

Over the two decades prior to the onset of the global economic crisis, real disposable household incomes increased by an average 1.7% a year in OECD countries. In a large majority of them, however, the household incomes of the richest 10% grew faster than those of the poorest 10%, so widening income inequality. Differences in the pace of income growth across household groups were particularly pronounced in some of the English-speaking countries, some Nordic countries, and Israel. In Japan, the real incomes of those at the bottom of the income ladder actually fell compared with the mid-1980s.

In OECD countries today, the average income of the richest 10% of the population is about nine times that of the poorest 10% - a ratio of 9 to 1. However, the ratio varies widely from one country to another. It is much lower than the OECD average in the Nordic and many continental European countries, but reaches 10 to 1 in Italy, Japan, Korea, and the United Kingdom; around 14 to 1 in Israel, Turkey, and the United States; and 27 to 1 in Mexico and Chile.

OECD country ISO codes

Australia	AUS	Japan	JPN
Austria	AUT	Korea	KOR
Belgium	BEL	Luxembourg	LUX
Canada	CAN	Mexico	MEX
Chile	CHL	Netherlands	NLD
Czech Republic	CZE	New Zealand	NZL
Denmark	DNK	Norway	NOR
Estonia	EST	Poland	POL
Finland	FIN	Portugal	PRT
France	FRA	Slovak Republic	SVK
Germany	DEU	Slovenia	SVN
Greece	GRC	Spain	ESP
Hungary	HUN	Sweden	SWE
Iceland	ISL	Switzerland	CHE
Ireland	IRL	Turkey	TUR
Israel	ISR	United Kingdom	GBR
Italy	ITA	United States	USA

Emerging country ISO codes

Brazil	BRA	Indonesia	IDN
China	CHN	Russian Federation	RUS
India	IND	South Africa	ZAF

- **Accesso alla salute**
- **I determinanti della salute**
- **Disuguaglianze**

- **Politiche sanitarie in Africa: sfide e soluzioni**

La copertura per l'assistenza sanitaria è definita qui come la quota della popolazione che riceve un set di base dell'assistenza sanitaria in beni e servizi nell'ambito di programmi pubblici e attraverso un'assicurazione sanitaria privata. Esso include quelle coperte per sé e i propri familiari.

La copertura pubblica si riferisce sia ai programmi di governo, generalmente finanziati dalla tassazione, sia all'assicurazione sanitaria sociale, generalmente finanziate dalle tasse sui salari.

L'adozione di assicurazione sanitaria privata è spesso volontaria, anche se può essere obbligatoria per legge o obbligatorio per i dipendenti come parte delle loro condizioni di lavoro. I premi sono generalmente relative al reddito, anche se l'acquisto della copertura privata possono essere sovvenzionati dal governo.

Assicurazione sanitaria privata può essere sia complementare e complementare in Danimarca, Corea e nuova Zelanda.



Accesso alla salute

ACCESSO A:

- **FARMACI ESSENZIALI**
- **SALUTE MATERNO-INFANTILE**
- **ALIMENTI**
- **ACQUA POTABILE**
- **LATRINE**
- **ISTRUZIONE**



Oggi nel mondo vivono 6,8 miliardi di persone (2008).

Di queste:

- 815 milioni di persone (1 su 8) sono sottoalimentate
- 1 miliardo di persone (1 su 7) non hanno accesso ad acqua potabile
- 133 milioni di bambini (1 su 6) non frequentano la scuola (97% di loro vive nei paesi in via di sviluppo)
- 860 milioni di adulti non sanno leggere né scrivere; 544 milioni sono donne
- Il 19% dei bambini tra i 5 ed i 14 anni lavora

- **Durante l'ultimo decennio la richiesta di acqua è aumentata di 6 a 7 volte, più del doppio del tasso di crescita della popolazione . (UNESCO)**
- **Il consumo da sorgenti idriche è aumentato da 250 metri cubi per persona (1900) a 700 metri cubi per persona (2003). (Environment Canada)**

Consumo d'acqua giornaliero pro capite (UNDP 2002):

Stati Uniti: 590 lt.

Italia: 320 lt.

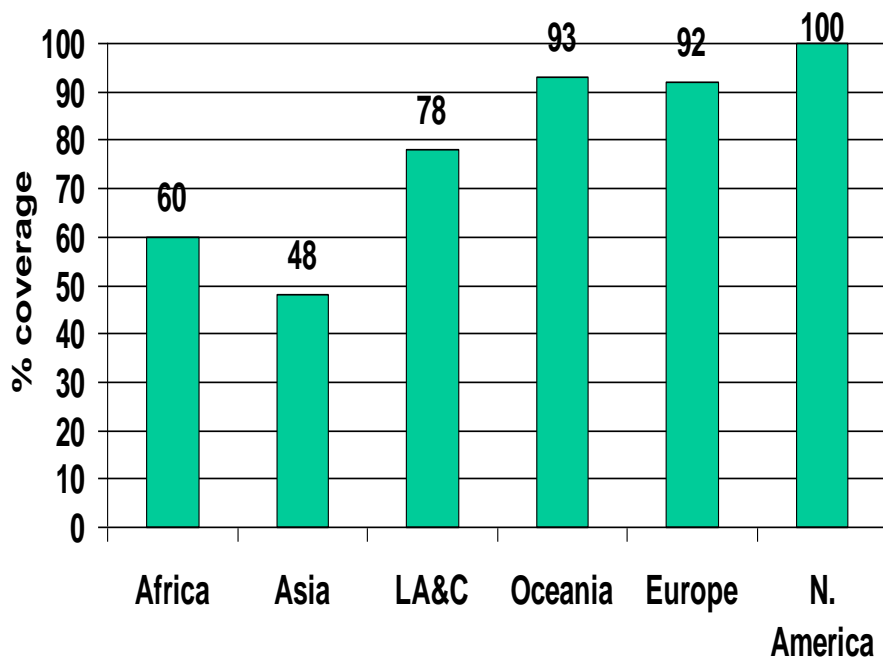
Cina: 88 lt.

Mali: 12 lt.

- **1.2 miliardi di persone, 20% della popolazione mondiale non hanno accesso ad acqua potabile. (UNESCO)**
 - 10% in aree urbane, 40% in aree rurali (UNICEF)
- **Ogni anno, circa 3.4 milioni di persone, soprattutto bambini, muoiono per malattie acqua-correlate e circa 2.2 milioni muoiono per diarrea associata a carenza di acqua, latrine ed igiene. (OMS)**



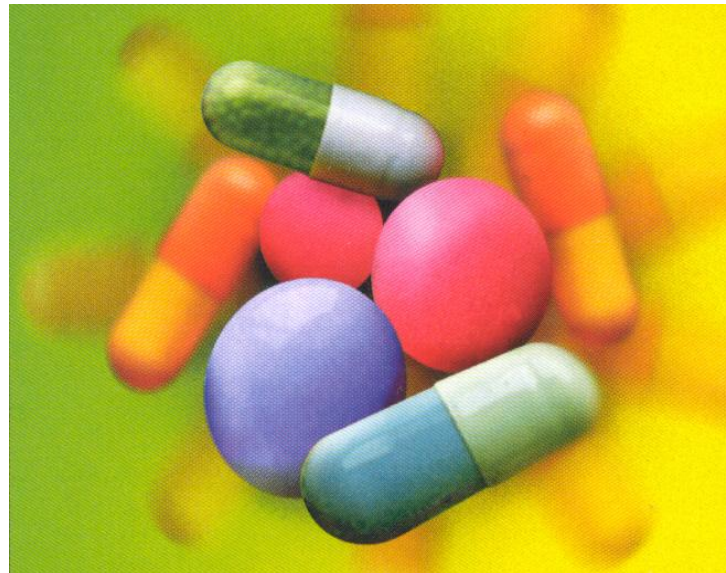
Latrine, accesso per regione (2000)



