiados con fondos públicos. En todos los países incluidos en el estudio, el gasto catastrófico en salud se concentra, sobre todo, en los hogares más pobres. Cuando la protección financiera es relativamente débil, este gasto catastrófico es, principalmente, consecuencia del gasto directo en medicamentos de dispensación ambulatoria.

Los sistemas de salud con una fuerte protección financiera y bajos niveles de necesidades insatisfechas comparten las siguientes características: no hay grandes brechas en la cobertura de salud; las políticas relativas a la cobertura se han formulado cuidadosamente para reducir al mínimo los obstáculos al acceso y los pagos directos, sobre todo para las personas en situación de pobreza y para los usuarios habituales de los sistemas de salud; el gasto público en salud es lo suficientemente alto para permitir un acceso oportuno a una amplia gama de servicios de salud sin necesidad de realizar pagos informales; y, como consecuencia de todo ello, los pagos directos son bajos y representan, como máximo, el 15% del gasto corriente en atención sanitaria.

Las brechas existentes en la cobertura se deben a deficiencias en el diseño en tres áreas de políticas: los criterios para la cobertura poblacional, la cartera de servicios ofrecidos y los copagos por el usuario. En el presente informe se resumen las medidas que pueden reducir las necesidades insatisfechas y las dificultades financieras mediante el fortalecimiento de las políticas relativas a la cobertura. Además, se mencionan otras medidas que se deberían evitar.

Contenido

Los pagos directos socavan la cobertura sanitaria universal	6
¿Qué es la protección financiera, por qué es importante y cómo se mide?	7
Los gastos directos empobrecen a los hogares o los hunden más en la pobreza	8
Los hogares más pobres tienen mayor probabilidad de experimentar dificultades financieras	9
Los pagos por medicamentos de dispensación ambulatoria son la principal causa de las dificultades financieras	10
El análisis debe incluir las necesidades insatisfechas	11
Factores que aumentan la protección financiera	12
Abordar las brechas en la cobertura para reducir las dificultades financieras	14
Los datos indican que la clave es mejorar las políticas de copago	14
La función del seguro voluntario de salud	16
Gracias a la universalidad progresiva, nadie queda desatendido	17

Los pagos directos socavan la cobertura sanitaria universal

La cobertura sanitaria universal – es decir, la garantía de que todas las personas puedan disponer de los servicios de salud que necesitan sin experimentar por ello dificultades financieras – es un Objetivo de Desarrollo Sostenible que todos los países se han comprometido a alcanzar de aquí a 2030 (Naciones Unidas, 2015) y una de las prioridades para la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Algunas personas, al verse obligadas a pagar de su bolsillo por la atención sanitaria, ven limitado su acceso y renuncian a tratamientos porque no pueden soportar su costo. Otras los pagan y experimentan dificultades financieras; y se dan también casos de personas que no ven satisfechas sus necesidades y sufren además problemas económicos.

El estudio cuyo resumen se presenta en este documento es el primer análisis sistemático y exhaustivo de la protección financiera en Europa (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2019). A partir de las contribuciones de expertos nacionales de 24 países, se ha observado que:

- los pagos directos empujan a la pobreza o empobrecen más todavía a entre el 1% y el 9% de los hogares;
- entre el 1% y el 17% de los hogares experimentan gastos sanitarios catastróficos que les privan de satisfacer otras necesidades básicas como la alimentación, la vivienda y la calefacción;
- el gasto sanitario catastrófico se concentra sistemáticamente en el 20% de la población más pobre;
- estos gastos son, principalmente, consecuencia de pagos directos por medicamentos de dispensación ambulatoria;
- en los países donde la protección financiera es débil, una proporción importante de las personas se ve obligada a renunciar a los servicios de salud necesarios, lo cual incluye medicamentos de prescripción.

¿Qué es la protección financiera, por qué es importante y cómo se mide?

La protección financiera es una dimensión fundamental del desempeño de los sistemas de salud y un elemento central de la cobertura sanitaria universal.

Las personas experimentan dificultades financieras cuando su gasto directo es elevado en relación con su capacidad de pago por servicios de salud. Por mínimos que sean, estos desembolsos directos pueden ser ruinosos para los hogares en situación de pobreza y para las personas que deben sufragarse tratamientos de larga duración. Un gasto directo elevado puede generar dificultades financieras tanto para hogares ricos como para hogares pobres.

Cuando los sistemas de salud no brindan protección financiera, algunas personas se ven obligadas a elegir entre la atención sanitaria y otras necesidades básicas como la alimentación, la vivienda y la calefacción, algunas pueden optar por privarse de la atención sanitaria, por lo que no ven satisfechas sus necesidades. La falta de protección financiera reduce el acceso a los servicios de salud, empeora la salud de las personas, agudiza la pobreza y exacerba las desigualdades socioeconómicas y sanitarias.

Debido a que, en mayor o menor medida, el pago directo es un elemento siempre presente en los sistemas de salud, las dificultades financieras derivadas del uso de los servicios de salud pueden suponer un problema en cualquier país.

