

1. La creazione dell'OMS e sessant'anni di sfide tra ideale e realpolitik

Eduardo Missoni

Subito dopo la Seconda guerra mondiale, nel 1945, a San Francisco, la Conferenza delle nazioni unite sull'Organizzazione internazionale votò la costituzione di una nuova organizzazione sanitaria internazionale. Un anno dopo a New York la Conferenza sanitaria internazionale approvò la Costituzione della nuova organizzazione denominata Organizzazione mondiale della sanità (OMS): un'organizzazione internazionale a base universale coordinata con l'Organizzazione delle nazioni unite (ONU), cui venne riconosciuta la qualifica di istituto specializzato ai sensi della Carta dell'ONU. Si trattava del punto di arrivo di un percorso non sempre facile ed è importante identificarne i passaggi più critici per comprendere alcuni problemi strutturali che hanno spesso condizionato in seguito le attività dell'OMS e che in parte si ripropongono oggi nel processo di riforma.

Il primo esempio di cooperazione internazionale in ambito sanitario è probabilmente il regolamento sanitario internazionale, varato nel 1853 per la regolamentazione della quarantena marittima e deciso dalla prima Conferenza sanitaria internazionale tenutasi a Parigi nel 1851. A quella conferenza ne seguirono numerose altre^a tutte centrate sulla rimozione di ostacoli al commercio e al trasporto, nonché sulla protezione dell'Europa da "pestilenze esotiche".¹ L'accordo di Roma, firmato il 9 dicembre 1907, costituì un punto di svolta con la creazione di un Ufficio internazionale di igiene pubblica, l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP) con sede a Parigi e con la funzione principale di raccolta delle notifiche di malattia.²

Subito dopo la Prima guerra mondiale, nel 1920, fu fondata l'Organizzazione della società delle nazioni per la sanità (League of Nations Health Organization, LNHO). Ispirandosi al Patto costitutivo della Società delle nazioni,^b di cui faceva parte, questa nuova entità estendeva il proprio ruolo al di là della sola funzione di osservatorio epidemiolo-

^a Parigi 1859, Costantinopoli 1866, Vienna 1874, Washington 1881, Roma 1885, Venezia 1892, Dresda 1893, Parigi 1894, Venezia 1897 e Parigi 1903.

^b La Società delle Nazioni fu fondata nell'ambito della Conferenza di Pace di Parigi con la firma del Trattato di Versailles del 1919. Fu la prima organizzazione intergovernativa con l'obiettivo della promozione della pace. Fu estinta nel 1946 con la nascita dell'ONU dopo la seconda guerra mondiale.

gico, per includere “provvedimenti di carattere internazionale per la prevenzione e la repressione delle malattie”.³

Sul piano storico non si possono però trascurare alcune esperienze internazionali a carattere regionale che, almeno nel caso dell'Ufficio Sanitario internazionale nelle Americhe – costituito nel 1902, per iniziativa della seconda Conferenza internazionale degli Stati americani e divenuto Ufficio sanitario pan americano (PASB) nel 1923^c – su cui si ritornerà più avanti, influenzarono in seguito l'architettura dell'OMS. Oltre al PASB vanno ricordati altri organismi sanitari creati per l'applicazione di misure quarantenarie nella regione mediterranea e in Europa: il Consiglio superiore di sanità di Costantinopoli (1838), il Consiglio sanitario marittimo e quarantenario d'Egitto (1843), il Consiglio sanitario di Tangeri (1843), il Consiglio sanitario di Teheran (1867) e la Commissione Europa per il Danubio.⁴

Nonostante le crescenti sfide sanitarie mondiali che il secondo conflitto mondiale aveva esacerbato richiedessero un'azione internazionale collettiva, nell'agenda originaria dei lavori della Conferenza di San Francisco non era prevista l'istituzione di un'organizzazione sanitaria internazionale. Nel dopoguerra l'attenzione si era concentrata sull'intervento umanitario e in quel contesto l'assistenza sanitaria era fornita da organizzazioni quali l'UNICEF,^d stabilita nel 1946, e l'Amministrazione per l'assistenza e la riabilitazione, la United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA), fondata nel 1943; quest'ultima individuò da subito la salute tra le sue responsabilità principali.⁵