Mancanza di servizi igienici

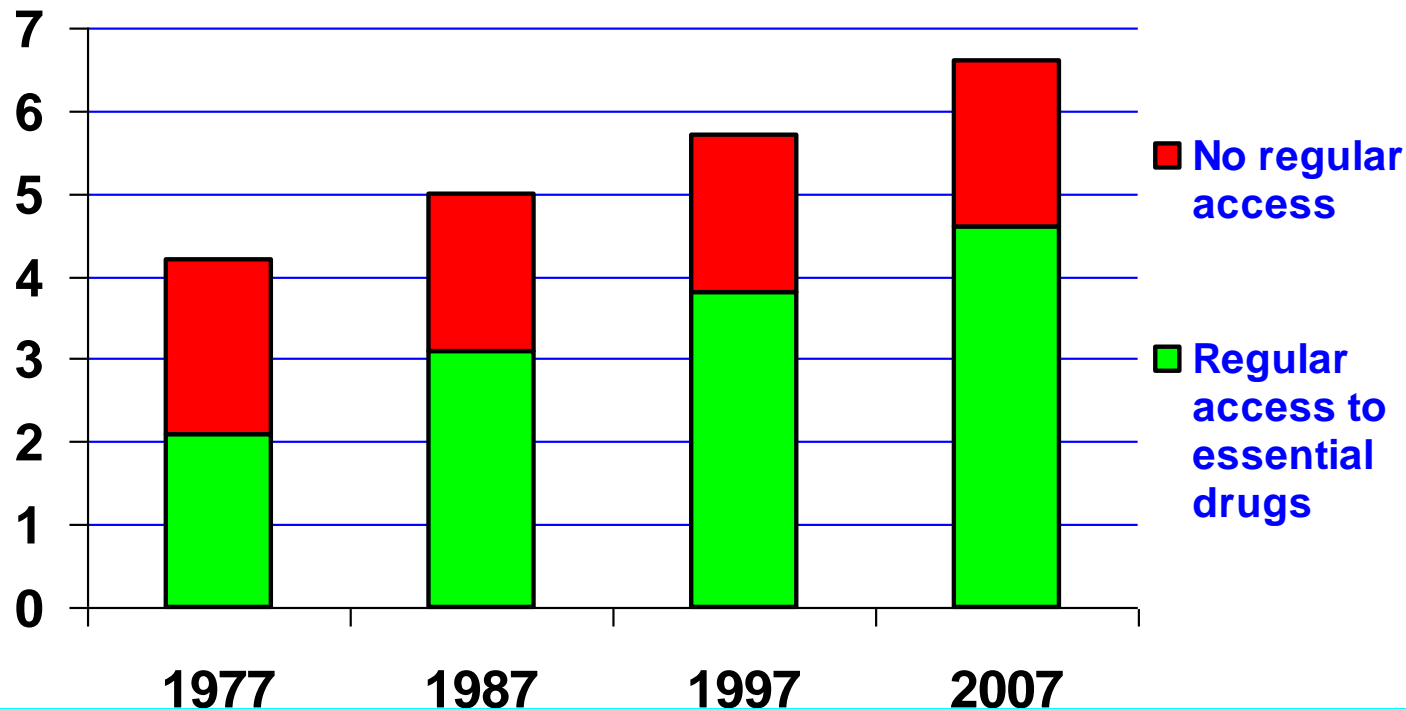
- Solo il 53% della popolazione dell'Africa subsahariana ha accesso a servizi igienici.
- **2.4 miliardi di persone (40%) non hanno accesso a servizi igienici elementari. (OMS)**

Accesso ai Farmaci Essenziali: diseguaglianze ed opportunità



La disponibilità e l'accesso ai farmaci essenziali è aumentata da 2 a 4 miliardi negli ultimi 30 anni – ma quasi due miliardi di persone rimangono ancora escluse

Numero di persone (miliardi)



In 32 paesi il 50% della popolazione non ha accesso:

- La spesa pubblica per i farmaci è insufficiente
- Limitata copertura della assicurazioni per la salute
- Nuovi farmaci essenziali sono più cari
- Il sistema di distribuzione è spesso non affidabile e malgestito

I DETERMINANTI DELLA SALUTE



VECCHIO CONCETTO DI SALUTE

- Centrato su **malattia**, medico, ospedale, terapia
- Poca attenzione alle vere cause delle malattie
- Per pochi (censo, distribuzione, classe sociale...)
- **Inefficace sulla salute della popolazione**
- Il paziente va dal medico
- Il paziente va a cercare la salute
- **Poca attenzione alle variabili culturali**
- La salute è nelle mani di pochi "eletti"

NUOVO CONCETTO DI SALUTE

- Centrato su **prevenzione**/promozione
- Molta attenzione ai **determinanti socio-economici** (vere cause delle malattie)
- Equità
- Efficace sulla **salute della popolazione**
- Il "medico" va dal paziente
- La salute va a cercare l'individuo
- Attenzione alle variabili culturali
- Deve essere esercitata da molti/tutti



Che cos'è la salute?

L' Organizzazione Mondiale della
Sanità definisce la salute come:

*“stato di completo benessere fisico, mentale,
sociale e spirituale
e non la mera
assenza di malattia o di infermità”*

*“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.”*

OMS, Dichiarazione di Alma Ata (URSS), 12 Settembre 1978

I determinanti della salute

Potere, leggi, proprietà, genere, accesso al credito, trasporti ...



- **Determinanti prossimali:** hanno un diretto e relativamente immediato collegamento con un risultato di salute
- **Determinanti distali:** si collocano all'inizio di quella che può essere una lunga e complessa catena di cause.

