

Da Alma Ata al Global Fund

Un itinerario storico nelle politiche di cooperazione sanitaria

A cura dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
www.saluteglobale.it

Il Global Fund (GF) non è un'iniziativa casuale, non è il frutto improvvisato scaturito da un evento politico (il G8 di Genova, Luglio 2001). E' la naturale conseguenza di una catena di circostanze, di scelte politiche che si sono riflesse nella storia delle istituzioni e delle organizzazioni sanitarie internazionali.

1. La nascita dell'OMS.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nasce formalmente nel giugno del 1948 come agenzia specialistica delle Nazioni Unite. Nasce dalla fusione di tre diverse agenzie internazionali che a diverso titolo si occupavano di igiene, sanità pubblica ed emergenze sanitarie: l' *Office Internationale d'Hygiène Publique* (con sede a Parigi), la *League of Nations Health Organization* (con sede a Ginevra) e la *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* – UNRRA (con sede a New York).

Durante gli anni 60 e 70 gli indirizzi dell'OMS sono influenzati dal contesto politico caratterizzato dall'emergere delle nazioni africane decolonizzate, dalla diffusione dei movimenti nazionalisti e socialisti (raccolti in gran parte nel movimento dei paesi non-allineati) e dalle nuove teorie dello sviluppo che privilegiano la crescita socio-economica a lungo termine piuttosto che gli interventi tecnologici a breve termine. Anche negli Stati Uniti sta cambiando il vento politico con le vittorie elettorali di esponenti liberal e con l'affermazione dei movimenti per i diritti civili.

E' in questo contesto che si sviluppa la strategia della *Primary Health Care*, l'idea cioè che per far fronte a problemi sanitari insoliti, come quello della malaria, è necessario rafforzare le infrastrutture sanitarie – soprattutto delle aree rurali – ed insieme percorrere la strada dello sviluppo economico e sociale. A favore di questa strategia si batte il nuovo Direttore Generale dell'OMS Halfdan T. Mahler (1973-1988) che convoca su questo tema una Conferenza internazionale¹.

2. La Conferenza di Alma Ata.

La Conferenza Internazionale sulla *Primary Health Care* (PHC) si tiene ad Alma Ata, capitale della repubblica sovietica del Kazakistan, nel settembre 1978.

Si tratta di un evento storico per diversi motivi: a) è la prima volta che i rappresentanti di tutti i paesi del mondo si ritrovano per definire una cornice di riferimento per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti; b) è la prima volta che vengono affrontati in un consesso così ampio e qualificato i problemi sanitari dei paesi più poveri, molti dei quali recentemente usciti da un lungo periodo di oppressione coloniale; c)

è quindi l'occasione per collegare fortemente i temi della salute con quelli dello sviluppo; d) è, infine, un momento particolarmente opportuno per riaffermare con forza che *“la salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”*.

La Conferenza produce un documento finale, ricco di raccomandazioni, e una Dichiarazione che, nella sua solennità, riassume le principali indicazioni scaturite dall'Assemblea². Il messaggio politico più forte e significativo è contenuto nella definizione stessa di PHC:

“L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la comunità e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo in uno spirito di fiducia in sé stessi e di autodeterminazione. Essa è parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, che dello sviluppo economico e sociale globale della comunità.(...) Essa include almeno: l'educazione riguardo i più importanti problemi sanitari e i metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un'adeguata alimentazione; un'adeguata disponibilità di acqua potabile e condizioni salubri di vita; l'assistenza materno-infantile, inclusa la pianificazione familiare; le vaccinazioni contro le maggiori malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche; l'appropriato trattamento delle comuni malattie e l'approvvigionamento dei farmaci essenziali. (...) Coinvolge oltre al settore sanitario, tutti i settori e gli aspetti correlati allo sviluppo nazionale e della comunità, in particolare l'agricoltura, l'allevamento, l'alimentazione, l'industria, l'educazione, la casa, i lavori pubblici, le comunicazioni, e altri settori; e richiede lo sforzo coordinato di tutti questi settori.”

3. PHC: Selective vs Comprehensive. La “Controrivoluzione”.

Non è trascorso nemmeno un anno dall'evento di Alma Ata, le cui conclusioni avevano registrato un generale consenso, quando un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* titola: *“Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries”*³.

Premesso che l'approccio *“comprehensive”* alla soluzione dei problemi sanitari dei paesi più poveri scaturito dalla Conferenza è quello teoricamente più giusto, la Banca Mondiale (BM) ha calcolato che i costi della sua applicazione sono troppi elevati (da 5.4 a 9.3 miliardi di dollari da allora al Duemila); meglio soprassedere – queste le conclusioni – e dedicarsi alla lotta contro alcune malattie e focalizzarsi su alcuni specifici interventi, vantaggiosi dal punto di vista costo/efficacia (secondo gli autori: vaccinazioni, allattamento al seno a lungo termine, terapia antimalarica e reidratazione orale). L'articolo di Walsh e Warren non è l'esercizio accademico di due ricercatori della *Rockefeller Foundation*; è l'avvio di una tendenza che si muove in direzione esattamente opposta alle linee di Alma Ata. Una tendenza che l' UNICEF – pur co-promotore della Conferenza – non ha difficoltà a far propria, lanciando nel 1982 una campagna dal titolo di *“A Children's Revolution”*⁴, in cui si teorizza la necessità di concentrarsi su quattro obiettivi specifici *cost-effective*: la reidratazione orale per combattere la diarrea, le vaccinazioni, la promozione dell'allattamento al seno, l'uso sistematico delle carte della crescita (che sostituisce nella lista delle priorità la terapia anti-malarica, ritenuta evidentemente troppo costosa). Da quel momento le organizzazioni internazionali si allineano alla strategia della *selective* PHC, anche se poi, di fronte all'evidenza, sono costrette ad ammettere che i determinanti dei progressi nel miglioramento della salute della popolazione non consistono nella lotta contro singole malattie (Meeting di Bellagio, aprile 1985, organizzato dalla *Rockefeller*