Riconoscendo la mancanza di uno strumento adeguato per la cooperazione in ambito sanitario, alla Conferenza di San Francisco (aprile-giugno 1945) le delegazioni brasiliana e cinese richiesero congiuntamente la convocazione di una Conferenza generale per la costituzione di una organizzazione sanitaria internazionale. La Conferenza accolse quella mozione all'unanimità e successivamente il Consiglio economico e sociale delle nazioni unite (ECOSOC) mise in agenda la Conferenza sanitaria internazionale incaricandone la preparazione – ivi inclusa la redazione del testo provvisorio della Costituzione della futura

^c Diverrà Organizzazione Sanitaria Pan Americana, Pan American Health Organization (PAHO) nel 1958. Da allora in poi il nome PASB designerà il segretariato della PAHO.

^d Originariamente denominato United Nations International Children's Emergency Fund, da cui l'acronimo UNICEF. Pur senza aver modificato l'acronimo, oggi la denominazione ufficiale non fa riferimento all'emergenza.

organizzazione – a un Comitato tecnico presieduto dal belga René Sand, uno dei pionieri della medicina sociale.⁵ La Conferenza sanitaria internazionale che avrebbe dato vita all’OMS si inaugurò a New York nel giugno del 1946.⁶

Il nome della nuova organizzazione non esplicitava il collegamento diretto con l’ONU, come avrebbero voluto quelli che all’interno del Comitato tecnico avevano proposto il nome “Organizzazione sanitaria internazionale delle nazioni unite”, ma accoglieva l’ideale di universalità, lasciando aperta a tutti gli stati l’opzione di aderire.⁷ La denominazione “Mondiale” riflette tra l’altro la visione di una organizzazione i cui compiti si estendono alla gestione di problemi “globali” la cui soluzione trascende i limiti delle sole relazioni tra Stati.⁸

La definizione del mandato della nuova Organizzazione era stato uno dei compiti centrali del Comitato preparatorio. Le idee del presidente Sand e dello psichiatra canadese George Brock Chisholm e di altri membri del Comitato preparatorio, fautori delle cause sociali della malattia, influenzarono in maniera determinante la definizione di salute^f e il suo riconoscimento come “uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano”, che si trovano nel preambolo della Costituzione dell’OMS. Pur tuttavia, quella visione era vista con sospetto da coloro che equiparavano l’obiettivo dell’equità sociale alla diffusione del comunismo. La distanza tra coloro che ritenevano che il governo dovesse avere un ruolo circoscritto nel settore sanitario e i promotori della medicina sociale ha alimentato da allora anche il dibattito circa il ruolo che debba avere la cooperazione sanitaria internazionale e, quindi, circa il mandato della stessa OMS, nella quale è spesso prevalso l’approccio biomedico per il controllo delle malattie.⁵

Il tema della non interferenza negli affari interni dei Paesi partecipanti, ricorrente in tutte le conferenze internazionali, si ripropose anche nel corso della Conferenza sanitaria. Mentre si riconosceva alla futura Organizzazione il ruolo di “autorità di direzione e coordinamento” dell’attività sanitaria internazionale, si assicurò che l’assistenza ai singoli

^e In senso stretto un’organizzazione internazionale è un’organizzazione che origina dalle relazioni tra stati-nazione. Il termine “globale” implica una prospettiva transnazionale, ovvero relativa a problemi, iniziative e relazioni tra attori che trascendono il controllo politico e amministrativo di singoli Stati e le relazioni tra più Stati. Il termine “globale” include le relazioni e le problematiche internazionali.

^f “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l’assenza di malattia o infermità”.

Paesi fosse subordinata alla loro richiesta e accettazione.