La medición de la protección financiera se lleva a cabo mediante dos indicadores:

- *El gasto empobrecedor en salud*: informa sobre la repercusión del pago directo en la pobreza. Un hogar se considera empobrecido si su consumo estaba por encima de la línea de la pobreza antes del pago directo y por debajo de ella tras este (es decir, ya no es capaz de satisfacer sus necesidades básicas). Un hogar puede experimentar también un gasto empobrecedor si su consumo antes del pago directo estaba ya por debajo de la línea de la pobreza (ya era incapaz de satisfacer sus necesidades básicas) y se empobrece aún más después del pago directo.
- *El gasto catastrófico en salud*: ocurre cuando un hogar debe pagar de su bolsillo cantidades que superan una proporción previamente definida de su capacidad de gasto en atención sanitaria, con la posible consecuencia de que no pueda satisfacer otras necesidades básicas.

Estos indicadores se pueden calcular de diferentes maneras, utilizando una variedad de métricas. La Oficina Regional de la OMS para Europa ha desarrollado nuevas métricas para medir la protección financiera como respuesta a las preocupaciones de que el método utilizado para medir la protección financiera en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (meta 3.8.2 de los ODS) y otros enfoques globales, plantean un desafío para la equidad y tienen una relevancia limitada para Europa.

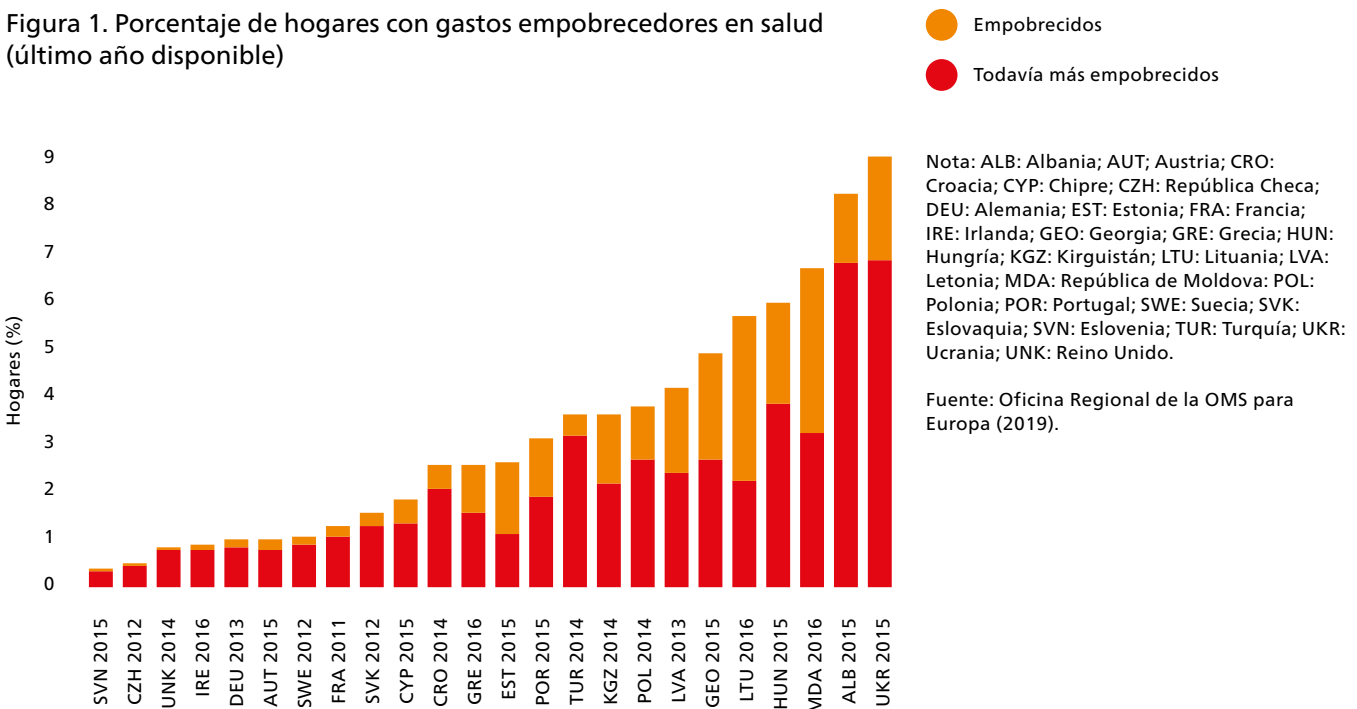
A partir de métodos establecidos, las métricas utilizadas en este estudio tienen menos probabilidades de subestimar las dificultades financieras entre las personas más pobres en comparación con las métricas de los ODS, porque tienen en cuenta las diferencias de los hogares en su capacidad de pago por la atención sanitaria (Cylus et al., 2018; OMS y Banco Mundial, 2017). El objetivo es medir la protección financiera de una manera que sea relevante para todos los países de Europa, produzca evidencia práctica para la política y promueva políticas para romper el vínculo entre la mala salud y la pobreza.

Todos los indicadores se basan en fuentes de datos similares (frecuentemente, encuestas sobre el presupuesto doméstico), definen el pago directo teniendo en cuenta el mismo criterio internacional normalizado (es decir, como pagos formales e informales realizados en el momento en que se utiliza un bien o un servicio de salud brindado por cualquier tipo de proveedor) y miden la protección financiera a nivel del sistema de salud, y no en función del tipo de atención sanitaria, enfermedad o grupo de pacientes.

