

18. C'è bisogno di una riforma. Ma di che riforma? L'OMS di fronte alla sfida di una ricollocazione strategica

Eduardo Missoni

Nel corso della storia dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), in più occasioni e da più parti ne è stata sollecitata una riforma. In occasione di ogni elezione di un nuovo Direttore generale (DG) le riviste scientifiche più attente alla vita dell'OMS ne hanno esaminato i punti deboli e individuato i cambiamenti necessari nella speranza che la nuova direzione potesse darvi in qualche modo attuazione. Ogni volta sono riemerse in buona parte le stesse questioni e si sono confrontati interessi contrapposti non molto diversi da quelli che già influenzarono il dibattito all'epoca della costituzione dell'OMS (capitolo 1). Oggi però lo scenario globale è profondamente cambiato.

L'OMS nel nuovo scenario della salute globale

Con l'accelerazione del processo di globalizzazione e l'affermarsi dell'ideologia neoliberista si è assistito alla deregolamentazione e liberalizzazione dei regimi commerciali e alla riduzione ai minimi termini dello stato sociale. Le condizioni locali di vita e di salute sono sempre più influenzate da determinanti molto remoti, dal marketing aggressivo delle industrie (tabacco, alcol, alimenti e bevande poco sane, eccetera), dal deterioramento ambientale e dalla precarizzazione del lavoro prodotti di quel modello economico, e sono rese ancor più incerte per la maggior parte della popolazione mondiale dalla privatizzazione dei servizi sanitari e sociali, nonché dalla mercificazione di beni e servizi essenziali, quali l'acqua o la rete elettrica.¹ La salute, dunque, non dipende più solo dalle condizioni di un paese, ma da forze globali che agiscono al di fuori del controllo dei singoli Stati, tanto da divenire oggetto della politica estera al pari di altre questioni globali quali la sicurezza, la sostenibilità dello sviluppo, la governance democratica e i diritti umani.²

Per il suo mandato originario di autorità direttiva e di coordinamento sanitario internazionale, l'OMS dovrebbe essere in prima linea nell'affermazione e difesa del diritto alla salute. Pur trovandosi di fronte a dinamiche per le quali probabilmente non era stata progettata,³ è pur tuttavia dotata degli strumenti normativi e regolatori per farlo; scarsamente usati fino a oggi (capitolo 3), difficilmente quei poteri sa-

rebbero conferiti a un'organizzazione che si costituisse oggi.⁴ L'esperienza ha insegnato che costruendo le giuste alleanze è possibile far fronte alle sfide più difficili anche sul piano regolatorio, come nel caso della Convenzione quadro per il controllo del tabacco (FCTC) (capitolo 9) Ma salvo quelle poche eccezioni, negli ultimi decenni l'OMS ha piuttosto subito le trasformazioni globali, cedendo leadership per soddisfare i poteri forti. Certa mancanza di trasparenza nella gestione, in particolare in situazioni complesse (come nel caso dell'epidemia dell'influenza suina),⁵ e la tendenza a cercare alleanze con il potere economico, piuttosto che rispondere all'esclusivo interesse pubblico,⁶ hanno determinato infine una grave crisi di credibilità. La rilevanza, se non la sopravvivenza dell'OMS richiedono oggi una coraggiosa ricollocazione strategica.

Nel dicembre del 2010 Jack Chow, un ex-vice direttore generale dell'OMS, la definiva come "passata di moda, sottofinanziata ed eccessivamente politicizzata", chiedendosi se l'OMS stesse divenendo "irrilevante".⁷ L'attuale DG, Margaret Chan, rispondeva indirettamente spiegando che "nell'odierno affollato panorama della sanità pubblica" la leadership non può derivare dal mandato formale, ma deve essere guadagnata mediante un coinvolgimento strategico e selettivo. "L'OMS", sottolineava Margaret Chan, "non può più aspirare a dirigere e coordinare tutte le attività e le politiche nei multipli settori che influenzano la sanità pubblica oggi".⁸ Il DG evidentemente si riferiva da un lato alla ricordata crescente influenza di determinanti della salute al di fuori della portata delle tradizionali competenze del settore sanitario e dall'altro al sempre più confuso contesto della governance globale. Il suo discorso però tradiva la ricerca di soluzioni di ridimensionamento del ruolo dell'OMS, piuttosto che una necessariamente coraggiosa riaffermazione del proprio mandato in chiave strategica.