DISTALI

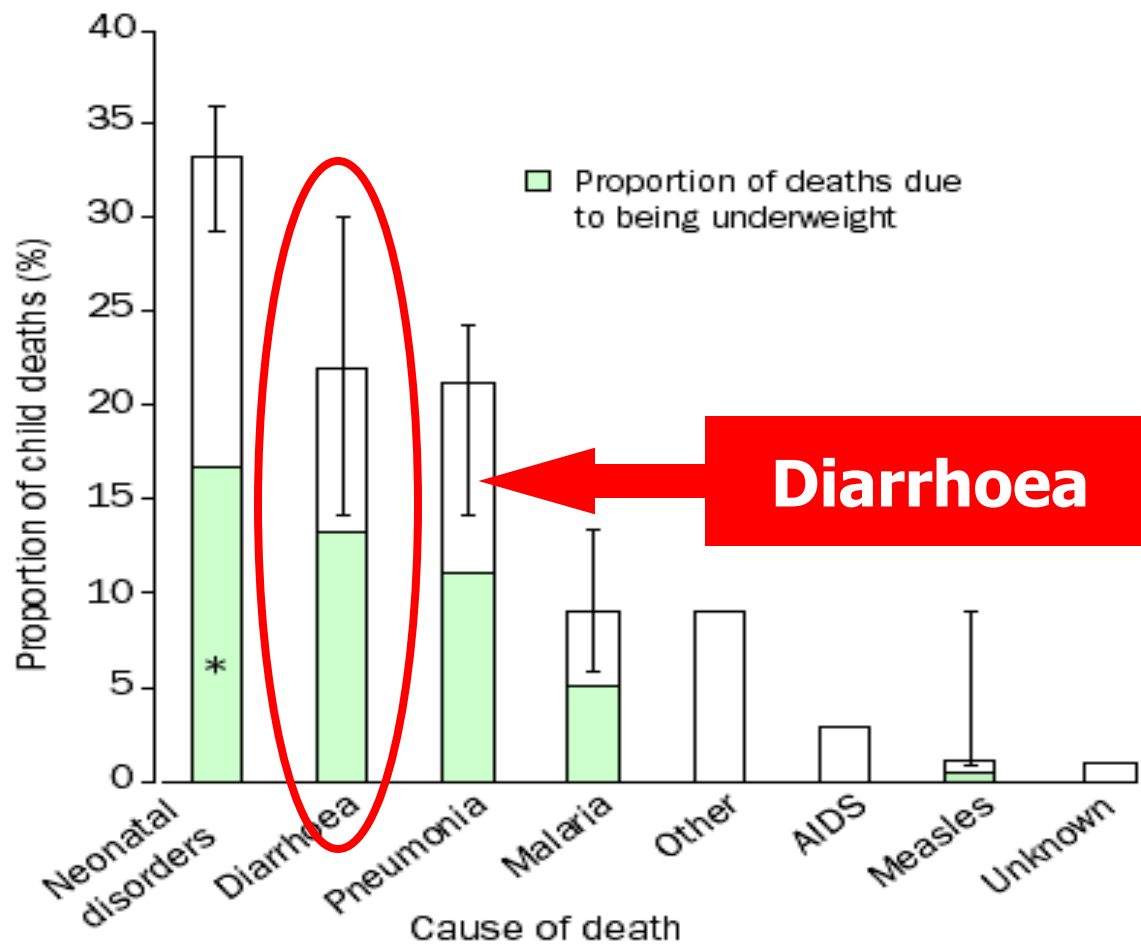
D
E
F
E
R
M
-
Z
A
Z
-
I
D
E
F
F
A
S
A
C
T
E

- **Condizioni economiche, sociali, culturali, ambientali del paese**
- **Reddito e classe sociale**
- **Istruzione e cultura**
- **Posizione lavorativa**
- **Reti affettive e sociali**
- **Nutrizione**
- **Abitazione e igiene**
- **Stili di vita**
- **Accesso ai servizi sanitari**
- **Qualità dei servizi sanitari**

PROSSIMALI

Child survival I

Where and why are 10 million children dying every year?



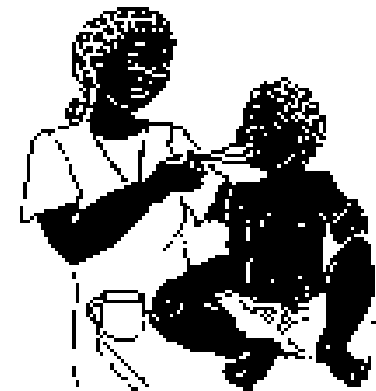
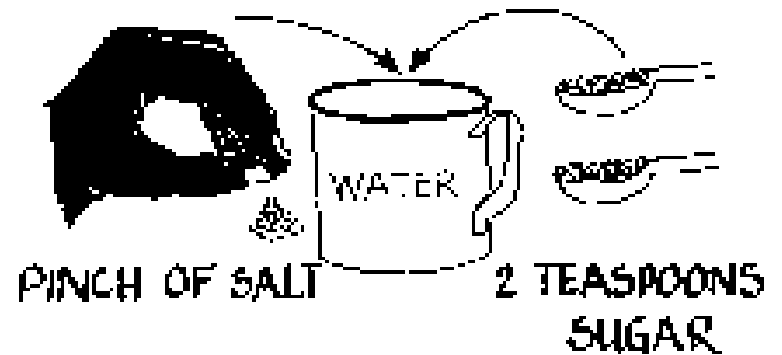
Diarrhoea



Appropriate feeding is very important during and after a persistent diarrhoea episode.



DIARRHOEA



GIVE 1-2 CUPS AFTER EVERY STOOL

Tanzania

Reddito pro-capite: 280US\$

Speranza di vita a.n.: 45aa

Spesa San. Totale p-c.: 13US\$

Spesa San. Pubbl. p-c.: 7US\$

La mamma ha solo due
anni di educazione
elementare

La mamma deve
riconoscere la gravità
della malattia

La mamma deve
prendere un mezzo
di trasporto

La famiglia ha un
reddito < 2US\$ al
giorno

La mamma deve pagare
la fees del dispensario
o dell'ospedale

Diarrea

Il bambino è denutrito

Il bambino ha bevuto
acqua contaminata

Personale/
personale preparato
nella struttura
sanitaria?

Farmaci adeguati
nella struttura
sanitaria?

Tanzania

Reddito pro-capite: 280US\$

Speranza di vita a.n.: 45aa

Spesa San. Totale p-c.: 13US\$

Spesa San. Pubb. p-c.: 7US\$

Determinanti distali

La famiglia ha un
reddito < 2US\$ al
giorno

Il bambino è denutrito

Il bambino ha bevuto
acqua contaminata

Personale/
personale preparato
nella struttura
sanitaria?

Farmaci adeguati
nella struttura
sanitaria?

La mamma ha solo due
anni di educazione
elementare

La mamma deve
riconoscere la gravità
della malattia

La mamma deve
prendere un mezzo
di trasporto

La mamma deve pagare
la fees del dispensario
o dell'ospedale

Diarrea

Determinanti prossimali

Globalizzazione, diseguaglianze, iniquità

- La globalizzazione economica e culturale fa aumentare o diminuire le disuguaglianze e le iniquità?
 - C'è chi sostiene, che nel medio-lungo termine la globalizzazione faccia bene all'economia globale e che, tra gli altri vantaggi, porti ad un miglioramento generale dello stato di salute
 - C'è chi dice, al contrario, che la globalizzazione fa male, anche a lungo termine, e che la salute del mondo, inteso come popolazione ed ambiente, sta peggiorando
- Chi ha ragione?

Distribuzione mondiale delle morti dei bambini (10 M) al di sotto dei 5 anni (ogni punto=5000 morti)