Foundation). Il titolo del convegno era “*Good Health at Low Cost*”, con la presenza di amministratori, economisti e demografi provenienti da Cina, Sri Lanka, Costa Rica e Kerala; quattro realtà in cui a fronte di un PIL molto basso (e con limitate risorse destinate alla sanità) si erano ottenuti ottimi risultati in termini di salute della popolazione⁵. Queste furono le conclusioni:

“I partecipanti, dopo aver esaminato i risultati presentati alla conferenza, unanimemente adottano le seguenti raccomandazioni: I quattro stati che hanno ottenuto “*una buona salute a un basso costo*” hanno dimostrato un chiaro impegno, politico e sociale, verso un’equa distribuzione del reddito nelle loro società. Dato questo impegno, tre ulteriori fattori sembrano aver giocato un ruolo maggiore nel loro successo, come dimostrato dal marcato declino della mortalità infantile e dei bambini al di sotto dei 5 anni e da livelli di speranza di vita alla nascita vicini a quelli dei paesi sviluppati. Questi fattori costituiscono raccomandazioni per i programmi di sviluppo in altri paesi:

- a) Equa distribuzione del reddito e accesso per tutti ai servizi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria a partire dai livelli primari, rinforzati dai sistemi secondari e terziari;
- b) Un sistema educativo accessibile a tutti, particolarmente di primo livello, con possibilità di passare al secondo e terzo livello;
- c) Sicurezza di un’adeguata nutrizione in tutti gli strati della società.”⁶.

Raccomandazioni, queste sì accademiche, da consegnare agli atti di un convegno, e da dimenticare, perché la scelta politica è stata già fatta, a favore degli interventi settoriali e dei programmi verticali (decisi a New York, a Londra o a Ginevra), e segnerà per decenni le politiche di cooperazione sanitaria internazionale. “*L’approccio dei programmi verticali – scrive A. Green, del Nuffield Institute di Leeds – è contrario all’idea (centrale nella PHC) dei servizi integrati. L’uso di criteri definiti centralmente per la selezione dei problemi da affrontare riduce la possibilità del coinvolgimento della popolazione nella scelta delle priorità. Tutto ciò implica il ritorno a un modello medico di salute, e ignora l’importanza dello sviluppo nel senso più ampio. Infine, a livello pratico, questa strategia non tiene in considerazione la necessità di rafforzare o costruire adeguate infrastrutture, senza le quali nessun programma può avere successo*”⁷. “*La selective PHC è una minaccia – scriveva K.W. Newell, del Dipartimento di Politica sanitaria internazionale di Liverpool, nel 1988 in un forum su Social Science and Medicine – e va considerata come una controrivoluzione. E’ una forma di feudalesimo sanitario che può essere distruttiva piuttosto che un’alternativa. La sua attrattiva per i professionisti, per le agenzie finanziatrici e per i governi alla ricerca di risultati a breve termine è una pura illusione*”⁸.

4. L’eclisse dell’OMS e il prepotere della Banca Mondiale.

4.1. La recessione economica degli anni 80 e le politiche di “Aggiustamento strutturale”. Le crisi petrolifere intervenute negli anni settanta-ottanta, a seguito della guerra arabo-israeliana prima (1973) e della rivoluzione iraniana poi (1979), ebbero pesanti effetti negativi sull’economia mondiale, colpendo duramente tutti i paesi importatori di petrolio. Le misure adottate per far fronte all’aumento del costo dell’energia, e alla conseguente crescita dell’inflazione, determinarono ovunque una fase di grave recessione. Per i paesi in via di sviluppo, che negli anni sessanta avevano registrato una significativa crescita economica, le conseguenze furono doppiamente devastanti perché all’aumento del costo del petrolio (e degli altri prodotti importati dai paesi industrializzati) si aggiunse il ribasso del prezzo delle materie prime, di cui essi erano principali esportatori, causato dal crollo mondiale della domanda. Lo shock petrolifero fu assorbito abbastanza rapidamente nei paesi industrializzati; per diversi paesi – prevalentemente asiatici (es: Sud Corea, Taiwan, Singapore) – fu l’occasione per ristrutturare le proprie economie arrivando

a produrre internamente (e poi esportando) beni precedentemente importati; per gran parte dei paesi più poveri – prevalentemente africani, paesi con strutture politiche, sociali ed economiche più fragili e vulnerabili -, lo shock petrolifero segnò l'inizio di una lunga (e tuttora perdurante) fase di crisi, di impoverimento e di indebitamento. La ricetta confezionata dalla BM negli anni ottanta per il "risanamento" - "*structural adjustment*" - delle economie dei paesi più poveri e indebitati (e condizione vincolante per la concessione dei crediti) fu semplice e spietata, coerente con le politiche neo-liberiste dominanti in quel periodo in USA e Gran Bretagna: drastici tagli nei consumi e nella spesa pubblica (inclusi i servizi sociali, come sanità e educazione) per ridurre l'inflazione e il debito pubblico; privatizzazioni in tutti i settori; decentramento e bassissimo profilo dello stato centrale. Poco contava – e forse, nella furia ideologica di quel periodo, nessuno si accorgeva – che con il deterioramento dei livelli di istruzione e di salute (in quel periodo ad aggiungere sciagura a sciagura, si registra l'entrata in scena dell'epidemia dell'Aids), si minavano le basi fondamentali di ogni futuro possibile sviluppo in quei paesi.

Nel 1987 la BM si esibisce nel primo documento interamente dedicato alla sanità⁹, una sorta di appendice tecnica alla politica di *structural adjustment*. Contiene una serie di indicazioni da seguire nella ristrutturazione dei servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo, ed ha ovviamente un valore prescrittivo nei confronti dei paesi più indebitati.

Il documento si compone di quattro fondamentali capitoli, ciascuno dei quali sviluppa una specifica linea direttiva in tema di politica sanitaria:

- Rendere a pagamento i servizi sanitari pubblici. *"Il più comune approccio all'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo è quello di considerarla un diritto di cittadinanza e di tentare di fornirla gratuitamente a tutti; questo approccio generalmente non funziona"*.
- Favorire la privatizzazione dei servizi sanitari.
- Promuovere programmi assicurativi.
- Decentralizzare il governo della sanità.