Se nel 1948, per influenzare le strategie globali per la salute, poteva essere sufficiente interagire quasi esclusivamente con i ministeri della sanità e i governi, oggi l'OMS deve essere capace di portare e difendere le priorità per la salute nelle più diverse sedi di negoziato e formulazione delle politiche economiche, sociali e ambientali. Deve interloquire con una crescente diversità di soggetti pubblici e privati portatori d'interessi molto diversi e contrastanti, anche mediante un uso appropriato dei nuovi media ed esercitando un'influenza normativa attraverso l'informazione e il collegamento con la cittadinanza globale.³ Di fronte a dinamiche politiche, economiche e sociali globalizzate, deve saper rispondere in modo coordinato superando le inefficienze e le

contraddizioni derivanti da un'elevata autonomia delle sei regioni, storicamente condizionata (capitolo 2), ma da sempre organizzativamente inadeguata,⁹ con catene di comando disfunzionali, piani, criteri operativi e procedure distinti, controllo puramente formale del Comitato esecutivo (CE) sugli organi regionali, e scarsa trasparenza complessiva.⁴

Nonostante una crescita senza precedenti negli ultimi due decenni di fondi destinati globalmente alla salute, questi sono stati prevalentemente destinati a iniziative verticali, e ampiamente basate sulla distribuzione di singoli prodotti (per esempio vaccini, farmaci, zanzariere) per il controllo dell'HIV/AIDS e di poche altre malattie, in volumi del tutto sproporzionati rispetto alla rilevanza di quelle condizioni nel panorama epidemiologico globale.¹⁰ Parallelamente si è assistito alla nascita disordinata di numerose nuove organizzazioni, partnership pubblico-privato, iniziative bilaterali, attori non statali, più o meno filantropici, in particolare la Fondazione Bill e Melinda Gates (B&MGF), e soggetti commerciali che hanno spesso messo in ombra o apertamente contrastato l'OMS, contribuendo significativamente all'inefficienza del sistema globale di salute, a una insostenibile frammentazione a tutti i livelli e alla confusione generale.

Certamente tra i diversi fattori che hanno imposto all'OMS la cessione di leadership vi sono i forti limiti all'autonoma definizione delle priorità e alla pianificazione legati, tra l'altro, alla modalità in cui è finanziata. Il bilancio dell'OMS è costituito attualmente per circa l'80 per cento di contributi volontari (capitolo 17) Di questi, il 26 per cento proviene da donatori privati ivi inclusa la B&MGF che con 280 milioni di dollari statunitensi è il secondo contribuente dopo gli Stati Uniti.¹¹ Inoltre più dell'86 per cento dei contributi volontari non ha alcun grado di flessibilità ed è del tutto imprevedibile, impedendo una corretta programmazione e definizione delle priorità, sempre più condizionate dai donatori, ivi inclusi gli Stati Uniti i cui arretrati nei pagamenti delle quote obbligatorie erano nel 2010 pari al 5 per cento del bilancio regolare dell'OMS.¹² Correggere questa situazione ed evitare che gli Stati membri e gli altri contribuenti usino lo strumento finanziario per influenzare le strategie dell'OMS è di importanza fondamentale e rappresenta di per sé una priorità.

La riforma è messa all'ordine del giorno

Non sorprende dunque che il tema dei finanziamenti e la sproporzione

tra fondi regolari e fuori bilancio sia all'ordine del giorno nei progetti di riforma dell'OMS fin dal 2009. Il tema però ha ripreso vigore nel maggio 2011 con la presentazione del "Futuro del finanziamento dell'OMS" alla 64^a Assemblea mondiale della salute (AMS).¹³ Giustificandolo con la necessità di rivedere i meccanismi finanziari (capitolo 17), quel rapporto di fatto introduceva un piano di riforma ben più ampio e teso a rivedere anche il modo di operare, la forma di governo e le dinamiche decisionali dell'OMS e, probabilmente, il suo ruolo sullo scenario della salute pubblica globale. Il rapporto indicava sette temi.¹³

- Il core business (potere di convocazione per una salute migliore; generare evidenza su tendenze e determinanti della salute; fornire consulenza per la salute e lo sviluppo; coordinare la sicurezza sanitaria; rafforzare sistemi e istituzioni sanitarie).
- Aumentare l'efficacia dell'organizzazione.
- Migliorare il management e la trasparenza basata su risultati.
- Politiche, pianificazione e gestione delle risorse umane.
- Finanziamento, risorse e comunicazione strategica.
- Efficacia dell'OMS a livello Paese.
- Ruolo dell'OMS nelle governance globale.