Analogamente fu largamente dibattuto il potere quasi legislativo che veniva conferito all'Assemblea mondiale della salute (AMS) per il varo di regolamenti in un'ampia gamma di questioni tecniche per lo più inerenti il controllo della diffusione delle malattie, gli standard inerenti procedure diagnostiche e dei prodotti biomedici, e la pubblicità dei prodotti biomedici commercializzati internazionalmente (articolo 21 della Costituzione dell'OMS). Così come l'automatismo per l'entrata in vigore "per tutti gli Stati membri" di quei regolamenti, sulla base della sola comunicazione dell'approvazione da parte dell'AMS, salvo per gli Stati che, nei termini prescritti nella comunicazione, dichiarino di non accettarli (articolo 22). Alcune delegazioni percepivano quelle disposizioni come violazione della sovranità degli Stati.⁵

Su due temi il Comitato Tecnico preparatorio non aveva raggiunto il consenso: la futura sede centrale dell'Organizzazione e l'integrazione delle organizzazioni sanitarie internazionali preesistenti.⁷ Anche per la Conferenza questo secondo punto rappresentò uno dei temi più ostici e su cui fu più difficile trovare l'accordo. Capitanata dagli Stati Uniti, un'intera sezione della Conferenza insisteva per mantenere separata e autonoma l'Organizzazione Panamericana, in relazione di associazione con l'OMS, per la quale avrebbe agito come Comitato regionale per le Americhe. A quel punto fu avanzata anche la richiesta che si garantissero le medesime condizioni all'Ufficio sanitario della Lega Araba recentemente costituito. Alla fine la soluzione fu quella di prevedere l'integrazione "al momento opportuno", basando il processo di integrazione sull'azione comune e il mutuo accordo tra le competenti autorità delle organizzazioni coinvolte.⁹

Infine, anche l'importanza della collaborazione con attori esterni all'Organizzazione rimase impressa nel testo costitutivo. Oltre all'esplicito collegamento con l'ONU e le altre agenzie specializzate del sistema delle Nazioni Unite, venne inclusa la possibilità di stabilire meccanismi di cooperazione e consultazione con organizzazioni non governative. Quest'ultima è comunemente considerata una delle innovazioni potenzialmente più utili introdotte nella legislazione internazionale del dopoguerra.⁹

La Costituzione dell'OMS fu finalmente approvata il 2 luglio 1946. La sede fu stabilita a Ginevra. Contemporaneamente la conferenza approvò un protocollo per la dissoluzione dell'OIHP e varò una commissione per far confluire nella nuova organizzazione le attività sanitarie di

LNHO e UNRRA. Sessantuno stati (di cui 51 erano già allora membri dell'ONU) sottoscrissero il Trattato istitutivo dell'OMS; Cina e Regno Unito furono gli unici a farlo senza riserve. La Commissione ad interim istituita per gestire il periodo transitorio che si immaginava essere di solo pochi mesi dovette rimanere in carica per quasi due anni per il ritardo con cui si raggiunse la quota di 26 ratifiche prevista dall'Accordo.² Il Trattato entrò in vigore il 7 aprile 1948 con la ratifica da parte di 26 Stati membri dell'ONU, tra cui l'Italia.

Sessant'anni di luci e ombre

Per analizzare il ruolo dell'OMS nella salute globale, si può dividere la sua storia in quattro periodi: il primo (1948-1988) va dalla sua costituzione come agenzia specializzata dell'ONU al termine dell'incarico di Hafdan Mahler come terzo Direttore generale (DG) dopo Brock Crisholm (1948-1953) e Marcolino Gomez Candau (1953-1973); altri due coincidono con i periodi di incarico dei suoi successori Hiroshi Nakajima (1988-1998) e Gro Harlem Brundtland (1998-2003), il quarto periodo inizia con la gestione di Lee Jong-Wook (2003-2006) e continua con i mandati dell'attuale DG, la cinese Margareth Chan, rieletta a maggio del 2012.