I quattro punti sono strettamente collegati. L'introduzione delle tariffe (*user fees*) nelle strutture governative non è solo un modo per scaricare sugli utenti il costo dei servizi, ma anche la condizione essenziale per promuovere le assicurazioni; d'altro canto senza un sistema assicurativo funzionante gli ospedali governativi non possono applicare tariffe sufficientemente alte da coprire gli interi costi. La privatizzazione dei servizi e il decentramento della programmazione, dell'organizzazione e del finanziamento dei servizi sono le altre due componenti essenziali della strategia che si propone di ridurre al minimo il ruolo del governo in sanità per lasciare il posto a un sistema basato sull'assistenza privata e sulle assicurazioni.

Gli effetti di queste politiche non tardano a manifestarsi in tutta la loro drammaticità. Lo stesso UNICEF, nell'annuale rapporto del 1989¹⁰, denuncia che a causa degli interventi di aggiustamento strutturale (*"inumani, non necessari, inefficienti"*) le condizioni di vita e di salute dei paesi più poveri si sono paurosamente aggravate (*"almeno mezzo milione di bambini sono morti negli ultimi dodici mesi come conseguenza della crisi economica che colpisce i paesi in via di sviluppo"*).

4.2. L'eclisse dell'OMS. Nel 1988 un ricercatore giapponese, Hiroshi Nakajima viene eletto nuovo Direttore Generale dell'OMS. La sua elezione segna l'inizio di un decennio di gravissima crisi dell'istituzione, dovuta a molti fattori, non ultimo il basso profilo del nuovo direttore, totalmente privo di leadership e di visione (l'esatto opposto del suo predecessore, H. Mahler)^{11 12 13}. La mancanza di una guida autorevole a capo dell'OMS aggrava una serie di problemi che l'organizzazione deve fronteggiare, tra cui:

- a) Il blocco dei finanziamenti budgetari e la crisi nei rapporti con gli USA. Dal 1980 il budget dell'OMS è rimasto inalterato perdendo progressivamente valore a causa dell'inflazione (nonostante ciò Nakajima raddoppia il suo staff dirigenziale), subendo inoltre ripetute interruzioni nel flusso dei finanziamenti da parte del principale contribuente, gli USA, irritato dalle scelte della precedente amministrazione Mahler come l'emanazione del codice internazionale sui sostituti del latte materno (che danneggiava la Nestle) e il lancio del programma dei farmaci essenziali (a cui si opponevano le industrie farmaceutiche).
- b) Lo sviluppo di programmi finanziati attraverso meccanismi extrabudgetari. Se da una parte il budget ordinario dell'OMS – quello su cui decide l'assemblea dei rappresentanti dei paesi – tende progressivamente a ridursi (e di conseguenza si contrae il ruolo istituzionale dell'organizzazione), dall'altra si espandono i programmi finanziati ad hoc (extra-budget) da vari donatori, ovvero le nazioni più ricche e le agenzie multilaterali, come la Banca Mondiale. Agli inizi degli anni 90 il finanziamento extrabudgetario rappresenta il 54% dell'intero bilancio dell'OMS. Questo tipo di finanziamento genera programmi "verticali", come il programma contro l'Aids o quello per la copertura universale delle vaccinazioni, i cui livelli decisionali vengono posti al di fuori del controllo dell'organizzazione perché designati dai donatori. La causa di ciò – si giustificano i donatori - è la scarsa efficienza e l'inaffidabilità dell'organizzazione interna dell'OMS: meglio finanziare a parte e gestire direttamente i programmi importanti. Ma già da quegli anni si capì che quei programmi non funzionavano. Particolarmente significativo è il caso del programma sulle vaccinazioni finanziato in larga parte dall'Unicef e da altri donatori come il Rotary International: alla fine degli anni 80 si registra un impegno straordinario per raggiungere i massimi livelli di copertura vaccinale nei paesi più poveri, dove vengono allestite linee operative ad hoc con elargizione di generosi incentivi al personale locale a fronte del raggiungimento degli obiettivi stabiliti. I risultati furono assolutamente brillanti, ma effimeri. In Ghana si raggiunge il 100% di copertura nel 1990, ma si tornò rapidamente ai livelli precedenti del 40-50% quando vennero meno le risorse aggiuntive; analoga situazione in Nigeria dove si raggiunse il picco massimo del 70% nel 1990 per tornare al di sotto del 20% nel 1994.

4.3. La trappola medica della povertà. La BM dedica il suo rapporto annuale del 1993 ai temi della salute (*Investing in health*¹⁴); per realizzare l'impresa viene arruolata una nutrita squadra di esperti di riconosciuto valore internazionale: è la "spettacolare entrata" della principale istituzione finanziaria mondiale nella scena della sanità, oscurando con ciò il ruolo dell'OMS (istituzione, come abbiamo appena visto, già abbastanza screditata)¹⁵.

Sul piano tecnico-scientifico il rapporto contiene due importanti elaborazioni:

- La definizione (e la stima economica) del *pacchetto di servizi clinici essenziali e di interventi di sanità pubblica* che i governi dovrebbero assicurare a tutta la popolazione;
- L'introduzione di un nuovo indicatore per misurare lo stato di salute di un paese: il *DALYs (Disability Adjusted Life Years)*. Il DALYs misura il "carico di malattie" di una comunità attraverso la combinazione di due diversi indicatori: 1) le perdite dovute a morte prematura e 2) le perdite di vita sana dovuta a disabilità. La sua funzione dovrebbe essere quella di misurare il costo degli interventi per la prevenzione e/o la cura di determinate malattie e quindi quella di strumento di valutazione per l'allocazione delle risorse e la definizione delle priorità¹⁶. Questo tipo di approccio

porta altra acqua al mulino alla visione “selettiva” della PHC, confermando l’ostilità della BM nei confronti delle conclusioni della conferenza di Alma Ata.