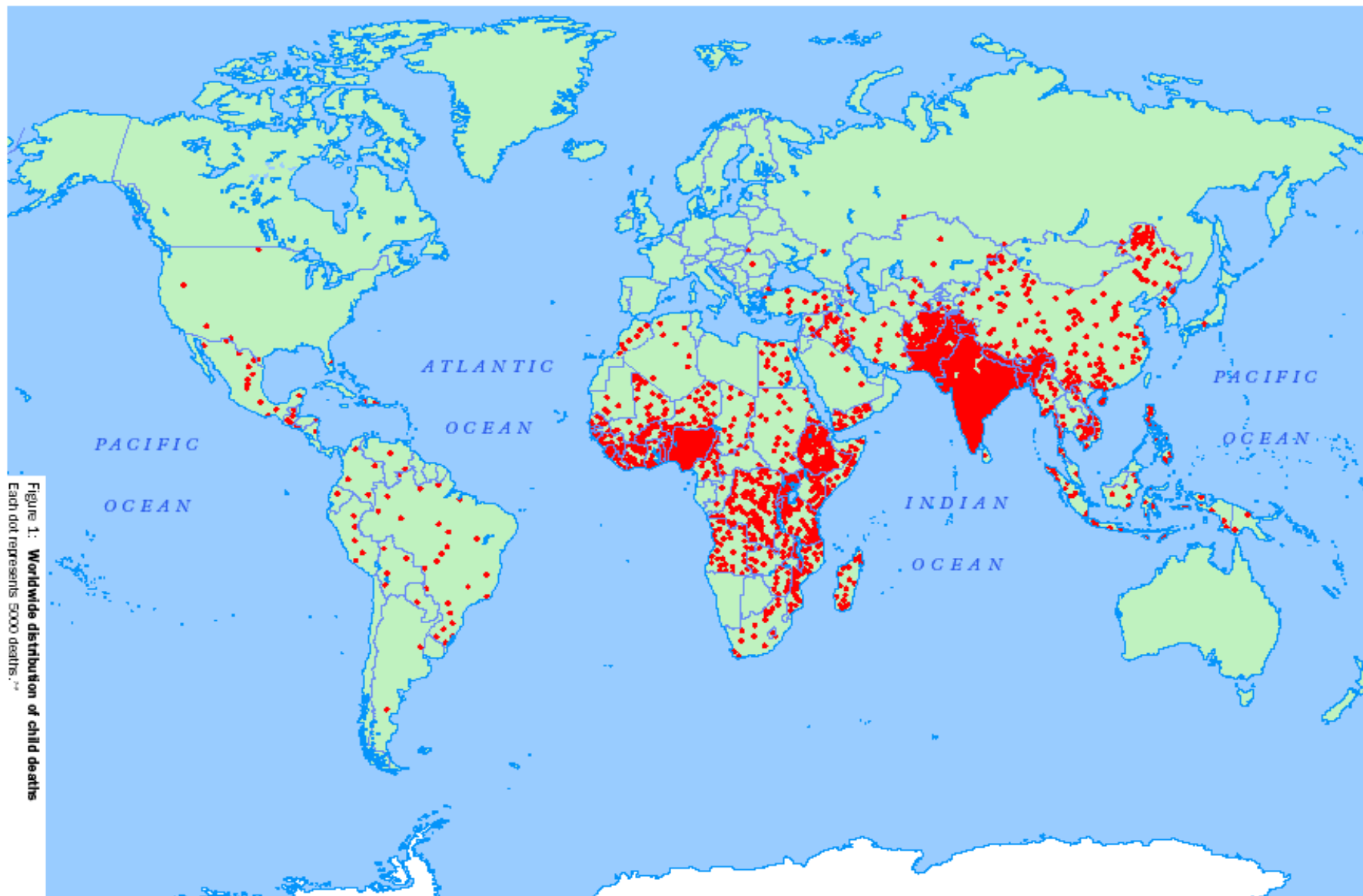


Figure 1: Worldwide distribution of child deaths
Each dot represents 5000 deaths.

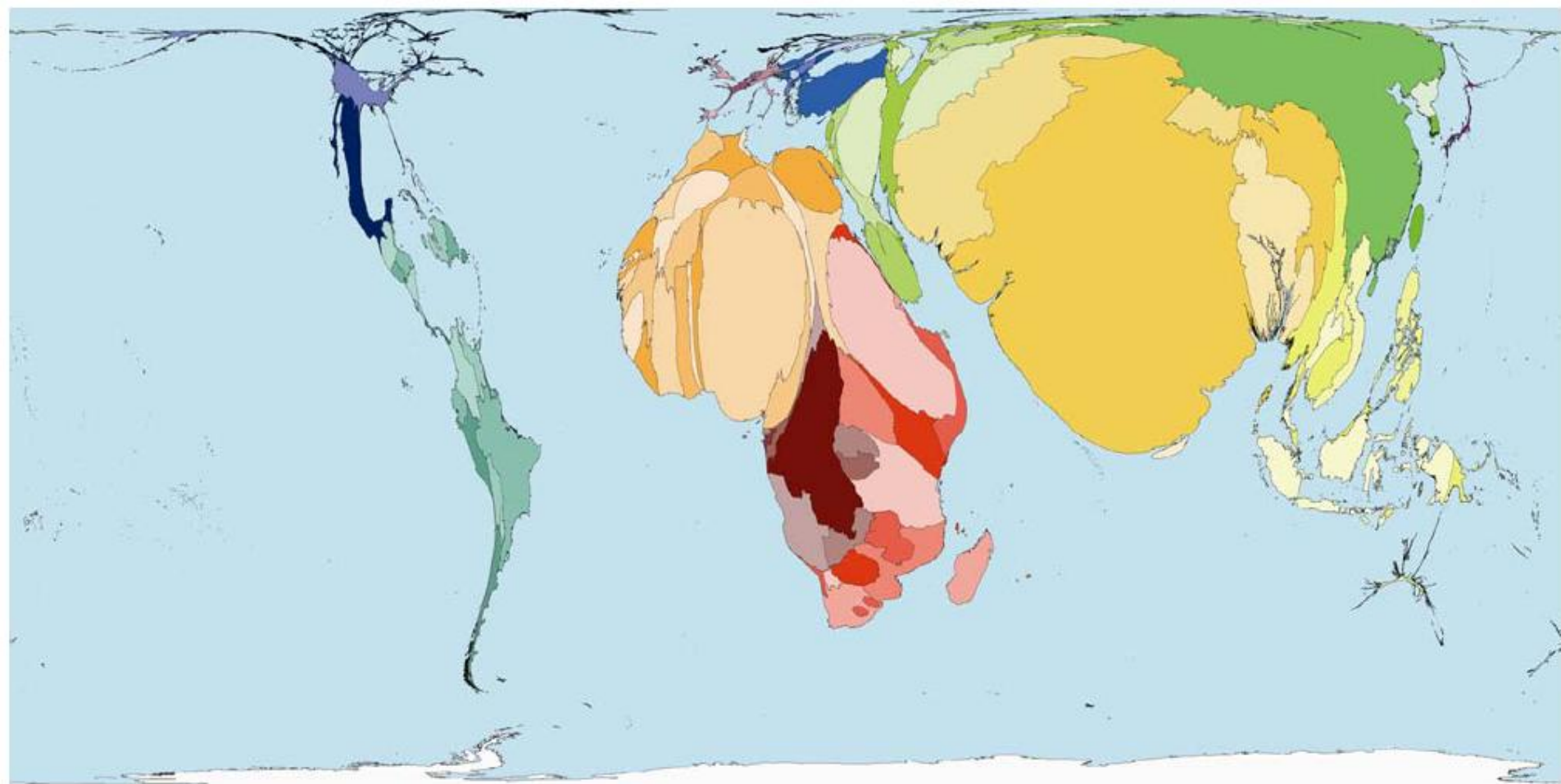
Worldmapper: The Human Anatomy of a Small Planet

Danny Dorling

**The Challenge: Understanding
Global Inequalities**

“Throughout the world, people who are vulnerable and socially disadvantaged have less access to health resources, get sicker, and die earlier than people in more privileged social positions. Health equity gaps are growing today, despite unprecedented global wealth and technological progress” [1].