Los gastos directos empobrecen a los hogares o los hunden más en la pobreza

Como muestra la figura 1, hay una gran variabilidad en la incidencia del gasto empobrecedor en atención sanitaria entre los países que pertenecen a la Unión Europea y también entre los que no.

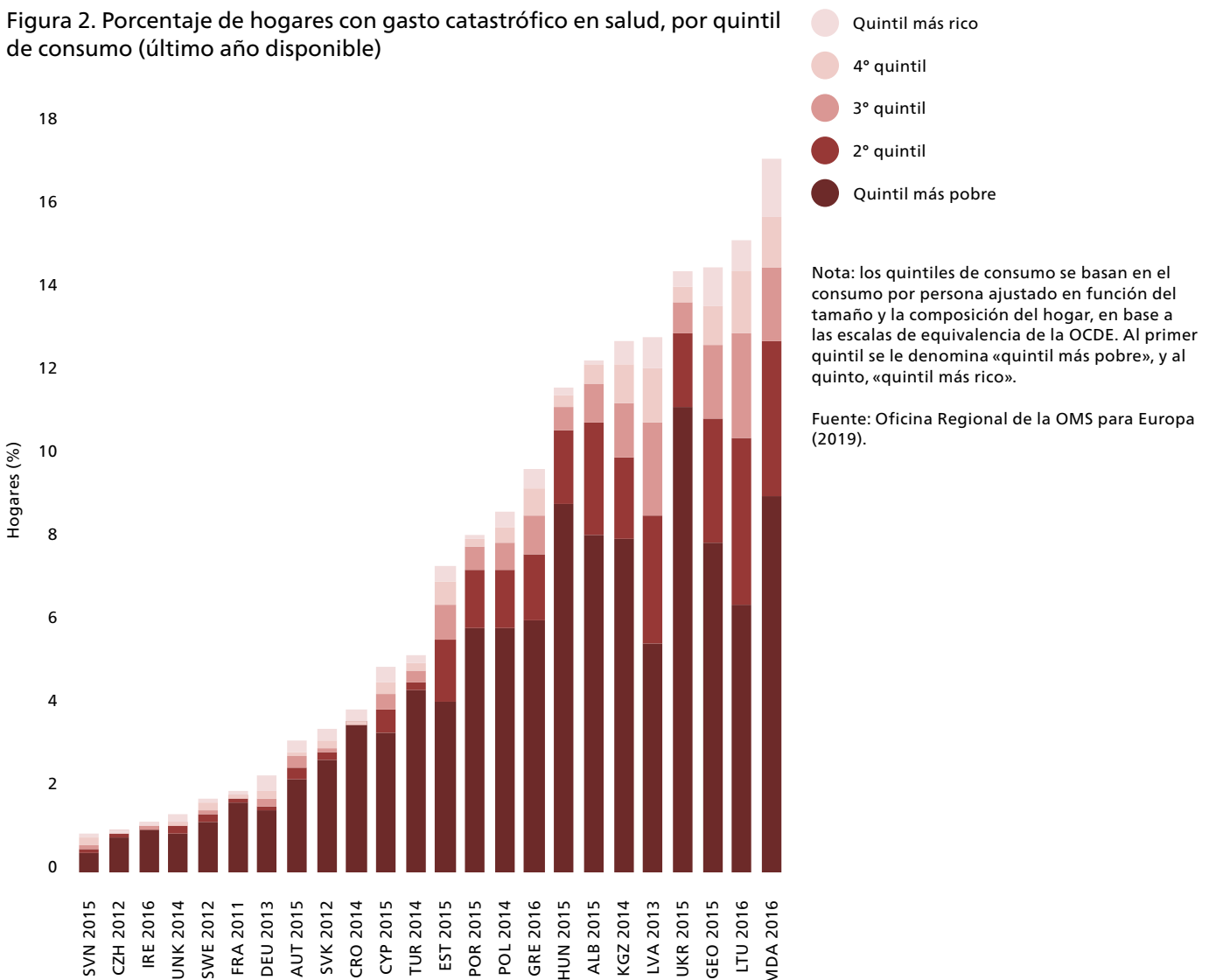
Figura 1. Porcentaje de hogares con gastos empobrecedores en salud (último año disponible)



Los hogares más pobres tienen mayor probabilidad de experimentar dificultades financieras

La incidencia del gasto catastrófico en salud entre los países de la UE es muy variable (figura 2), mientras que, entre los países no pertenecientes a la UE, es por lo general elevada (más del 12%). En toda Europa, las personas que pertenecen al quintil más pobre son las que sistemáticamente tienen mayor riesgo de experimentar gastos catastróficos en salud.