Nonostante le raccomandazioni degli esperti della BM di investire in salute, la sanità dei paesi più poveri – e particolarmente dei paesi dell’Africa Sub-Sahariana - precipita nel baratro. Diminuisce nettamente la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria¹⁷, e ancor più la quota pubblica di questa spesa: 2-3, al massimo 7-8\$ pro-capite (altro che i 14\$ pro-capite al pacchetto per gli interventi essenziali raccomandati dagli esperti!). Dilaga la privatizzazione all’interno delle strutture pubbliche (sempre più fatiscenti), ma soprattutto fuori, dove si realizza la massima fioritura del mercato sanitario. Un mercato basato in larga parte sul commercio di farmaci, messi in vendita ovunque, nelle cliniche private, nei *drug shops*, nelle bancarelle ai mercati o agli angoli delle strade. Farmaci spesso scaduti o contraffatti, distribuiti quasi sempre da personale abusivo. Il motivo del *boom* del commercio dei farmaci è presto spiegato: di fronte all’impossibilità di accedere alle troppo costose strutture sanitarie “formali” (ospedali e centri di salute, pubblici, privati *non profit* e privati *profit*, tutti rigorosamente a pagamento) la grande maggioranza della popolazione si rivolge a chi è in grado di offrire una risposta in relazione ai pochi soldi che ciascuno ha in tasca: la cosa più semplice, una iniezione o qualche pillola.

“Negli ultimi due decenni, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall’occidente all’oriente. Il “modello globale” di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). (...) Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una parte rappresentano una chiara minaccia all’equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada, dall’altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito. Queste due tendenze – l’introduzione delle *user fees* nei servizi pubblici e la crescita dei pagamenti diretti (*out-of-pocket expenses*) nei servizi privati –, se combinate, possono rappresentare una vera e propria trappola della povertà.”

Con questa premessa si apre un importante articolo pubblicato su *Lancet*¹⁸, firmato da Margaret Whitehead, professore di sanità pubblica all’Università di Liverpool e consulente del governo britannico, Goran Dahlgren, direttore del National Institute of Public Health di Stoccolma, Timoty Evan direttore della Health Equity Division della Rockefeller Foundation di New York. Gli autori, presentando una documentazione imponente, elencano le conseguenze prodotte dalle politiche della BM nei confronti della sanità dei paesi più poveri, riassunte in quattro categorie: 1) *Le malattie non trattate*. 2) *Ridotto accesso all’assistenza*. 3) *Irrazionale uso di farmaci*. 4) *Impoverimento a lungo termine*. In termini sociali e di sviluppo è questa la conseguenza più grave: le persone comprano l’assistenza anche se ciò mette a repentaglio la propria sussistenza a lungo termine, perché le spese mediche sono spesso dei pagamenti forzati. Le famiglie si indebitano, sono costrette a vendere il loro capitale (un pezzo di terra o gli animali), o a rinunciare ad altre spese vitali, come l’educazione dei figli. L’impatto sociale negativo delle *user fees* nel campo dell’assistenza sanitaria è maggiore che in altri settori della vita sociale perché queste spese sono spesso inaspettate e il loro costo totale è imprevedibile e sconosciuto fino alla fine del trattamento.

5. Le partnership pubblico-privato

Nel 1998, nel momento più basso della credibilità e del prestigio dell’OMS, viene eletta alla direzione generale dell’organizzazione Gro Harlem Brundtland, già primo ministro norvegese. La sua elezione arresta il declino dell’OMS e ha il merito di riportare il tema della salute nell’agenda politica internazionale. La sua gestione è contrassegnata da alcune importanti iniziative tra cui la pubblicazione del *World Health Report 2000* in cui si

stabiliscono i criteri di valutazione dei sistemi sanitari (iniziativa peraltro molto discussa), l'istituzione della commissione *Macroeconomics and Health* presieduta da J. Sachs, l'adozione da parte dell'Assemblea dell'OMS della Convenzione-quadro sul controllo del tabacco ("*WHO Framework Convention on Tobacco Control*").

Tuttavia la linea politica della Brundland non si discosta molto da quella tracciata dalla Banca Mondiale. La sua *road map* per guidare l'OMS è infatti quella indicata dal Rapporto della BM "*Investing in Health*" del 1993¹⁹. Nei 5 anni della sua direzione (dal 1998 al 2003) si assiste alla moltiplicazione di iniziative finanziate con meccanismi extrabudgetari che arrivano a sorpassare di gran lunga il budget corrente (1.400 milioni di dollari contro 800 milioni di dollari nel 2002). Si tratta di programmi promossi e finanziati da donatori pubblici e privati (*Public-Private Partnership* - PPP) quali: *European Partnership Project on Tobacco Dependence*, *Global Alliance for TB Drug Development*, *Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis*, *Global Alliance to Eliminate Leprosy*, *Global Alliance for Vaccines and Immunization*, *Global Elimination of Blinding Trachoma*, *Global Fire Fighting Partnership*, *Global Partnerships for Healthy Aging*, *Global Polio Eradication Initiative*, *Global School Health Initiative*, *Multilateral Initiative on Malaria*, *Medicines for Malaria Venture*, *Partnership for Parasite Control*, *Roll Back Malaria*, *Stop TB*, *UNAIDS/Industry Drug Access Initiative*.

In queste iniziative eccelle la fondazione di Bill e Melinda Gates che al settembre 2002 aveva versato la cifra di 2,8 miliardi di dollari, di cui 750 milioni indirizzati alla *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI), una PPP in cui l'OMS ha un ruolo marginale.

In un'altra PPP, *Roll Back Malaria*, che conta oltre 80 partner tra organizzazioni bilaterali, multilaterali, non governative e private (tra cui BM, Gates Foundation, Amref, Bayer, Novartis, ENI, Governo Italiano), l'OMS svolge un ruolo dominante. Tuttavia la molteplicità degli attori provoca gravi problemi di gestione e governance sia a livello centrale che periferico²⁰, al punto che la stessa OMS decide di istituire per la malaria una propria struttura autonoma, il *Global Malaria Programme*²¹.

Come era già stato evidenziato i PPP, nuova versione dei programmi "verticali", portano più danni che vantaggi. Osserva Gavin Yamey, autore di una serie di articoli dedicati all'OMS sul BMJ nel 2002 (vedi note bibliografiche 19 e 20), "Le partnership tendono a 'cogliere dall'albero i frutti più bassi', concentrano i loro sforzi nell'ottenere risultati rapidi piuttosto che costruire un sistema sanitario ampio e robusto per venire incontro ai bisogni della popolazione. (...) I paesi poveri inoltre non hanno le risorse per coordinare tutte queste frammentarie iniziative".