Mortalità Neonatale



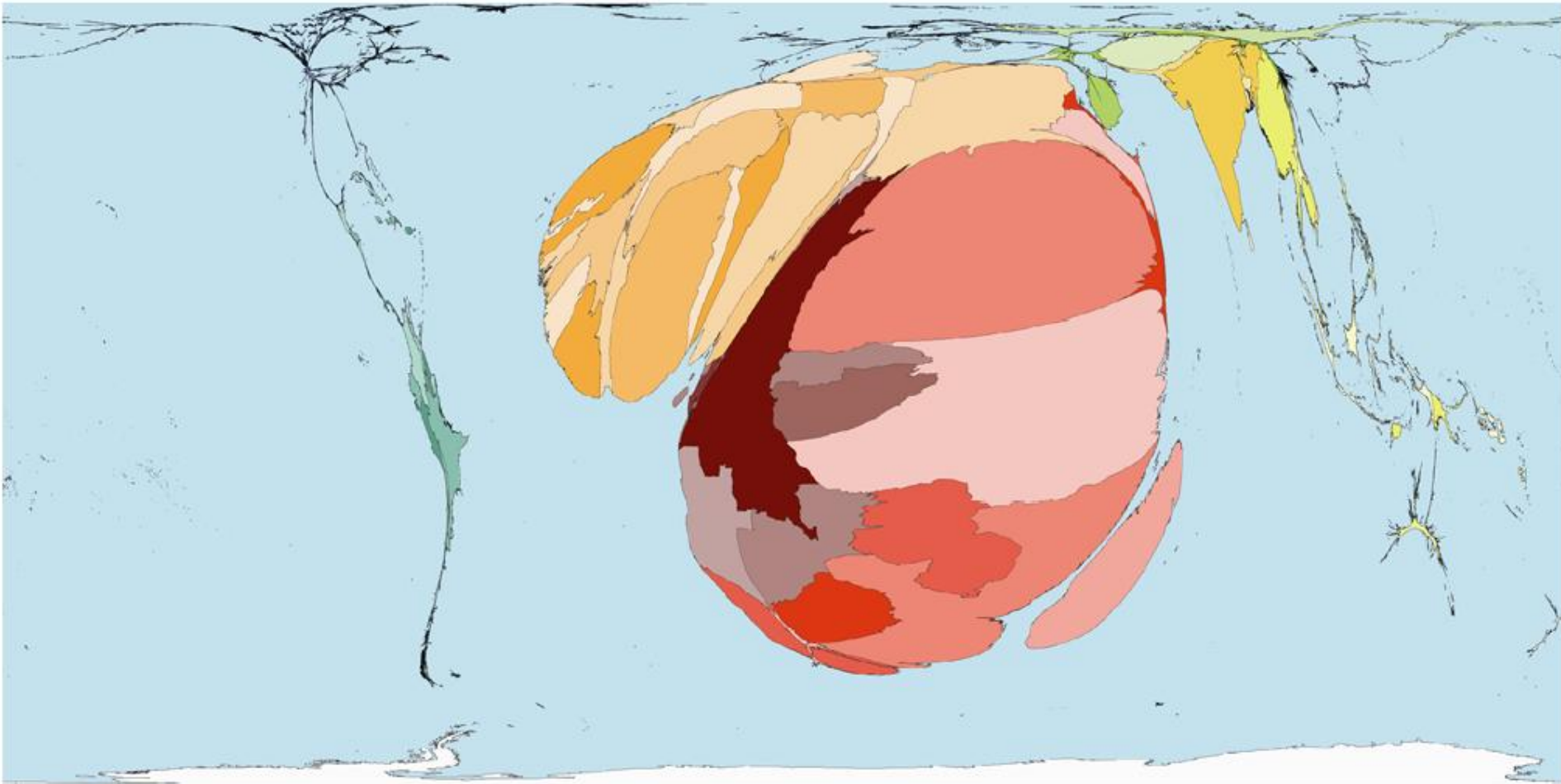
doi:10.1371/journal.pmed.0040001.g004

Figure 4. Early Neonatal Mortality: Worldmapper Poster 260

Source of data used to create map: World Health Organization, 2005, World Health Report, Basic data.

Fonte: Danny Dorling, Worldmapper: The Human Anatomy of a Small Planet, *PLoS Medicine*, January 2007: Volume 4, Issue 1, e1

Casi di Malaria

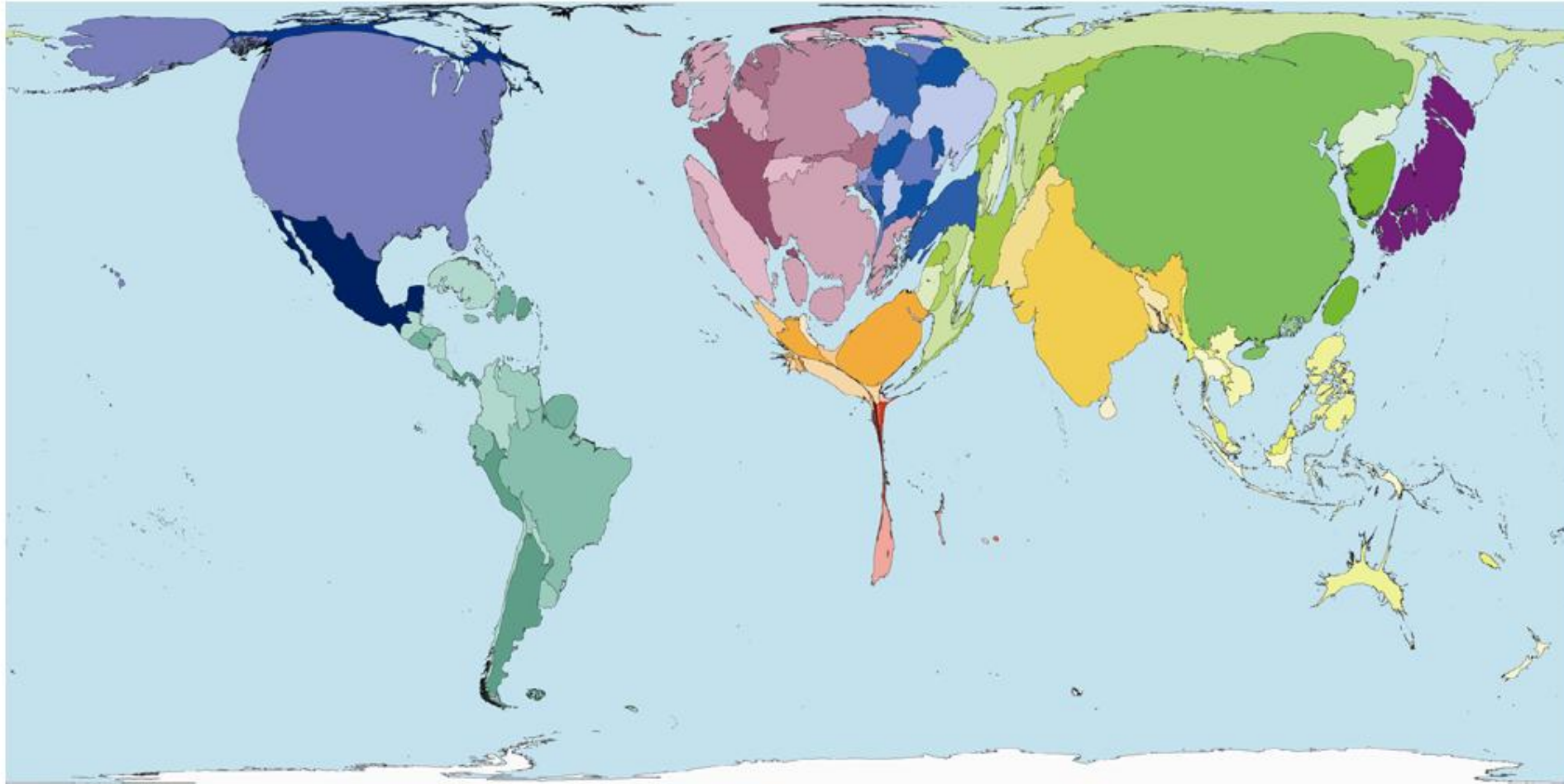


doi:10.1371/journal.pmed.0040001.g006

Figure 6. Malaria Cases: Worldmapper Poster 229

Source of data used to create map: World Health Organization and UNICEF, World Malaria Report 2005.