Per rispondere ai dubbi sull'attuale rilevanza dell'OMS, l'ultimo dei temi indicati era probabilmente il più importante. Non deve quindi sorprendere che l'attenzione di molti osservatori, in particolare quelli della società civile che chiedono un'OMS "che giochi un ruolo leader nella governance della salute globale"¹⁴ e che hanno seguito in modo sistematico il processo di riforma (capitolo 16) vi si sia concentrata.

Il rapporto presentava come una delle possibili innovazioni nella governance dell'OMS l'introduzione di un Foro mondiale della salute (World Health Forum, WHF), uno spazio di dibattito che prevedeva il coinvolgimento di Stati membri, società civile, settore privato, università e altre organizzazioni internazionali, "con il ruolo di stabilire le future priorità della salute globale tenuto conto delle diverse prospettive dei partecipanti". Il fatto che la proposta contemplasse una partecipazione alla definizione delle priorità di "Stati membri e partner" e si preoccupasse di rispondere alle aspettative di entrambi, lasciava trasparire una potenziale eccessiva influenza del settore privato commerciale su quelle decisioni e suscitava preoccupate reazioni di diversi Stati membri e organizzazioni della società civile. "Come farebbe il WHF a rispondere alle aspettative degli attori commerciali senza usurpare le prerogative della governance della stessa OMS?" si leggeva in un documento diffuso dai principali network della società civile.¹⁵ Altri mo-

tivi di sospetto si basavano sulla tardiva presentazione, solo pochi giorni prima dell'AMS, di un piano di riforma, un tempismo denunciato da alcuni rappresentanti della società civile come un "assegno in bianco" da far firmare agli Stati membri¹⁴ e percepito forse come "un tentativo di sovvertire i principi di governance dell'OMS e amoreggiare con l'industria privata".¹⁶ Altrettanto preoccupante la scoperta del piano del Segretariato dell'OMS di finanziare almeno parte del programma di riforma con fondi della B&MGF,¹⁶ un'informazione che ben si collegava ai ripetuti deferenti riferimenti rivolti da Margaret Chan a quella fondazione nel suo discorso di chiusura dell'AMS.¹⁷

L'AMS approvò la proposta di un percorso di riforma presentata dal DG chiedendo al CE di istituire un processo che consentisse di esaminare le questioni identificate nel rapporto.¹⁸ Fu il CE ad avviare immediatamente dopo l'AMS del 2011 un primo processo di consultazione trasparente e inclusivo per poter giungere alla definizione di un piano di riforma, da esaminare nel corso di una sessione speciale dello stesso CE nel novembre dello stesso anno. In quell'occasione il DG presentava una nuova versione del suo rapporto "WHO Reforms for a Healthy Future", in cui tra l'altro annunciava l'abbandono dell'idea del WHF, che non era stata sostenuta dagli Stati membri.¹⁹ Ciononostante, secondo alcuni autori, termini quali "inclusività" e "ampliamento del coinvolgimento" degli "stakeholder", continuavano a tradire una massiccia ristrutturazione dell'OMS e la promozione delle sue relazioni con attori del settore privato. Una "privatizzazione" dell'OMS iniziata già all'epoca di Gro Harlem Brundtland con la promozione e il coinvolgimento delle partnership pubblico-privato, in linea con i dettami neoliberisti che vedono di buon occhio la partecipazione di attori commerciali nei processi di decisione e persino la sottrazione di specifici temi di interesse pubblico alla sfera di decisione pubblica. Si tratta secondo quegli stessi autori di una direzione opposta a quella tesa a garantire l'indipendenza finanziaria delle istituzioni pubbliche e la difesa e ampliamento degli spazi di pubblico dibattito.²⁰ Il sospetto di scarsa trasparenza del processo veniva suscitato anche dalla dichiarazione del DG per cui la valutazione "procederà in parallelo con altri aspetti della riforma".¹⁹ Osservatori critici sottolineavano l'illogica sequenza di una valutazione successiva a una riforma manageriale già messa in atto con tagli e riallocazione del personale, prima di aver valutato struttura e priorità dell'organizzazione.²¹