Conclude Yamey: "Nel modificarsi dell'architettura della salute globale, la sua governance si sta spostando dalla WHO verso i donatori. L'Assemblea Mondiale della Sanità può essere lenta e burocratica, ma ha i vantaggi della legittimità rappresentativa - 192 paesi, poveri e ricchi tutti con lo stesso potere di voto - e risponde ai Paesi stessi. Le nuove iniziative globali sono al di fuori della governance dell'Assemblea e rispondono ampiamente ai loro donatori: fondazioni private e governi ricchi. Scegliendo quali interventi sanitari finanziare (soprattutto controllo delle malattie infettive), quali strategie adottare (prevalentemente programmi verticali) e quali Paesi debbano ricevere appoggio, queste iniziative stanno indebolendo in forma discutibile l'influenza delle Nazioni Unite sul modo di spendere i soldi per la salute globale."

6. La pandemia AIDS e il Global Fund

Nel 2001 148 accademici dell'Harvard University denunciano il fatto che in Africa sub-Sahariana meno di 40.000 persone stanno ricevendo il trattamento antiretrovirale, nel

momento in cui nella regione 25 milioni di soggetti erano infettati da Hiv o ammalati di Aids e l'epidemia provocava 2,2 milioni di morti all'anno.

Andrew Natsios, allora direttore dell'USAID (*U.S. Agency for International Development*), dichiarava di essere contrario alla distribuzione dei farmaci antiretrovirali in Africa dato che i suoi abitanti non erano in grado di assumerli ad intervalli regolari, non essendo loro in possesso di orologi e non avendo una corretta cognizione del tempo²².

Questo era il livello di attenzione che era riservato alla pandemia di Aids, e al suo tragico impatto sul continente africano, agli inizi del nuovo millennio, quando erano già passati almeno 6 anni da quando nei paesi più ricchi era stato introdotto con successo il trattamento antiretrovirale.

Ma nel 2001 qualcosa cambia. Il 25-27 giugno si tiene a New York una sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite dedicata a Hiv/Aids, dal titolo: "Crisi globale – Azione Globale".

"Noi, Capi di Stato e di Governo, presenti alle Nazioni Unite per la 26^a Assemblea Generale, conveniamo sull'urgente necessità di riesaminare e di affrontare il problema dell'Hiv/Aids in tutti i suoi aspetti, assicurando un impegno globale per migliorare e accrescere il coordinamento e l'intensificazione degli sforzi – a livello nazionale, regionale e internazionale – per combattere tale fenomeno in tutte le sue componenti"

Con questo incipit si apre il documento finale della sessione speciale dell'Assemblea, che indica in 7-10 miliardi di dollari il fabbisogno annuo che la comunità internazionale dovrebbe mettere in campo per contrastare adeguatamente la "crisi globale". Ed è lo stesso Segretario Generale delle Nazioni Unite Kofi Annan ad auspicare l'istituzione di un Fondo speciale per Hiv/Aids, esterno alle Nazioni Unite, aperto ai governi, al settore privato, fondazioni e individui, una nuova "partnership".

A poche settimane di distanza, a conclusione della riunione di Genova il G8 approva l'istituzione di un fondo speciale dedicato non solo a Hiv/Aids, ma esteso a tubercolosi e malaria. "*The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*" (GF) viene formalmente istituito il 29 gennaio 2002 a Ginevra con l'obiettivo di "attrarre, gestire ed erogare risorse aggiuntive attraverso una nuova *partnership* pubblico-privata che darà un contributo significativo e sostenibile alla riduzione di infezione, malattia e mortalità da HIV/AIDS, tubercolosi e malaria, mitigandone l'impatto nei Paesi bisognosi e contribuendo alla riduzione della povertà come parte degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio".

6.1. GF: funzioni e struttura.

Il GF – www.theglobalfund.org - è un'agenzia di finanziamento (e non di implementazione e gestione di progetti). Riceve fondi da donatori pubblici, ovvero governi (93%) e privati, per la maggior parte Bill Gates (7%) ed eroga contributi sulla base di progetti elaborati localmente, da organizzazioni pubbliche e private. A livello di paese la selezione dei progetti avviene tramite i CCM (*Country Coordinating Mechanisms*) – organismi collegiali composti da rappresentanti del governo, di università, di istituzioni bilaterali e multilaterali, di ong e di organizzazioni private, di pazienti. A livello centrale la valutazione dei progetti viene esercitata da un gruppo di esperti – *Technical Review Panel* (TRP) -; sulla base delle raccomandazioni del TRP il consiglio di amministrazione – *Board* - del GF assume le decisioni riguardo alla congruità del progetto. Il Board del GF è composto da rappresentanti dei paesi donatori, dei paesi riceventi, di ong, di organizzazioni private e di comunità delle persone affette: complessivamente 20 seggi (l'unico seggio vacante è attualmente quello spettante all'Italia). A questi si aggiungono i rappresentanti, senza diritto di voto, delle istituzioni multilaterali: OMS, UNAIDS e Banca Mondiale (che agisce

come banca del GF). La gestione corrente del GF è affidata al Segretariato, una struttura di 238 persone a capo della quale è posto il direttore esecutivo, recentemente rinnovato. Il prossimo maggio infatti l'attuale direttore esecutivo Richard Feacham (UK) sarà sostituito dal francese Michel Kazatchkine.

I bandi per la presentazione dei progetti avvengono con cadenza annuale. Il 1° marzo 2007 è stato avviato il 7° Round del GF, con scadenza per la presentazione delle domande il 4 luglio 2007.