Personale sanitario: medici



doi:10.1371/journal.pmed.0040001.g003

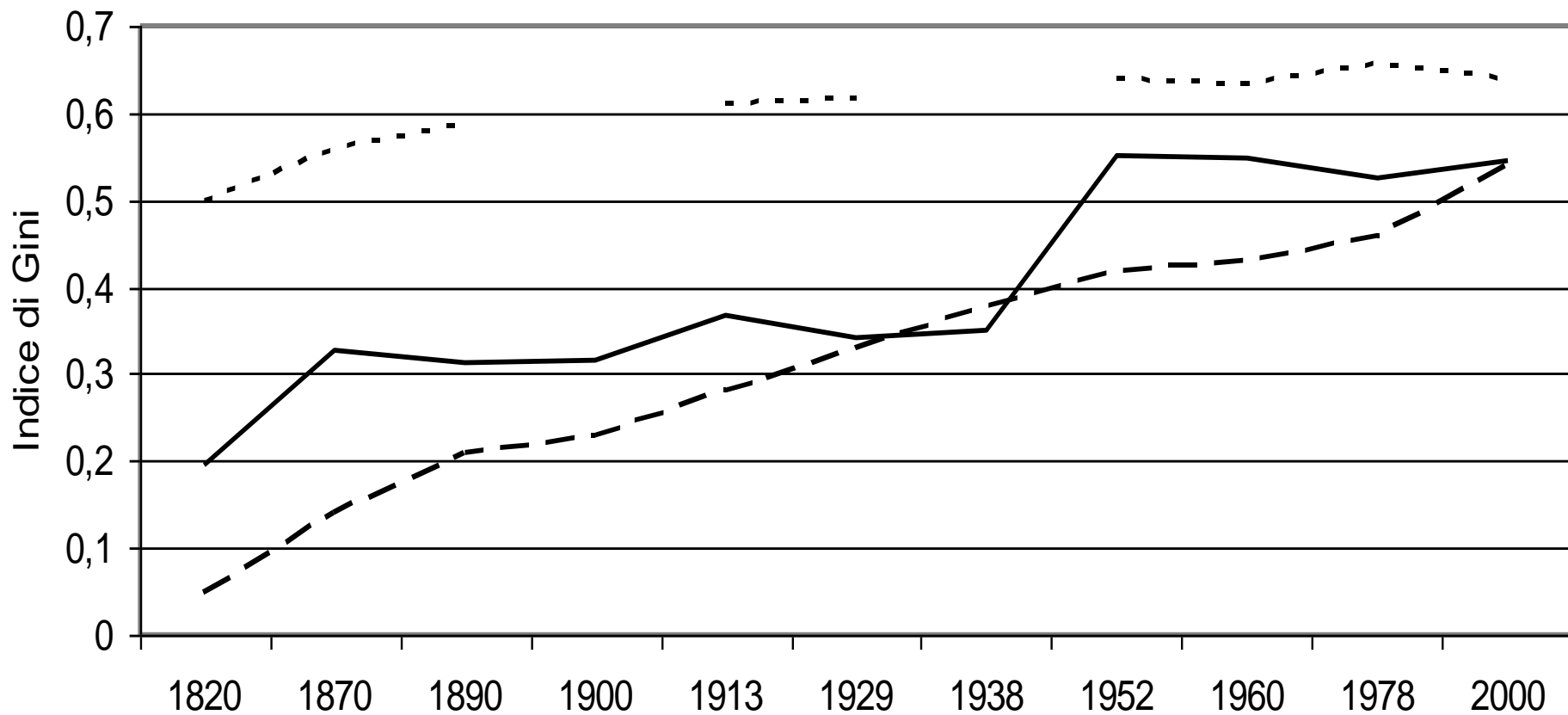
Figure 3. Physicians Working: Worldmapper Poster 219

Source of data used to create map: World Health Organization, 2004, Human Resources for Health, Basic data.

- Perché in **Giappone** la speranza di vita è di 48 anni più lunga che in **Sierra Leone**?
- Perché ogni anno muoiono 11 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni e quasi tutti nascono nei **paesi a scarso sviluppo**?
- Perché in **Italia** un operaio vive in media 3 anni in meno rispetto a un dirigente ?
- Perché in **Italia** le persone con livello di istruzione superiore hanno una probabilità doppia di ricevere un trapianto di rene rispetto a quelle con livello di istruzione inferiore?

Le diseguaglianze nel mondo sono in aumento

--- Disuguaglianza tra paesi — Disuguaglianze internazionali - - - - Disuguaglianze globali

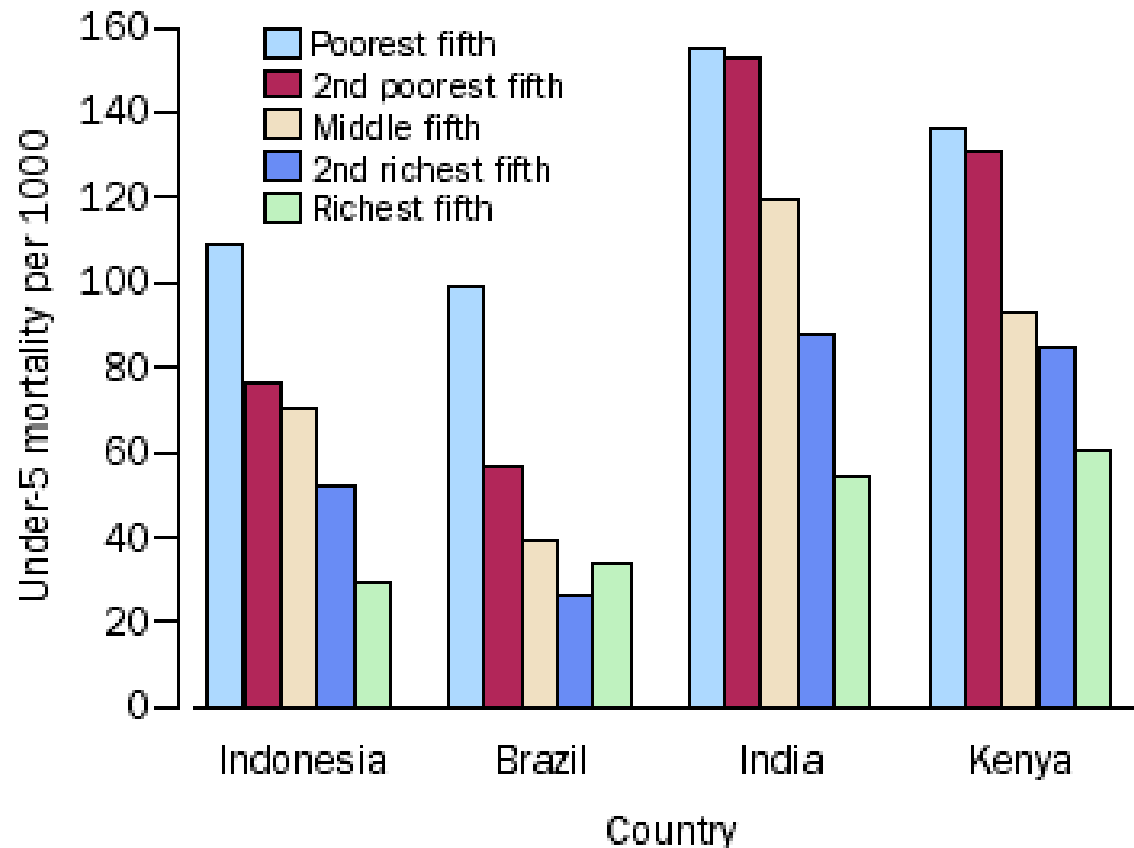


- Diseguaglianze di reddito...povertà assoluta

- Oltre la metà dei paesi dell'**Africa** sub-Saharaniana ha attualmente un **PIL inferiore a quello di 20-30** anni fa
- A parità di potere d'acquisto, il rapporto tra PIL per abitante di un paese dell'Africa sub-Saharaniana rispetto a quello di un paese industrializzato è passato da **1:30** attorno al 1950 a **1:120** attorno al 2000.
- Il **5% più ricco** della popolazione mondiale detiene oggi circa **1/3 della ricchezza globale** guadagnando in due giorni quanto il 5% più povero guadagna in un anno.