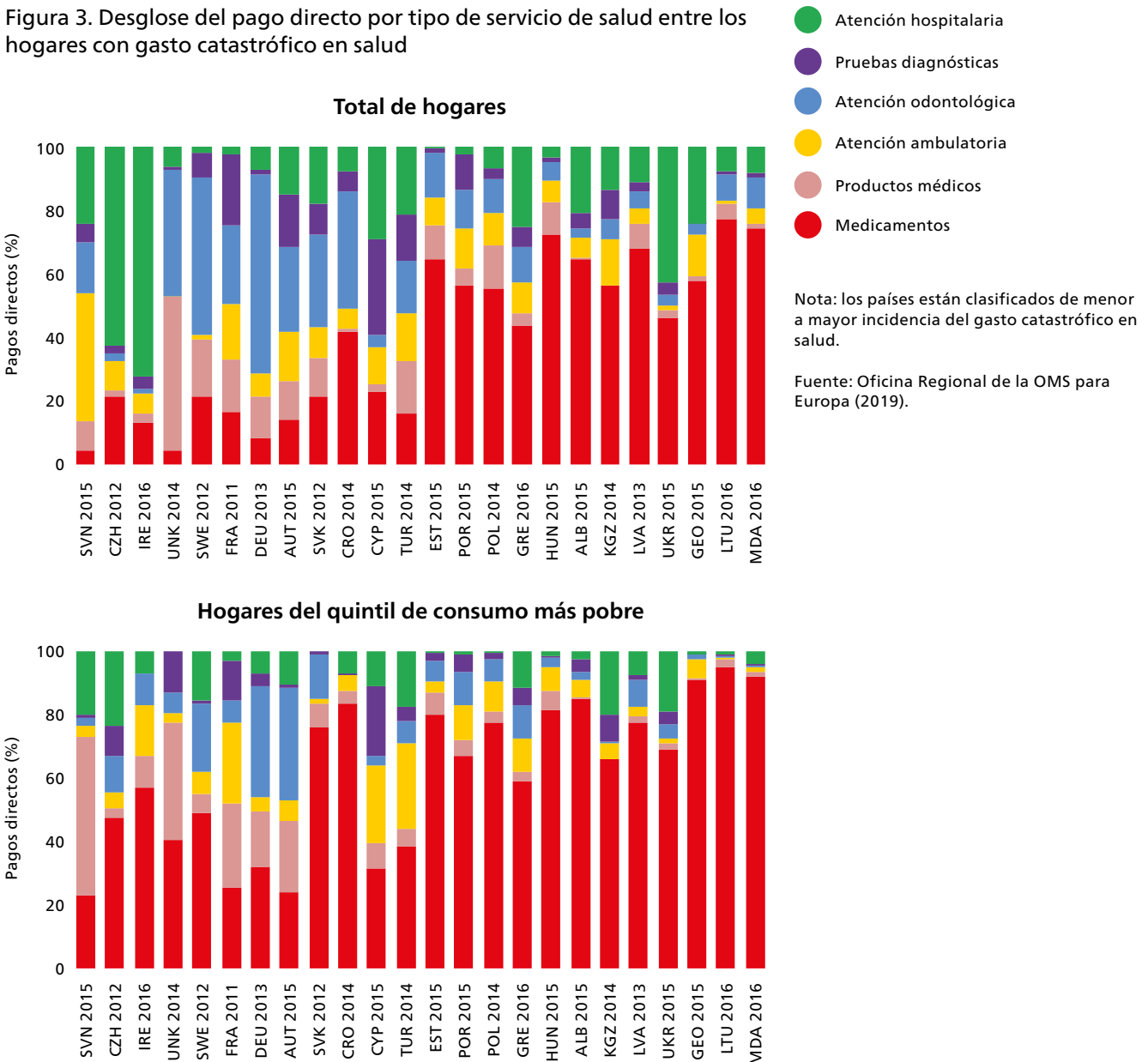
Figura 2. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, por quintil de consumo (último año disponible)



Los pagos por medicamentos de dispensación ambulatoria son la principal causa de las dificultades financieras

En los hogares que presentan gasto catastrófico en salud, los pagos directos se deben sobre todo a los medicamentos de dispensación ambulatoria, seguidos de la atención odontológica y la atención hospitalaria. En el quintil más pobre, la proporción del gasto catastrófico en salud que se debe a los medicamentos de dispensación ambulatoria es sistemáticamente superior a la media (figura 3).

Figura 3. Desglose del pago directo por tipo de servicio de salud entre los hogares con gasto catastrófico en salud