Il primo periodo potrebbe essere definito di “assestamento e leadership”. Nel corso della prima parte di questo periodo l'OMS lanciò importanti programmi di controllo ed eliminazione di certe malattie tra cui: il trattamento massivo della sifilide, l'eradicazione della malaria, l'eradicazione del vaiolo (quest'ultima rappresenta a oggi l'unico successo nell'eradicazione di una malattia e fu certificato dall'AMS nel 1980). Questo periodo coincise con le crescenti tensioni della guerra fredda, e nel 1949 si assistette alla uscita dall'OMS dei Paesi del blocco sovietico, poi rientrati nel 1957.⁵ In questo periodo di assestamento furono anche adottati mediante accordo internazionale i Regolamenti sanitari internazionali (International Sanitary Regulations, 1951), poi rivisti e rinominati Regolamenti internazionali per la salute (International Health Regulations, IHR) nel 1969,¹⁰ ulteriormente sottoposti a revisione attraverso un processo decennale conclusosi nel 2005.¹¹ Il nuovo accordo IHR, entrato in vigore nel 2007 e attualmente vincolante per i 194 Paesi firmatari, ha rappresentato per anni l'unica disposizione legalmente vincolante di governance della salute a livello internazionale. Nel 2003 all'IHR si è aggiunta la Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), la Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco.¹² Nell'ultima fase di questo periodo, sotto la

guida di Hafdan Mahler (1973-1988), l'OMS si afferma come la "coscienza globale per la salute" sfidando apertamente le pratiche commerciali dell'industria internazionale farmaceutica e alimentare.¹³ È sotto la guida di Hafdan Mahler che, nel 1977, l'OMS adottò l'obiettivo "Salute per tutti entro l'anno 2000" e che, l'anno successivo, con la Dichiarazione di Alma Ata, la Primary Health Care (PHC) venne identificata come la migliore strategia per raggiungere tale obiettivo, non soltanto quale parte integrante del sistema sanitario nazionale, ma dello sviluppo sociale ed economico complessivo di ciascun Paese, in una prospettiva basata sull'equità e sulla partecipazione della comunità, incentrata sulla prevenzione e l'adozione di tecnologie appropriate, secondo un approccio intersettoriale integrato allo sviluppo. In quello stesso periodo, tra l'altro, venne introdotta la lista dei farmaci essenziali, fu lanciato il codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno, e si realizzò la prima Conferenza internazionale per la promozione della salute conclusasi con la Dichiarazione di Ottawa del 1986.¹⁴

Il secondo periodo può essere definito come il "periodo buio" per l'OMS e la salute globale. Coincide con l'avvento e il prevalere delle politiche neoliberali e un approccio alla salute di tipo riduttivo, centralista e verticale. Nel corso degli anni novanta l'influenza di differenti soggetti sulla scena sanitaria internazionale cambiò progressivamente. La leadership dell'OMS fu contrastata dall'emergere di altri soggetti che affermavano il loro ruolo nel campo della salute: altre organizzazioni dell'ONU, la Banca Mondiale, i Fondi e le Banche di sviluppo regionali, le grandi multinazionali farmaceutiche e molte organizzazioni no profit. In questo periodo l'OMS accentuò la centralizzazione della gestione, diventando una macchina troppo pesante, scarsamente organizzata, burocratica. La sua immagine peggiorò notevolmente anche a causa dei sospetti di corruzione all'interno dell'organico.¹⁵ Il DG Hiroshi Nakajima non riuscì a dare risposte convincenti alla sfida posta al mondo sanitario e all'OMS in quel periodo, si distanziò dal personale e dai partner dell'organizzazione con una gestione caratterizzata da disaccordi e scarsa comunicazione.¹³

Con la nomina di Gro Harlem Brundtland nel 1998, sembrò che l'OMS intendesse riprendere la leadership della tutela della salute pubblica. Da una parte Brundtland si trovava di fronte alla necessità di riaffermare il ruolo dell'OMS nell'ambito del panorama internazionale, dall'altra di riorganizzarla al suo interno. Alcuni autori sostengono che ebbe più successo con il primo obiettivo che con il secondo.¹⁶ Sin dalla

sua nomina, Brundtland aveva definito quattro indirizzi per l'OMS: ridurre le malattie, ridurre i rischi per la salute, creare sistemi sanitari sostenibili, e sviluppare una politica efficace nel campo della salute.¹⁷ In quell'ottica la nuova DG dichiarò che gli obiettivi dell'organizzazione erano combattere la povertà, il sottosviluppo e le disuguaglianze sociali.¹⁸ Di questo periodo sono:

- il Rapporto sulla salute mondiale del 2000,¹⁹ incentrato sui sistemi sanitari, che coraggiosamente ne misurava l'efficacia anche attraverso criteri di solidarietà sociale e indicatori generali di salute, ma che suscitò molte critiche sul piano metodologico;²⁰⁻²²
- l'istituzione della "Commissione su macroeconomia e salute", guidata da Jeffrey Sachs, per dimostrare la relazione diretta esistente tra economia e salute e l'impatto sullo sviluppo economico degli investimenti in salute;²³
- la crescente interazione dell'OMS con il settore privato, manifestata anche con la decisa promozione delle partnership globali pubblico-privato (Global Public-Private Partnership, GPPP).

Considerando la differenza tra gli obiettivi dell'OMS e quelli dei partner privati, e l'accresciuta dipendenza dell'OMS dai finanziamenti privati, era prevedibile che quelle interazioni avrebbero ulteriormente ridotto l'indipendenza dell'OMS.²⁴ In effetti l'OMS non fu capace di assicurarsi il coordinamento delle iniziative con il settore privato, offrendo piuttosto supporto incondizionato alle GPPP e riducendo così il suo ruolo a semplice consulenza tecnica nei confronti di quelle nuove entità internazionali.

Due risultati devono indubbiamente essere riconosciuti a Gro Harlem Brundtland: l'aver messo la salute nell'agenda del Millennium Summit, e l'aver persuaso tutti gli stati membri ad approvare nel 2003 la FCTC, entrata poi in vigore nel 2005; per molti "una pietra miliare" nella storia della responsabilità sociale del settore privato e della salute pubblica.¹³ Più autori si trovano d'accordo sulla recuperata immagine e credibilità internazionale dell'OMS alla fine del mandato Brundtland,²⁵ che non coincise necessariamente con un accresciuto peso nello stabilire la direzione dell'agenda globale.

L'influenza delle fondazioni private (in particolare della Bill & Melinda Gates Foundation) e delle diverse GPPP (soprattutto il Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFATM, e la Global Alliance on Vaccines and Immunization, GAVI, poi ribattezzata GAVI Alliance) continuarono a crescere e il problema della posizione dell'OMS nella configurazione della governance globale che stava emergendo

rimase irrisolto sotto la leadership di Lee Jong-Wook,¹³ succeduto a Brundtland nel 2003 e il cui mandato, prematuramente interrotto dalla sua improvvisa scomparsa nel 2006, sembrava poter coincidere con la riaffermazione dei principi di Alma Ata. All'inizio del suo mandato Lee aveva confermato il suo totale impegno nei confronti degli Obiettivi di sviluppo del millennio (Millennium Development Goals, MDG), considerandoli "punti focali strategici nell'ambito di un'agenda di salute ampia come quella costruita dopo Alma Ata".²⁵ Introducendo il Rapporto mondiale sulla salute 2003 "Dando forma al futuro", il primo pubblicato sotto il suo mandato come DG, Lee affermò: "la situazione sanitaria globale attuale solleva urgenti questioni di giustizia".²⁶ Il rapporto riaffermava la necessità di rinforzare i sistemi sanitari e sollecitava di ripartire dai valori e dalle pratiche di PHC; richiamava anche la necessità di rispondere alle necessità della popolazione e di rendere i sistemi sanitari più equi. Alcuni considerarono quel rapporto "nuovo nel suo tentativo di offrire un approccio integrato al miglioramento della salute".²⁷ In effetti, anche nel fare riferimento all'iniziativa più importante di Lee, ovvero il trattamento di 3 milioni di persone affette da AIDS con la terapia antivirale entro l'anno 2005 (conosciuta come iniziativa "3 by 5"), come ad altre iniziative specifiche, il rapporto poneva particolare enfasi sul ruolo dei sistemi sanitari nel raggiungimento degli obiettivi di salute. Ciò che contraddistinse maggiormente il mandato di Lee fu certamente l'istituzione della Commissione sui determinanti sociali della salute, che lanciò nel marzo 2005 e i cui lavori si conclusero con uno storico rapporto nel 2008.²⁸