- Diseguaglianze di distribuzione di reddito....povertà relativa

Under-5 mortality rates by socioeconomic quintile of the household for selected countries



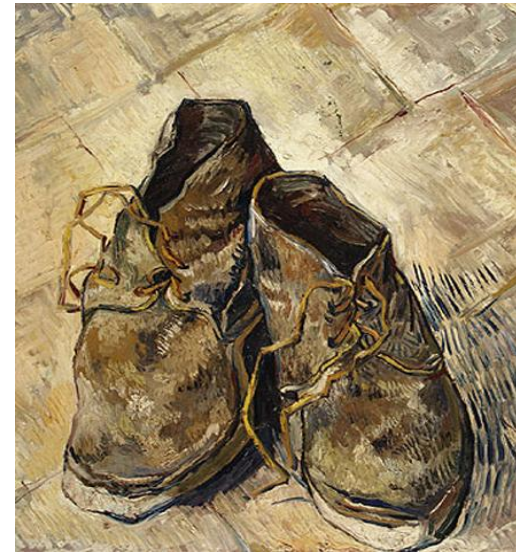
Discorso di un lavoratore a un medico *Bertolt Brecht, 1938*

“Noi lo sappiamo che cos'è che ci ammalà!

Quando veniamo da te
ci strappiamo di dosso i nostri cenci
e tu ascolti qua e là sul nostro corpo nudo.

Sulla causa della nostra malattia
un solo sguardo ai nostri cenci ti
direbbe di più.

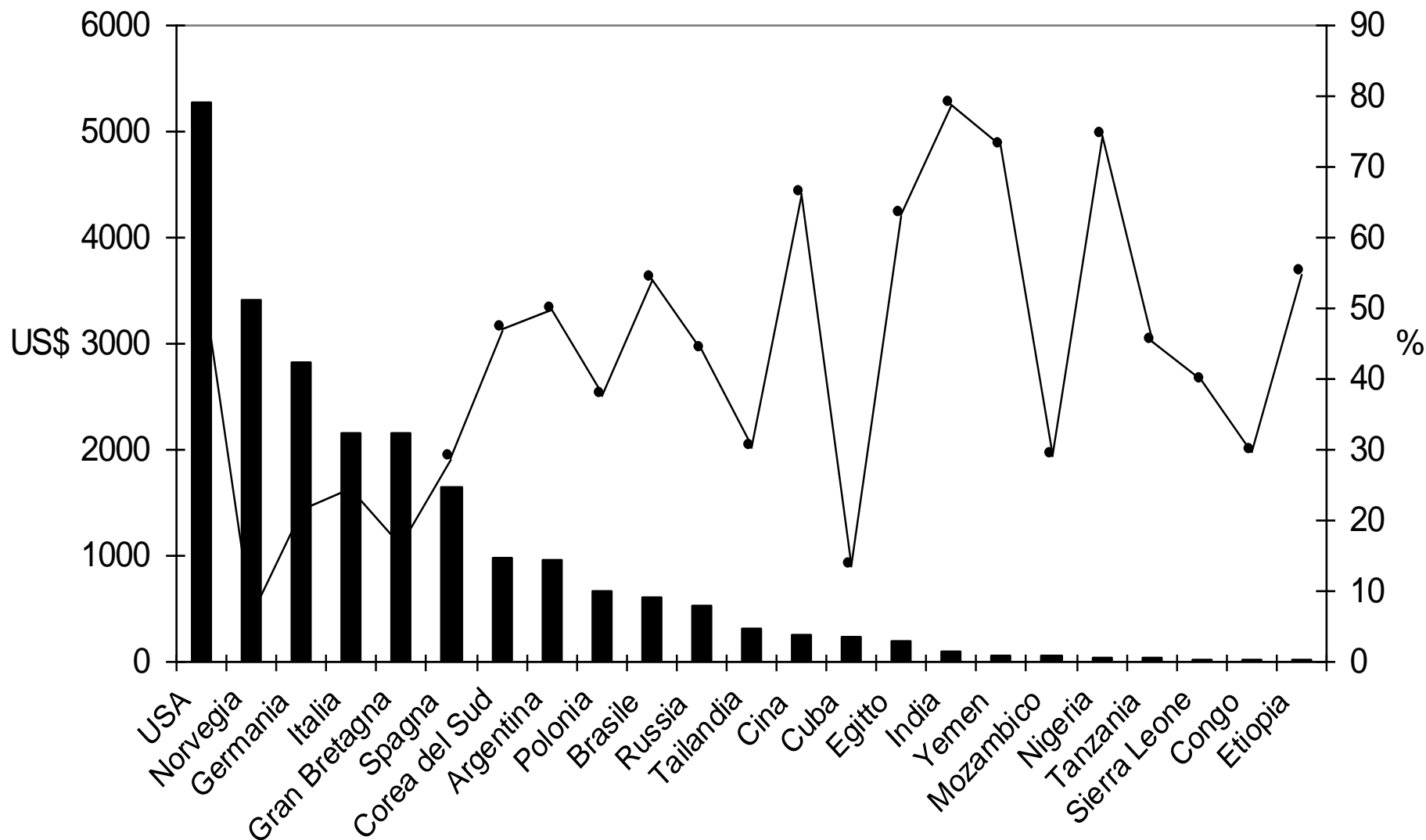
Una stessa causa fa a pezzi
i nostri corpi e i nostri abiti,
non dice nulla di diverso.”