El análisis debe incluir las necesidades insatisfechas

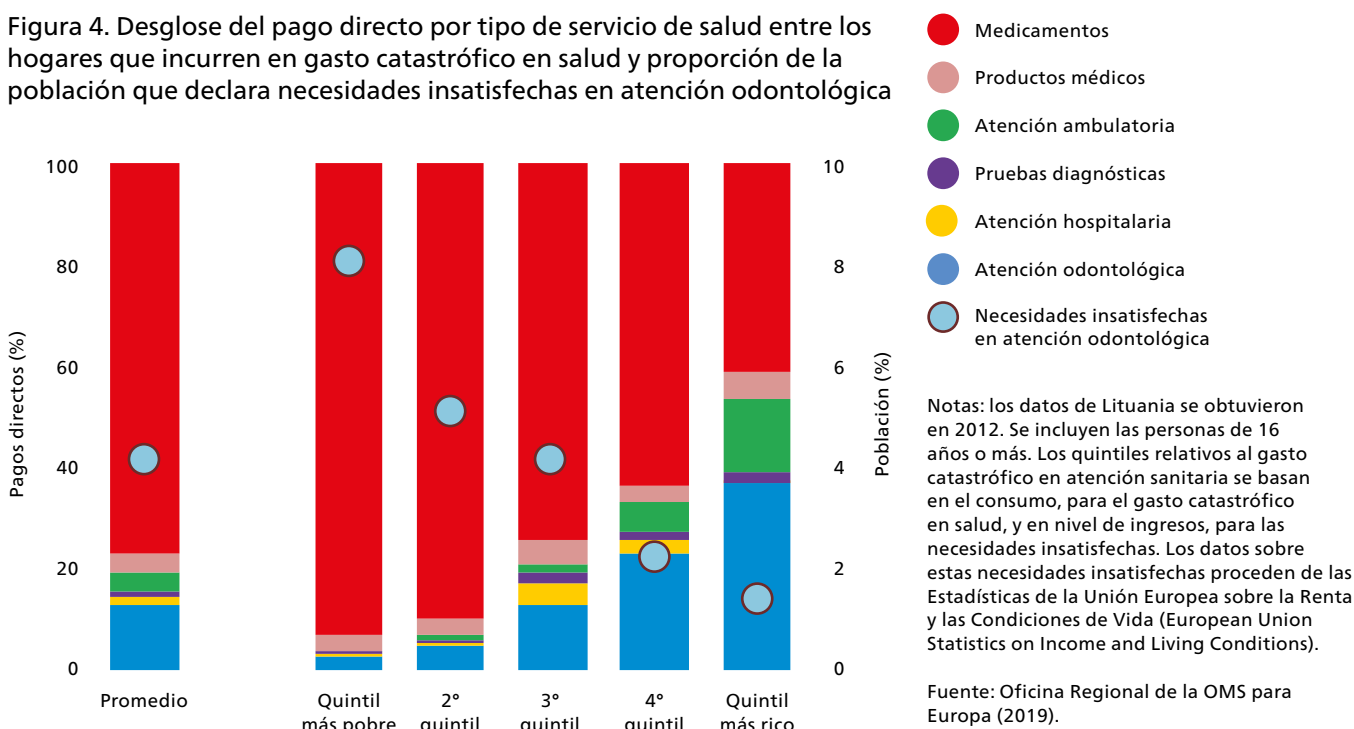
Los indicadores de protección financiera reflejan las dificultades financieras causados por el uso de servicios de salud, pero no indican si los gastos directos obstaculizan el acceso y, por ende, si impiden satisfacer una necesidad. Al combinar datos sobre las dificultades financieras y las necesidades insatisfechas, se obtienen los resultados que se indican a continuación.

En los países donde la incidencia del gasto catastrófico en salud es muy reducida, las necesidades insatisfechas también tienden a ser bajas sin mayores desigualdades por el nivel de ingresos. Sin embargo, la incidencia del gasto catastrófico en salud y los niveles de necesidades insatisfechas son relativamente elevadas en muchos países, al igual que las desigualdades en necesidades insatisfechas por el nivel de ingresos. Estos datos indican que los servicios de salud en estos países no son asequibles, especialmente para los hogares más pobres.

Algunos servicios de salud, en particular la atención odontológica, son una fuente de dificultades económicas mucho más frecuente para los hogares ricos que para los pobres (figura 4), lo cual, en la mayoría de los países, refleja un nivel más elevado de atención odontológica no satisfecha en los hogares pobres que en los ricos.

Las necesidades insatisfechas por medicamentos de prescripción son generalmente mayores en los países con una mayor incidencia del gasto catastrófico en salud, lo cual indica que el pago directo por medicamentos provoca tanto dificultades financieras como necesidades insatisfechas para las personas más pobres.

Figura 4. Desglose del pago directo por tipo de servicio de salud entre los hogares que incurrir en gasto catastrófico en salud y proporción de la población que declara necesidades insatisfechas en atención odontológica



Factores que aumentan la protección financiera

Los sistemas de salud con buena protección financiera y bajos niveles de necesidades insatisfechas comparten las siguientes características:

- no hay grandes brechas en la cobertura de la atención sanitaria;
- la política de cobertura está cuidadosamente diseñada para minimizar las barreras de acceso y el pago directo, particularmente para las personas pobres y los usuarios habituales de los servicios de salud;
- el gasto público en salud es suficientemente alto para permitir que los usuarios disfruten de una amplia gama de servicios de salud cuando los necesitan y sin necesidad de realizar pagos informales; y, gracias a ello,
- hay pocos gastos directos (representan menos o cerca del 15% del gasto corriente en salud).

Al estar estrechamente relacionada con la incidencia del gasto catastrófico en salud, la contribución del pago directo al gasto corriente en salud (figura 5) se puede utilizar como indicador aproximado de la protección financiera cuando no se dispone de suficientes datos al respecto.