6.2. GF: i risultati.

Il documento più recente di consuntivo del GF (**Partners in impact. Result report. February 2007**) riporta i seguenti dati:

- ▶▶ Al 31 dicembre 2006 – dal momento della sua istituzione - il GF ha firmato accordi e impegni di spesa per un totale di 5,3 miliardi di dollari, per 410 progetti in 132 paesi;
- ▶▶ Complessivamente in oltre 3 anni il GF ha erogato 3,24 miliardi di dollari (più esattamente al febbraio 2007 \$ 3.527.176.186) – **Figura 1**.
- ▶▶ Al 1° dicembre 2006 770.000 persone erano in trattamento antiretrovirale, 2 milioni in trattamento DOTS contro la Tb, 18 milioni di zanzariere trattate con insetticidi distribuite per proteggere le famiglie dalla malaria – **Figure 2 e 3**.
- ▶▶ Come effetto di questi risultati – afferma il rapporto del GF – al 31 gennaio 2007 sono state salvate 1 milione e 460 mila vite (al ritmo di 3 mila vite salvate al giorno).
- ▶▶ Riguardo alla distribuzione delle risorse in relazione alle tre malattie oggetto del fondo, il 56% è andato all'Aids, il 28% alla malaria e il 16% alla Tb.
- ▶▶ I finanziamenti del GF si sono indirizzati verso i governi (59%), ong (30%), agenzie multilaterali (9%), privati (2%) e hanno coperto i seguenti settori: prevenzione (33%), trattamento (44%), assistenza e supporto (7%), amministrazione (7%), rafforzamento del sistema sanitario (6%), monitoraggio e valutazione (1%), altro (2%) – **Figura 4**.

Il GF ha funzionato oppure no? Come valutare questi risultati in termini di risorse mobilizzate (input), di prestazioni erogate (output) e di risultati di salute raggiunti (outcome)? Nel cercare di dare qualche risposta ci riferiremo in particolare all'Aids, la patologia che ha assorbito la maggior parte delle risorse del GF.

INPUT. L'obiettivo finanziario raccomandato nel documento finale della sessione speciale dell'Assemblea delle Nazioni Unite del giugno 2001 nella lotta contro l'Aids, fu di 7-10 miliardi di dollari all'anno. Ebbene i fondi effettivamente sborsati dal GF sono stati mediamente qualcosa di più di 1 miliardo di dollari all'anno per le 3 malattie; di questi circa 600 milioni di dollari destinati all'Aids. Come si legge nella **Figura 5** il GF ha contribuito solo per il 21% alla raccolta dei fondi Aids versati dai vari donatori, il cui valore complessivo di conseguenza si aggira intorno ai 3 miliardi di dollari all'anno (meno della metà dell'obiettivo minimo raccomandato dalle Nazioni Unite). Peraltro la **Figura 6** dimostra che negli ultimi anni non si sono registrati aumenti particolarmente significativi nei finanziamenti pro-capite nella lotta contro l'Aids nelle varie aree del mondo: solo i paesi dell'Africa sub-Sahariana presentano un incremento modesto, ma costante (+ 1/2 \$ pro-capite in 4 anni).

OUTPUT. Nel settembre 2003 il Direttore Generale dell'OMS, LEE Jong-wook, il Direttore Esecutivo dell'UNAIDS, Peter Piot, e il Direttore Esecutivo del GF, Richard Feacham, dichiararono che non era accettabile il così basso livello di copertura del trattamento con farmaci antiretrovirali esistente nei paesi a basso e medio livello di sviluppo e che era necessario lanciare una forte iniziativa per ridurre rapidamente tale gap. La campagna fu

denominata: “3 by 5”. Trattare 3 milioni di persone entro il 2005, ovvero raggiungere il 50% della popolazione eleggibile per il trattamento.

Il consuntivo del “3 by 5” è stato deludente, alla fine del 2005 – secondo il dato dell’UNAIDS - solo 1.300.000 soggetti erano in trattamento (il 43% del target, il 20% della popolazione eleggibile). La copertura raggiunta è il frutto del contributo di molteplici iniziative, senonchè ciascun attore si è attribuito il raggiungimento di livelli di copertura la cui somma eccede il risultato certificato dall’UNAIDS. Alle 770.000 persone (di fine 2006) del GF, dobbiamo aggiungere le 822.000 del PEPFAR www.pepfar.gov – The President’s (Bush) Emergency Plan for Aids Relief -, le 415.000 del CHAI www.clintonfoundation.org (Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative), le molte della fondazione di Bill Gates (solo 65.000 in Botswana), le altre – non definite – di altri interventi di cooperazione bilaterale. Studiare i dati sul livello di copertura del trattamento antiretrovirale è un vero rebus, come si può notare dall’analisi del documento UNAIDS (**Tabella 1**), dove i dati provenienti da diverse fonti sono fortemente discordanti.

OUTCOME. Il GF mette a credito circa un milione e mezzo di vite salvate, avvertendoci che il numero va continuamente aggiornato al ritmo di nuove 3000 vite salvate al giorno. Prendiamo per buone queste stime, ma la valutazione dell’outcome non può essere chiusa così. Va infatti preso in considerazione l’**opportunity cost** del GF; ovvero a cosa si è rinunciato, rispetto ad altre possibili alternative, nell’adottare la strategia del GF. Così se il GF può mettere all’attivo il raggiungimento di alcuni obiettivi di salute nel campo di HIV/Aids, Tb e Malaria, nello stesso periodo in Africa si registrano degli aggravamenti dello stato di salute nel settore materno-infantile (vedi ad es: **Figura 7**), che rappresenta il sensore più sensibile del funzionamento generale di un sistema sanitario, in termini di accessibilità e qualità dei servizi sanitari, di dotazione di personale qualificato. Un aggravamento che può anche essere stato direttamente indotto dai meccanismi del GF, attraverso il reclutamento competitivo di personale nelle proprie attività a scapito di altre, come l’assistenza alla gravidanza, al parto e al neonato (non oggetto di fondi speciali o di programmi verticali).