Il Rapporto del DG presentato alla Sessione speciale del CE proponeva ora un nuovo percorso di riforma, suddiviso in tre sezioni principali:

programmazione e definizione delle priorità, governance e riforma manageriale.¹⁹ Senza modificarne l'impostazione generale, il CE intervenne a fondo su quella proposta con numerosi emendamenti. Il CE insistette tra l'altro sulla necessità che il futuro sistema di individuazione delle priorità si basasse su di un "processo diretto dagli Stati membri". Riaffermò il principio che pur nella ricerca di maggiore inclusione di altri attori "gli organi di governo dell'OMS devono avere un ruolo chiave nella definizione delle priorità" e che il rapporto con altri soggetti debba comunque essere guidato "dalla natura intergovernativa del processo decisionale dell'OMS". Infine, indicò che "lo sviluppo dei meccanismi esistenti deve avere la precedenza sulla creazione di nuovi forum, riunioni o strutture".²²

Le decisioni dell'Assemblea mondiale della sanità

Dopo una serie di passaggi istituzionali (riunione del CE a gennaio 2012) e di consultazioni con gli Stati membri e le organizzazioni della società civile, che alcuni hanno giudicato piuttosto lenti e mancanti di un cronogramma preciso,²³ nel maggio del 2012 la 65^a AMS ha confermato la struttura della riforma su tre livelli: programmatico, di governance e manageriale.

La riforma programmatica concerne i criteri, le categorie e la tempistica per la definizione delle priorità per la formulazione del 12^o Programma generale di lavoro (PGL12) e il bilancio per il biennio 2014-2015. L'AMS ha messo l'accento sulla necessità di enfatizzare in quel programma i determinanti della salute e criteri di equità, aspetti cui è data scarsa rilevanza nel documento presentato dal Segretariato che sembra trascurare, come ritengono alcuni, l'impatto determinante sulla salute di politiche in settori diversi da quello sanitario, come per esempio quello commerciale e finanziario, e il ruolo che l'OMS dovrebbe giocare come "agenzia leader nel guidare il dibattito politico e le soluzioni alle iniquità in termini di salute pubblica che ne derivano".²⁴

Nell'ambito delle raccomandazioni concernenti la riforma della governance, quelle riguardanti il rapporto con i Comitati regionali e la ricerca di un maggiore allineamento procedurale tra le organizzazioni regionali riflette oggettive necessità di maggiore coordinamento ed efficienza, sulle quali difficilmente emergeranno controversie sostanziali, visto che gli aspetti strutturali (come l'esistenza o l'autonomia di organizzazioni regionali che furono oggetto di vivace dibattito alle origini dell'OMS) (capitolo 1), non sono stati messi in discussione. Lo stesso

dicasi per quanto riguarda l'approvazione di alcune migliorie procedurali atte a migliorare l'efficienza delle riunioni del CE e le comunicazioni con gli Stati membri, nonché la richiesta al DG di individuarne delle altre.

Per quanto concerne invece le relazioni con gli stakeholder, l'AMS ha in parte rimandato ogni decisione chiedendo al Segretariato di predisporre proposte di politiche inerenti il collegamento dell'OMS con le Organizzazioni non governative (ONG) e le sue relazioni con il settore privato commerciale, nonché un rapporto sugli accordi con le partnership pubblico-privato ospitate dall'OMS. Significativa in tal senso la richiesta al DG di "farsi guidare" nella predisposizione di quei documenti dai seguenti criteri:

- la fondamentale natura intergovernativa del processo decisionale dell'OMS;
- l'obbligo di basare lo sviluppo di norme, standard, politiche e strategie, che rimane il cuore del lavoro dell'OMS, sull'uso sistematico dell'evidenza e di proteggerlo "dall'influenza di ogni forma di interesse particolare";
- la dovuta consultazione con "tutte le parti rilevanti" tenendo presenti i principi e le linee guida predisposti per le interazioni dell'OMS con gli Stati membri e parti terze;
- ogni nuova iniziativa deve apportare chiari benefici e valore aggiunto in termini di miglioramento delle politiche o di aumento della capacità nazionale dal punto di vista della sanità pubblica;
- lo sviluppo di meccanismi esistenti deve avere la precedenza sulla creazione di nuovi forum, riunioni o strutture, basandosi su di una chiara analisi completa di come i costi aggiuntivi possano condurre a risultati migliori.