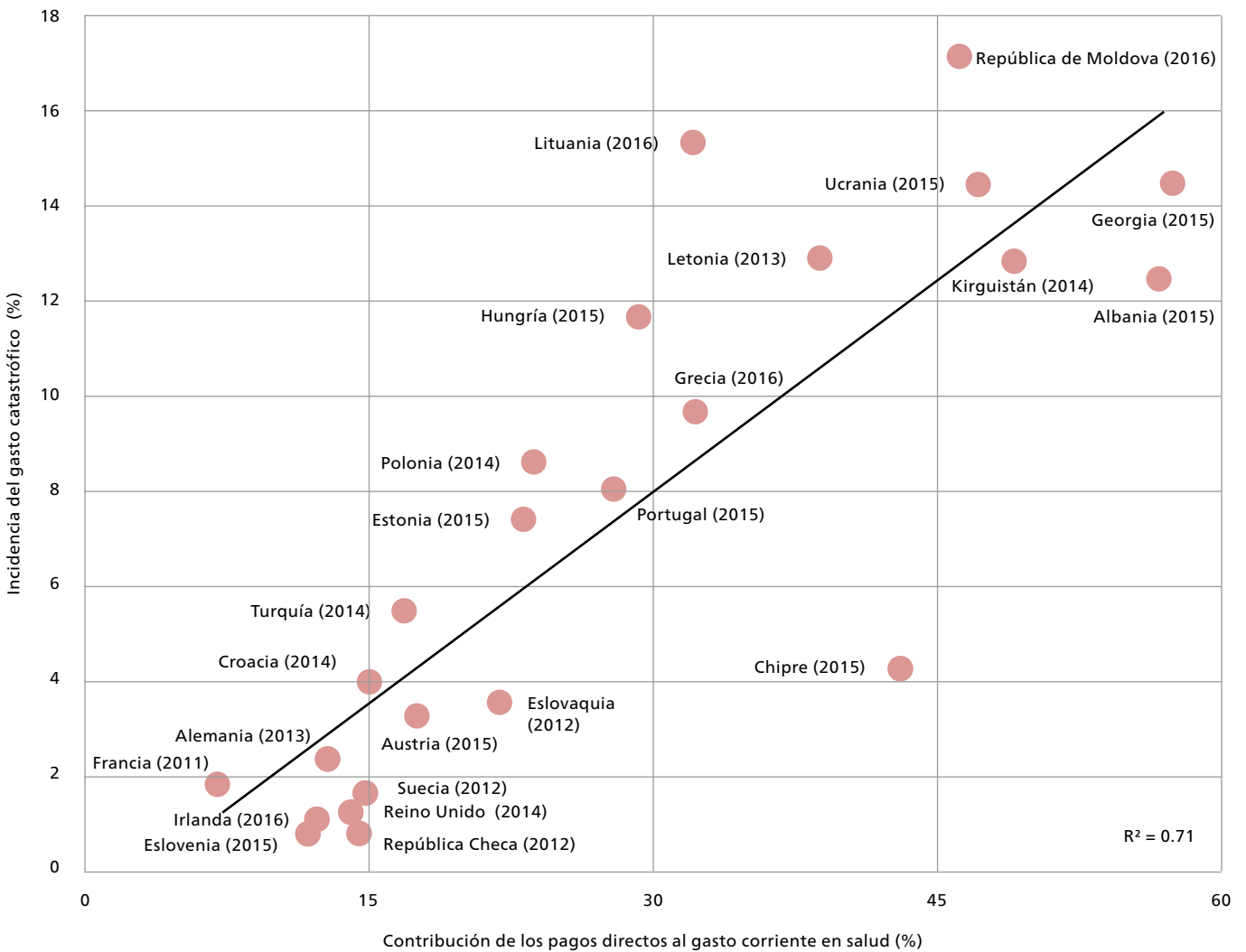
En todos los países, los gastos directos se han reducido mucho más eficazmente mediante el gasto público en salud que con el sistema de seguro voluntario de salud. Sin embargo, los aumentos del gasto público en salud o las reducciones del pago directo no bastan para mejorar la protección financiera en todos los contextos. Además de los patrones de gasto, las políticas relativas a la cobertura son un factor fundamental que determina si las personas experimentan dificultades financieras

El primer paso para aumentar la protección financiera es detectar las brechas en la cobertura en un determinado contexto. A continuación, se deben encontrar formas de abordarlas rediseñando cuidadosamente las políticas en ese ámbito.

Figura 5. Incidencia del gasto catastrófico en salud y contribución del pago directo al gasto corriente en salud (último año disponible)

Notas: R²: coeficiente de determinación. Los datos sobre el pago directo corresponden al mismo año que los relativos a la incidencia del gasto catastrófico. La asociación entre la incidencia del gasto catastrófico y la contribución del pago directo (excluyendo el pago directo por los tratamientos a largo plazo) es casi idéntica (R² = 0,70).

Fuente: Oficina Regional de la OMS para Europa (2019).



Abordar las brechas en la cobertura para reducir las dificultades financieras

Las brechas en la cobertura son producto de las deficiencias en el diseño en tres ámbitos políticos.

En primer lugar, **las condiciones de los criterios de cobertura poblacional** impiden que algunas personas puedan disfrutar de servicios de salud financiados con fondos públicos. La mayoría de las carencias en la cobertura de la población se deben a que dicho derecho está vinculado al empleo o al pago de cotizaciones. Este sistema excluye a algunas personas, sobre todo en los países que carecen de mecanismos eficaces para recaudar esas contribuciones, y tiende a afectar a los grupos poblacionales relativamente vulnerables.