6.3. Implementation crisis

Apoteosi delle partnership pubblico-privato (PPP). Come definire altrimenti il fenomeno della crescita inarrestabile di queste iniziative sull’arena della sanità globale. La PPP “*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*” nasce quando esistono già per ognuno dei settori interessati (AIDS, tbc e malaria) specifiche PPP: UNAIDS www.unaids.org, Roll Back Malaria www.rbm.who.int, Stop Tb www.stoptb.org. Molti attori delle PPP sono presenti ovunque, altri non soddisfatti di essere presenti ovunque creano negli stessi settori linee di intervento e finanziamento autonome, come il PEPFAR di G. W. Bush. Un affollamento di attori e protagonisti a tutti i livelli: nel finanziamento, nella programmazione, nella gestione, nella operatività sul campo, nella valutazione. Una situazione denunciata con preoccupazione dall’UNAIDS in un report del 2005²³, dove si fa notare che a fronte di notevole aumento dei finanziamenti disponibili si assiste a una grave carenza di coordinamento nella gestione dei fondi e nell’organizzazione delle attività, che si traduce in duplicazioni, sovrapposizioni e competizione tra i vari sponsor e che provoca quella che l’UNAIDS ha definito “*the implementation crisis*”: una crisi nella realizzazione dei programmi a causa di un’insopportabile disorganizzazione, con costi amministrativi altissimi.

Un editoriale di Lancet²⁴ segnala un aspetto paradossale di questa disorganizzazione, causata dalla “verticalizzazione” dei servizi. L’aspetto è il seguente: la comorbilità HIV/AIDS-tubercolosi è sempre più diffusa e interessa circa 11 milioni di pazienti e su questa categoria di malati si concentra, tra l’altro, il pericoloso fenomeno della resistenza ai farmaci antitubercolari (XDR-TB). Sarebbe indispensabile che i pazienti affetti da

entrambe le malattie fossero trattati dallo stesso servizio e dagli stessi operatori; e invece avviene che i due programmi (AIDS e TB) operino isolatamente l'uno dall'altro, provocando enormi disagi agli utenti.

6.4. Il rafforzamento del sistema sanitario.

“Perversamente, le forti iniezioni di risorse indirizzate a specifiche malattie (i cosiddetti “programmi verticali”) hanno indebolito le infrastrutture e spostato le risorse umane necessarie per prevenire e trattare malattie comuni (come la diarrea e la polmonite) che uccidono molte più persone. Inoltre i molteplici donatori – ciascuno con le proprie priorità, le proprie procedure amministrative, i propri sistemi di valutazione – hanno prodotto caos e sprechi nei paesi ospiti. Infine un'importante preoccupazione è la sostenibilità di questi programmi verticali dato che i fondi dei donatori possono non essere stabili e duraturi. In conclusione per i paesi riceventi questi fondi hanno rappresentato un elemento di sfida e insieme di destabilizzazione nella gestione del sistema sanitario”²⁵.

Può stupire che osservazioni del genere siano contenute in un recentissimo documento del Fondo Monetario Internazionale (sia pure della serie *Working Paper*), dato che questa istituzione – gemella della Banca Mondiale – porta tutta la responsabilità della promozione dei programmi verticali e delle PPP. E' probabilmente il segno che la misura è colma, che la strategia dei programmi verticali e delle PPP non è più difendibile.

Qualche ripensamento al riguardo c'è stato anche all'interno della struttura tecnica del GF, il *Technical Review Panel*. Ciò è avvenuto quando è scoppiato il caso Malawi, dove i finanziamenti del fondo hanno riguardato solo farmaci e test di laboratorio, ignorando completamente gli investimenti nelle risorse umane; così il già carente organico di personale si è trovato improvvisamente sovraccaricato da un'enorme quantità di nuovo lavoro all'interno di strutture precarie. In questo paese inoltre il GF è entrato in collisione con le politiche del governo che da poco aveva adottato il Sector Wide Approach, altra ricetta della Banca Mondiale (ma della fine degli anni 90, e ormai scaduta...) che prevedeva che fosse il governo locale a decidere la destinazione delle risorse dei donatori²⁶.

A seguito delle proteste del governo il GF, nel Round 5, concesse al Malawi un finanziamento aggiuntivo di 40 milioni di dollari per il rafforzamento del sistema sanitario che si è tradotto nell'assunzione di 5,228 *community health workers* per sostenere il programma *Malawi's Essential Health Package*, che include interventi per HIV/AIDS, malaria, tubercolosi, e altre malattie.

Il Round 5 (2005) consentì per la prima volta di presentare progetti finalizzati al rafforzamento del sistema sanitario. In verità non molti paesi se ne sono avvalsi; tra questi il Rwanda che ha ottenuto finanziamenti per promuovere le assicurazioni sociali.

Il bando del Round 7 (in scadenza il prossimo luglio) prevede, come il precedente, la possibilità di presentare progetti con la componente HSS (*Health System Strengthening*).

Al riguardo va segnalata l'utile e meritoria opera dell'organizzazione *Physicians for Human Rights* (PHR - <http://physiciansforhumanrights.org/>) che annualmente pubblica un manuale – l'ultimo del marzo 2007 - per promuovere l'utilizzazione del GF ai fini del rafforzamento dei sistemi sanitari.

Su questo tema si è espresso anche l'ideatore del GF e suo primo direttore esecutivo (in scadenza), Richard G. Feacham. In un articolo dell'agosto 2006 su *Lancet*²⁷ Feacham traccia un bilancio del GF che trasuda positività e ottimismo da ogni rigo. Solo negli ultimi due paragrafi si apre ad alcune riflessioni critiche. La prima sulla questione del dilemma “programmi verticali-rafforzamento del sistema sanitario”, che si conclude con una proposta tratta da un rapporto di A. Shakow: ripensiamo al ruolo del GF affidandogli compiti di rapido intervento nei riguardi di malattie specifiche, assegnando alla Banca Mondiale l'incarico di dedicarsi alla ristrutturazione a lungo termine dei sistemi sanitari²⁸. La seconda riguarda la limitazione dei fondi a disposizione del GF; “La visione originale

era quella di assegnare al GF 7 miliardi di dollari all'anno solo per l'HIV/AIDS", afferma Feacham e aggiunge: "I risultati ottenuti dimostrano che il fondo meritava di più".