Finalmente, in merito alla riforma manageriale, l'AMS non poteva che notare le trasformazioni messe in atto dal Segretariato, come quelle riguardanti le politiche del personale, il sistema di controllo interno, le aree di rendicontazione, gestione del rischio e conflitti di interesse, la costituzione di un ufficio per l'etica, e la comunicazione strategica. L'AMS però, significativamente, chiedeva al DG di sviluppare ulteriormente le proposte per "aumentare la trasparenza, la prevedibilità e la flessibilità del finanziamento dell'OMS". Anche la proposta di valutazione era rimandata al CE del gennaio del 2013, quando dovranno essere presentati anche i termini di riferimento per la seconda fase della valutazione indipendente avviata nel 2012 e i cui primi risultati sono

stati presentati all'AMS. Infine, approvava le raccomandazioni espresse dal CE nella sua sessione speciale del novembre 2011 concernenti aspetti di efficienza ed efficacia organizzativa.²⁵

Attraverso un'ulteriore serie di passaggi istituzionali (discussione nei Comitati regionali, riunione straordinaria del Comitato per il programma, il budget e l'amministrazione), la riforma dovrebbe tornare all'AMS nel maggio del 2013. Tra i temi più critici vi sarebbe la posizione nella bozza del PGL12 di temi trasversali (determinanti sociali, equità di genere, salute come diritto umano e cure primarie per la salute) che sembrerebbe si tenda a marginalizzare, tanto da giustificare il richiamo dell'AMS, nell'ottica di una focalizzazione del piano di lavoro su un numero limitato di categorie. Ancora una volta il maggiore "allineamento" e "l'armonizzazione" tra Regioni e sede centrale saranno oggetto di forte dibattito, e critica sarà ogni raccomandazione inerente le modalità di finanziamento dell'OMS, ivi inclusa la loro trasparenza, prevedibilità e flessibilità, questione da cui il processo di riforma prese avvio. Sulla base delle priorità identificate in questa fase, sui cui si esprimerà il CE a gennaio 2013, il DG cercherà l'appoggio dei donatori, che in definitiva stabiliranno quali sostenere. Un meccanismo che evidenzierebbe il controllo dei donatori sul bilancio dell'OMS. Intanto il Segretariato dovrà sviluppare le politiche concernenti le relazioni con gli attori privati secondo quanto indicato dall'AMS.²⁶

Conclusioni

Benché il processo in atto abbia mobilitato più energie e consultazioni che in passato, non sembrerebbe che i risultati portino a una sostanziale riabilitazione dell'OMS. La riforma di cui essa ha bisogno infatti è quella che le consentirebbe di rilanciare e consolidare il proprio mandato,²⁰ usando appieno i poteri e gli strumenti regolatori di cui già dispone. Sembrerebbe invece crescere il rischio di un'interpretazione ulteriormente riduttiva del suo ruolo, con una funzione "normativa" intesa come definizione di standard biomedici piuttosto che come regolamentazione di settori e attività a elevato impatto sulla salute pubblica. Il "vantaggio competitivo", peraltro strategico, dell'OMS sta proprio nel mandato, nella natura universale e nei citati poteri normativi e regolatori, non nel fare alcune cose meglio di altri, come convocare riunioni e condensare le conoscenze in documenti tecnici.²⁶ Il passaggio fondamentale da compiere è passare da una semplice pianificazione strategica, che si sintetizza nell'identificazione più o meno selettiva delle priorità su cui concentrare l'azione, a un vero e proprio ripensa-