En segundo lugar, **la cartera de servicios** – es decir, la gama de servicios financiados con fondos públicos – es limitado y, en ocasiones, esos servicios adolecen de problemas relacionados con la disponibilidad, la calidad y la puntualidad con que se prestan. En algunos países, la sanidad pública financia pocos medicamentos de dispensación ambulatoria, un problema que requiere una atención urgente en las políticas pertinentes. Del mismo modo, la atención odontológica a los adultos es muy limitada en ciertos países, entre ellos algunos de ingresos altos.

En tercer lugar, existen **copagos** en determinadas prestaciones y los mecanismos de protección son insuficientes.

Las deficiencias en la cobertura afectan a la equidad y la eficiencia porque crean obstáculos económicos al acceso; trasladan la carga financiera de pagar por la atención sanitaria a quienes menos pueden afrontarla: la población pobre y los usuarios habituales de los servicios de salud; y fomentan patrones de uso ineficaces.

Los datos indican que la clave es mejorar las políticas de copago

Las políticas de copago son uno de los principales determinantes de la protección financiera proporcionada por los sistemas de salud en Europa (figura 6). Son el factor más importante en los países donde la causa principal de las dificultades financieras que experimentan los usuarios al pagar por la atención sanitaria es el gasto en medicamentos de dispensación ambulatoria y donde la gama de prestaciones financiadas por la sanidad pública es adecuada.

En el estudio se ha observado que los países que ofrecen una protección financiera sólida aplican el copago con moderación o formulan atentamente las políticas de copago para evitar que los usuarios experimenten dificultades financieras. Para ello, emplean tres mecanismos.

El mecanismo más eficaz para mejorar el acceso y la protección financiera es el establecimiento de **exenciones** para la población en situación de pobreza. Todos los países pueden y deben eximir del copago a la gente pobre, empezando por las personas que reciben prestaciones sociales, un grupo cuya identificación no ofrece dificultades administrativas.

Otro método es establecer **límites anuales a los copagos**, siempre que se apliquen a todos ellos. Lo más conveniente es que ese tope no supere una proporción muy baja de los ingresos domésticos. Sin embargo, es poco probable que esta medida aislada baste para proteger a la población pobre.

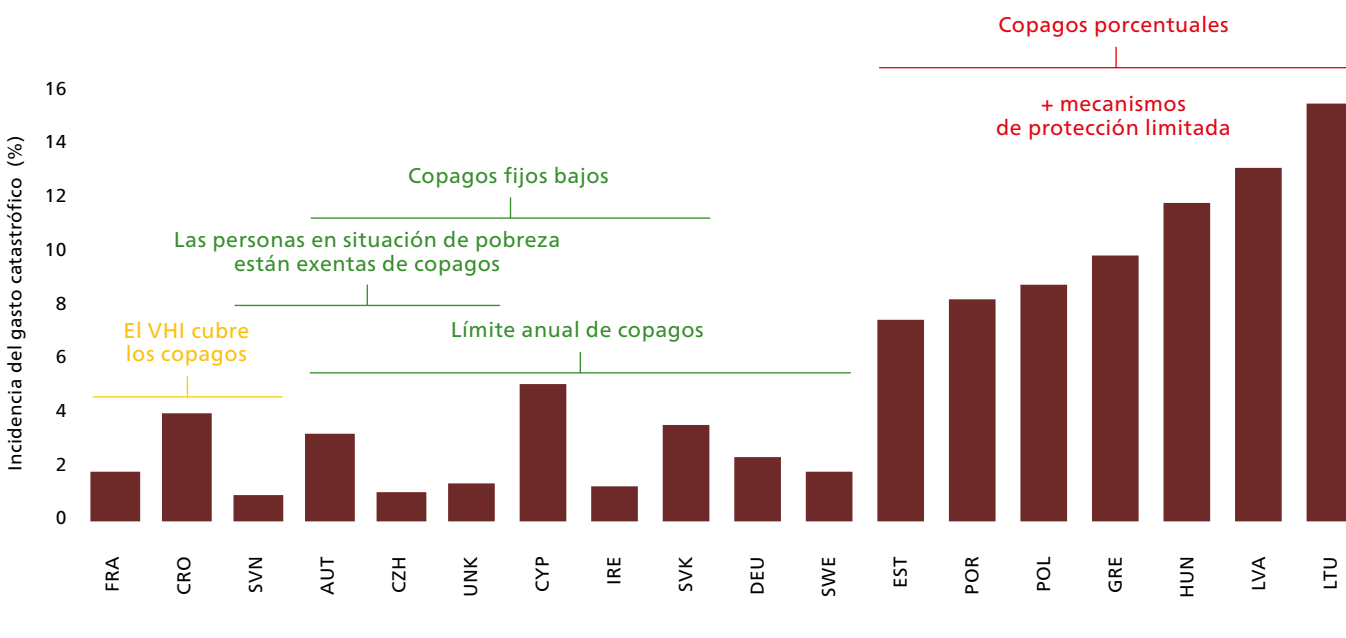
En el caso de que se apliquen copagos, deben ser bajos y estar bien definidos para que la gente sea consciente de las cantidades que deberá desembolsar. A diferencia de los **copagos fijos bajos**, los copagos porcentuales transfieren a los hogares el riesgo económico de la agencia compradora, y exponen a los usuarios a las ineficiencias de los sistemas de salud, lo cual es especialmente problemático cuando la fijación de precios, la prescripción, la dispensación y la derivación no están adecuadamente reguladas.