Dopo l'improvvisa morte di Lee Jong-Wook, la comunità sanitaria internazionale guardò con speranza alle dichiarazioni della nuova DG, Margaret Chan, che si impegnava a lavorare instancabilmente "per rendere questo mondo un posto più sano" in un quadro di riferimento costituito da un "nobile sistema di valori etici".²⁹ In linea con quella visione, il Rapporto 2008 dell'OMS rilanciava i valori e le strategie di Alma Ata,³⁰ nello stesso tempo in cui la Commissione sui determinanti sociali della salute⁸ confermava la necessità di un approccio intersettoriale.²⁸ Cinque anni dopo, ormai prossima alla fine del suo mandato, Margaret Chan riconsiderava però il ruolo direttivo che la Costituzione del 1948 attribuì all'OMS: "Nell'odierno affollato panorama della salute pubblica, la leadership non deriva da un mandato formale, deve essere guadagnata attraverso un impegno strategico e selettivo. L'OMS non può più ambire a dirigere e coordinare tutte le attività e le politiche

⁸ Capitolo 11

che oggi influenzano la salute pubblica in molteplici settori”.³¹

Riferimenti bibliografici

1. WHO. The first ten years of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1958, pp. 3-14
2. WHO. The first ten years of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1958, pp. 15-34
3. The Covenant of the League of Nations. New York, 28 aprile 1919, articolo 23 (f)
4. WHO. The first ten years of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1958, pp. 54-71
5. Lee K. The World Health Organization. Routledge, Oxon, 2009, pp. 12-24
6. WHO. The first ten years of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1958, pp. 37-39
7. WHO. The first ten years of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1958, pp. 40-43
8. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *Am J Public Health* 2006;96:62-72
9. WHO. The first ten years of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1958, pp. 44-53
10. International Health Regulations (1969). WHO, Geneva, 1983
11. International Health Regulations (2005). WHO, Geneva, 2008
12. Framework Convention on Tobacco Control. WHO, Geneva, 2003
13. Global Health Watch. Global Health Watch 2005-2006. An alternative world health report. Zed Books Ltd, London, 2005
14. The Ottawa Charter for Health Promotion (1986) www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html
15. Smith R. The WHO: change or die. *BMJ* 1995;310:543-4
16. Yamey G. WHO in 2002: why does the world still need WHO? *BMJ* 2002;325:1294-8
17. WHO. Dr. Gro Harlem Brundtland, director-general elect: the Speech to the 51st World Health Assembly. Geneva, 13 May 1998
18. The Brundtland era begins. *Lancet* 1998;351:381
19. WHO. The world health report 2000. Health systems: improving performance. WHO, Geneva, 2000
20. Richardson J, Wildman J, Robertson IK. A critique of the World Health Organisation’s evaluation of health system performance. *Health Economics* 2001;12:355-66
21. Braveman P, Starfield B, Geiger HJ. World health report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ* 2001;323:678-81
22. Williams A. Science or marketing at WHO? A commentary on ‘World Health 2000’. *Health Economics* 2001;10:93-100
23. WHO. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health,

chaired by Jeffrey D. Sachs. WHO, Geneva, 2001

24. Ford N, Piedagnél J. WHO must continue its work on access to medicines in developing countries. *Lancet* 2003;361:3

25. Minelli E. World Health Organization. The mandate of a specialized agency of the United Nations. Dissertation for the Political Science Degree specializing in International Relations at the Catholic University of Milan, Milan, 2003 www.gfmer.ch/TMCAM/OMS_Minelli/Index.htm

26. Haines A. Shaping the future of global health. *Bull World Health Organ* 2003;81:855

27. Walt G. WHO's World Health Report 2003. Shaping the future depends on strengthening health systems. *BMJ* 2004;328:6

28. CSDH. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008

29. Chan M. Speech to the World Health Assembly, 9 November 2006

30. WHO. The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever. WHO, Geneva, 2008

31. Chan M. Introductory remarks at an informal consultation on the future of financing for WHO. WHO, Geneva, 12 January 2010 www.who.int/dg/speeches/2010/financing_who_20100112/en/index.html