mento e ricollocazione strategica, che per l’OMS, oggi più di allora, non può che essere il riappropriarsi del ruolo di leadership conferitole dalla Costituzione. È in quel senso che deve recuperare fiducia, ricercare efficienza organizzativa e trovare le risorse che la sostengano. Ma la fiducia può essere costruita solo sulla capacità di agire indipendentemente da influenze indebite, nel solo interesse della salute pubblica e del diritto di tutti i popoli al “raggiungimento del più alto livello possibile di salute”. “La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e della sicurezza e dipende dalla piena cooperazione di individui e Stati”,²⁷ e lo stesso vale per l’OMS. La politica mondiale e i suoi rapporti di forza sono incorporati alla natura stessa dell’OMS e ai suoi meccanismi di governo, finanziamento e definizione delle priorità, e influenzeranno inevitabilmente la sua riforma.²⁸ Gramscianamente spetta però alla società civile e ai suoi “intellettuali organici” operare, anche in quella sede, per l’egemonia culturale della salute intesa come diritto umano fondamentale.

Riferimenti bibliografici

1. WHO Commission on Social Determinants of Health. 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. World Health Organization, Geneva, 2008 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
2. Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal and Thailand. Why we need a Commission on Global Governance for Health. *Lancet* 2012;379:1470-1
3. Pang T, Garrett L. The WHO must reform for its own health. *Nature Medicine* 2012;18:646
4. Sridhar D, Gostin LO. Reforming the World Health Organization. *JAMA* 2011;305:1185-6
5. Flynn P. The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed. Council of Europe - Social, Health and Family Affairs Committee; 2010 March, p. 1-9
6. Motchane JL. WHO's responsible? *Le Monde diplomatique*, English edition [Internet] 2012 August 25 <http://mondediplo.com/2012/07/17/who>
7. Chow JC. Is the WHO becoming irrelevant? *Foreign Policy*, 2010 Dec 8 www.foreignpolicy.com/articles/2010/12/08/is_the_who_becoming_irrelevant
8. World Health Organization. The future of financing for WHO. Report of an informal consultation convened by the Director-General. WHO, Geneva, 2010 March, p. 1-32
9. Godlee F. The World Health Organisation: The regions - too much power, too little effect. *BMJ* 1994;309:1566-70
10. Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ et al. Financing of global health:

tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet* 2009;373:2113-24

11. World Health Organization. Voluntary Contributions by fund and by donor for the year ended 31 December 2010. 2011 December 5:1-23
12. World Health Organization. Status of collection of assessed contributions, including Member States in arrears in the payment of their contributions to an extent that would justify invoking Article 7 of the Constitution. 64th World Health Assembly. WHO 2011 April:1-16. Report No.: A64/31
13. World Health Organization. The future of financing for WHO. World Health Organization: reforms for a healthy future. WHO 2011 May p. 1-5. Report No.: A64/INF.DOC./5
14. People's Health Movement. Comments on "The future of financing for WHO". 64th World Health Assembly 2011 May 15:1-4
15. IBFAN, People's Health Movement. Press Release, Geneva 16th May 2011. NGOs call on Member States to stop the World Health Forum
16. Hawkes N. "Irrelevant" WHO outpaced by younger rivals. *BMJ* 2011;343:d5012
17. Chan M. Historical agreements at the 64th World Health Assembly. WHO, Geneva, May 2011
18. World Health Organization. WHO reform. 64th World Health Assembly Agenda item 11; May 2011
19. World Health Organization. WHO reforms for a healthy future. Report by the Director General. WHO, 2011 October, p. 1-41. Report No.: EBSS/2/2
20. Richter J. WHO reform and public interest safeguards: an historical perspective. *Soc Med* 2012;6:141-50
21. People's Health Movement. DGH PHM Comment on EBSS Decisions 05 December 2011 - with signatures. 2011 December 9:1-5
22. World Health Organization. Executive Board. Special session on WHO Reform. Decisions. p. 1-6. Report No.: EBSS/2/DIV/2
23. Collier R. World Health Organization reform languishes. *CMAJ* 2012:E173-4
24. Medicus Mundi International. Statement by Medicus Mundi International. 2012 August p. 1-2
25. World Health Organization. Decisions and list of resolutions. 65th World Health Assembly 2012 June, p. 1-10
26. People's Health Movement. WHO Watch Report: WHO Reform 2010-12. 2012 August p. 1-14
27. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 45th edition. WHO, Geneva, 2006
28. Lee K. The World Health Organization. Routledge, Oxon, 2009