Las políticas de copago deben tener en cuenta estos tres mecanismos (exenciones, límites y tipo de copago). Además, el copago debe proteger a las personas y no estar dirigido a enfermedades, servicios o bienes específicos, y ser lo más sencillo posible para evitar confusiones.

Figura 6. Gasto catastrófico en salud y modalidades de copago de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Nota: VHI: seguro voluntario de salud

Fuente: Oficina Regional de la OMS para Europa (2019).



La función del seguro voluntario de salud

El seguro voluntario de salud puede reforzar la protección financiera que ofrecen los sistemas de salud si cubre los copagos y abarca a la mayoría de la población, incluida la más pobre. Solo hay tres países que cumplen estas condiciones: Croacia, Eslovenia y Francia.

En estos países se ha promulgado legislación que pone a disposición ese seguro a todo ciudadano que desee contratarlo (en Croacia y en Eslovenia, la inscripción es libre y las primas ajustadas por comunidad). Se trata de un seguro asequible porque, en Croacia y en Francia, el Estado paga primas para las personas en situación de pobreza más extrema, mientras que, en Eslovenia, este grupo poblacional está exento de copagos y no necesita ese tipo de seguro.

Aun así, cabe señalar que el seguro voluntario de salud suele agravar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud (Sagan y Thomson, 2016). Además, es un método más regresivo de financiación del sistema de salud que el gasto público en salud.

Gracias a la universalidad progresiva, nadie queda desatendido

La mejora de las políticas de copago es importante para reducir las dificultades financieras que el gasto en atención sanitaria genera en los usuarios, ya que permite que el sistema de salud se centre en aquellos que más protección requieren.

Tomar medidas para beneficiar primero a las personas más desfavorecidas, un enfoque conocido como universalismo progresivo (Gwatkin y Ergo, 2011), es vital en contextos donde los recursos públicos están severamente limitados. Este enfoque es ventajoso también para los países no expuestos a graves limitaciones presupuestarias, puesto que les permite no dejar a nadie atrás, asegurándose de que la gente pobre se beneficia como mínimo en el mismo grado que los que están en mejor situación en cada una de las etapas que llevan hacia la cobertura sanitaria universal.

La universalidad progresiva se basa en la capacidad para determinar los servicios de salud que pueden ocasionar las dificultades financieras, con mayor probabilidad, la gente que puede verse más afectada y las causas fundamentales de las deficiencias en la cobertura. Con ese fin, se deben utilizar indicadores y métodos de medición que permitan analizar la equidad, como los que se usan en este informe.

Las modificaciones en las políticas de cobertura se deben acompañar de un nivel suficiente de gasto sanitario público para resultar efectivas. Los países donde el pago directo contribuye en gran medida al gasto corriente en salud necesitarán aumentar más la inversión pública en el sistema de salud para reducirlos. Sin embargo, el mero incremento del gasto público podría no bastar para que las personas más necesitadas se vean beneficiadas. Por esta razón, es importante estudiar en qué orden se han de aplicar las políticas. Por ejemplo, algunos países necesitarán reestructurar su política de cobertura y, *al mismo tiempo*, procurar nuevas inversiones públicas en el sistema de salud.

En Europa abundan las prácticas correctas. Hay mucho que aprender de los países que ofrecen una protección financiera sólida y de otros que, a pesar de proporcionar menor protección en general, han dado pasos para proteger a los pobres.

Referencias

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). [Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods](#). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 96:589–664.

Gwatkin D, Ergo A (2011). [Universal health coverage: friend or foe of health equity?](#) The Lancet 377:2160–1.

Sagan A, Thomson S (2016). [Voluntary health insurance in Europe: role and regulation](#). Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la OMS, en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.

Naciones Unidas (2015). [Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible](#). Nueva York: Naciones Unidas.

OMS, Banco Mundial (2017). [Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017](#). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Oficina Regional de la OMS para Europa (2019). [Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe](#). Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa.

La Oficina Regional de la OMS para Europa

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una agencia especializada de las Naciones Unidas creada en 1948 con la responsabilidad principal de los asuntos internacionales de salud y de salud pública. La Oficina Regional de la OMS para Europa es una de las seis oficinas regionales alrededor del mundo, cada una con su propio programa orientado a las condiciones particulares de salud de los países a los que sirve.

Estados Miembros

Albania
Alemania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaiyán
Bélgica
Bielorrusia
Bosnia y Herzegovina
Bulgaria
Chipre
Croacia
Dinamarca
Eslovaquia
Eslovenia
España
Estonia
Federación de Rusia
Finlandia
Francia
Georgia
Grecia
Hungria
Irlanda
Islandia
Israel
Italia
Kazajistán
Kirguistán
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Macedonia del Norte
Malta
Mónaco
Montenegro
Noruega
Países Bajos
Polonia
Portugal
Reino Unido
República Checa
República de Moldavia
Rumania
San Marino
Serbia
Suecia
Suiza
Tayikistán
Turkmenistán
Turquía
Ucrania
Uzbekistán

Oficina de la OMS en Barcelona
para el fortalecimiento de los sistemas de salud
Sant Pau Art Nouveau Site (La Mercè pavilion)
Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona, España
Tel.: +34 673 290 861
Email: euhsf@who.int