Conclusioni

Incuriositi dalla citazione di Feacham, siamo andati a leggere il lungo saggio di Alexander Shakow, funzionario in pensione della Banca Mondiale, contenente la ricetta per risolvere i gravi problemi della sanità nei paesi poveri. E lì si trovano elencati i motivi per i quali è necessario affidare alla Banca Mondiale il compito di provvedere alla ristrutturazione a lungo termine dei sistemi sanitari:

The World Bank's main comparative advantage lies in systemic health sector capacity building. Its strategic and programmatic focus should emphasize this to a much greater extent and with enhanced clarity. This is fundamental to progress not merely on AIDS but to other diseases and, more generally, to the sustainability of all efforts to improve human health in poorer countries. This is a difficult and complex area, but no other agency has the reach, the expertise, and the experience that the Bank has, including the ability to link the health sector to broader macroeconomic and budgetary issues in each country. Similarly, the Bank should help governments to be more strategic and selective in setting priorities for its AIDS and health activities, encouraging countries to use their limited capacities to implement activities that will have the greatest impact on the epidemic.

Una proposta del genere (con motivazioni allegate) potrebbe apparire una provocazione o perfino uno scherzo, ma il pulpito da cui proviene ci dice che qualcuno sta veramente pensando di istituzionalizzare il ruolo che la Banca Mondiale ha esercitato surrettiziamente in questi ultimi due decenni, quello di super-ministro globale della sanità.

Una nota conclusiva a proposito delle questioni macroeconomiche applicate alla sanità. I finanziamenti del GF – proclamano i documenti - devono essere aggiuntivi rispetto al budget dei governi locali e non sostitutivi. E' bene sapere che questa addizionalità non è affatto scontata (vedi casi di Mozambico e Uganda²⁹) e che c'è una corrente di pensiero macroeconomico (Banca Mondiale e del Fondo Monetario Internazionale) che paventa il rischio che generose iniezioni di aiuti alla sanità possano gravemente danneggiare l'economia del paese (aumento dell'inflazione, rafforzamento della moneta locale, minore competitività delle merci esportabili, etc. – una sindrome denominata Dutch Disease^{30 31}).

¹ T.M. Brown, M. Cueto, E. Fee, The World Health Organization and the Transition from "International" to "Global" Public Health, American Journal of Public Health, January 2006, Vol. 96, 62-72.

² WHO-UNICEF, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, "Health for all" Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978.

³ J.A. Walsh, K.S. Warren, Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries, New Engl. J. Med. 301, 18, 1979, pp. 967-73. Il testo fu presentato al meeting "Health and Population in Developing Countries", sponsorizzato dalla Ford Foundation e dalla Rockefeller Foundation, tenuto a Bellagio nell'aprile 1979.

⁴ J.P. Grant (UNICEF), The State of the World's Children, 1982-83, Oxford University Press, 1982.

⁵ K.S. Warren, The evolution of selective primary health care, Soc. Sci. Med., Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988.

⁶ Conferees Summary Statement. In "Good Health at Low Cost" (Edited by Halstead S.B., Walsh J.A. and Warren K.S.), p. 136. The Rockefeller Foundation, New York, 1985, in K.S. Warren, The evolution of selective primary health care, Soc. Sci. Med., Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988

⁷ A. Green, An Introduction to Health Planning in developing countries, Oxford Medical Publications, Oxford, 1999, p. 62.

-
- ⁸ K.W. Newell, Selective primary health care: the counter revolution, *Soc. Sci. Med.* Vol. 26, No. 9, pp. 903-906, 1988.
- ⁹ The World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reforms.* Washington DC, 1987.
- ¹⁰ J.P. Grant (UNICEF), *The State of the World's Children*, 1989, Oxford University Press, 1989.
- ¹¹ F. Godlee, *The World Health Organization: WHO in crisis*, *BMJ* 1994; 309:1424-28
- ¹² F. Godlee, *WHO in retreat: it is losing its influence?*, *BMJ* 1994; 309:1491-95
- ¹³ F. Godlee, *The World Health Organization: WHO's special programmes: undermining from above*, *BMJ* 1995; 310: 178-182.
- ¹⁴ The World Bank, *World Development Report 1993, Investing in Health*, Washington DC, 1993
- ¹⁵ K. Buse, G. Walt, *Role conflict? The World Bank and the world's health*, *Social Science & Medicine*, 50 (2000) 177-179.
- ¹⁶ C.J.L. Murray, A.K. Acharya, *Understanding DALYs*, *Journal of Health Economics*, 16 (1997) 703-730.
- ¹⁷ M. Jowett, *Bucking the trend? Health care expenditure in low income countries 1990-1995*, *Int. J. Plann. Mgmt*, 14, 269-285 (1999)
- ¹⁸ M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?* *Lancet* 2001; 358: 833-36.
- ¹⁹ G. Yamey, *Have the latest reforms reversed WHO's decline?* *BMJ* 2002; 325: 1107-12
- ²⁰ G. Yamey, *WHO in 2002, Faltering steps towards partnerships*, *BMJ* 2002; 325: 1236-40
- ²¹ R. Levine, *Open letter to incoming director general of the World Health Organization: time to refocus*, *BMJ* 2006; 333: 1015-7.
- ²² L. Garret, *The challenge of global health*, *Foreign Affairs*, January-February 2007.
- ²³ UNAIDS technical support division of labour. August 2005
- ²⁴ Editorial, *Stopping tuberculosis proves hard to do*, *Lancet* 2007; 369: 965.
- ²⁵ W. Hsiao, P.S. Heller, *What should macroeconomists know about health care policy?*, IMF, Working Paper, WP/07/13, January 2007.
- ²⁶ PHRplus, *System-Wide Effects of the Global Fund in Malawi: Baseline Study Report.* October 2005. <http://www.phrplus.org/>
- ²⁷ R.G. Feacham, *An examination of the Global Fund at 5 years*, *Lancet* 2006; 368: 537-540.
- ²⁸ A. Shakow, *Global Fund-World Bank HIV/AIDS programs: comparative advantage study.* 2006.
- ²⁹ G. Ooms, T. Schrecker, *Expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations*, *Lancet* 2005; 365: 1821-23
- ³⁰ L. Garret, *The challenge of global health*, *Foreign Affairs*, January-February 2007.
- ³¹ C. Ebrahim-zadeh, *Back to Basic*, *Finance and Development*, March 2003, Volume 40, Number 1.