- Povertà non è solo basso reddito....
diseguaglianze di istruzione

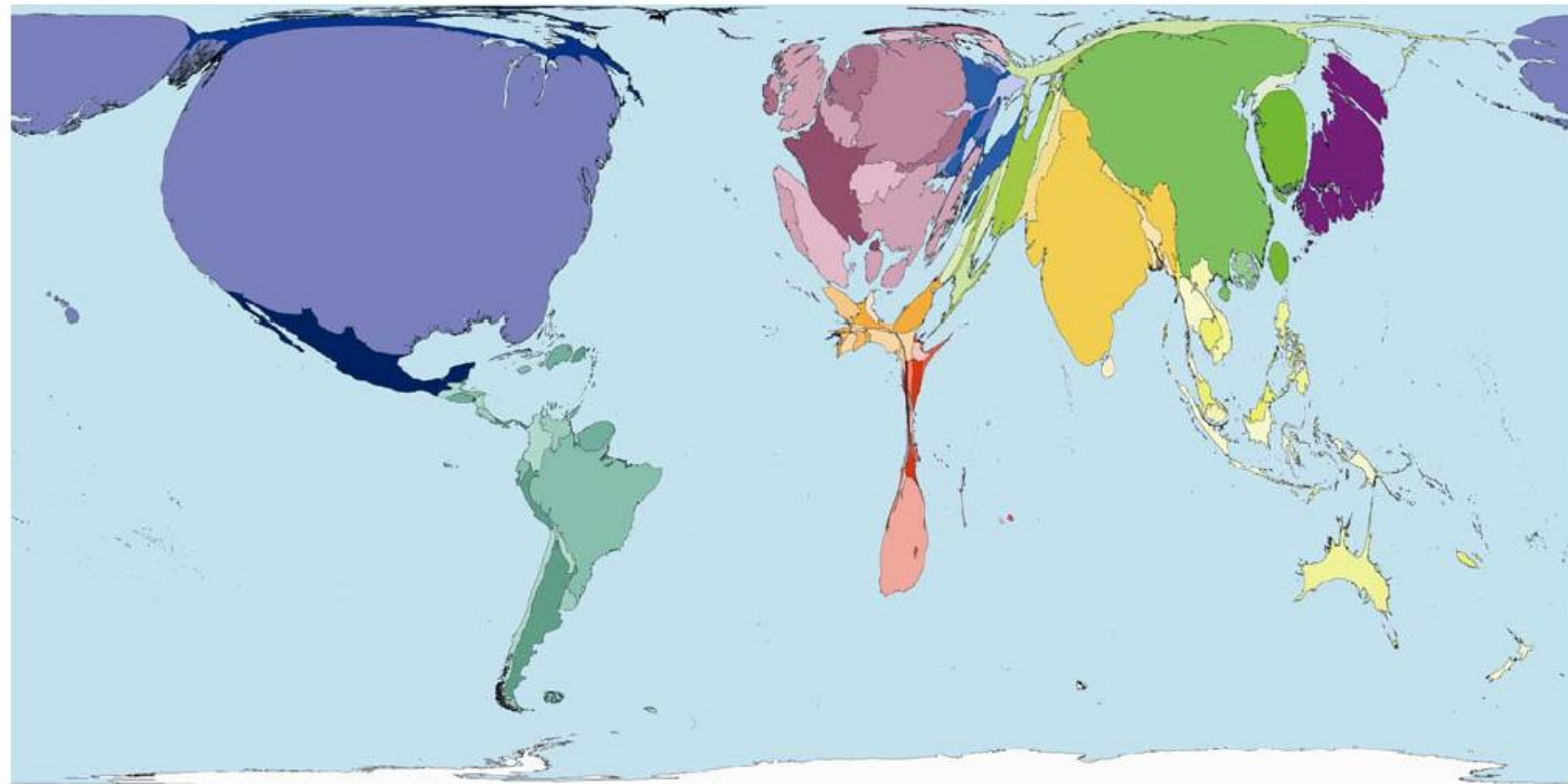
- Diseguaglianze di politiche sanitarie

Spesa sanitaria annuale per abitante in diversi paesi e proporzione di questa spesa direttamente a carico dei cittadini (2002, in dollari USA PPP).



Worldmapper: The Human Anatomy of a Small Planet

Spesa Sanitaria Privata



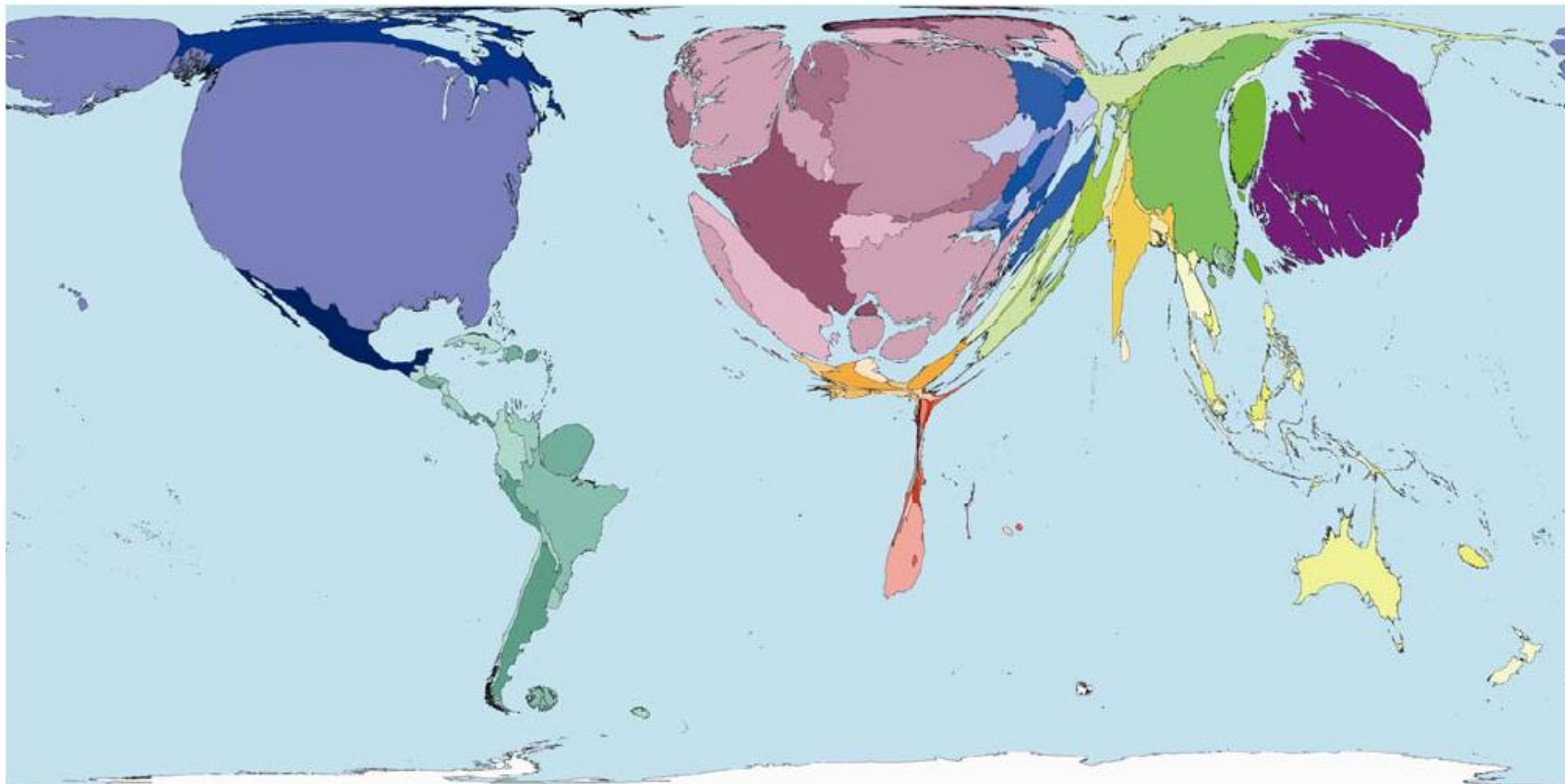
doi:10.1371/journal.pmed.0040001.g002

Figure 2. Private Health Spending: Worldmapper Poster 214

Source of data used to create map: United Nations Development Programme, Human Development Report 2004.

Worldmapper: The Human Anatomy of a Small Planet

Spesa Sanitaria Pubblica



doi:10.1371/journal.pmed.0040001.g001

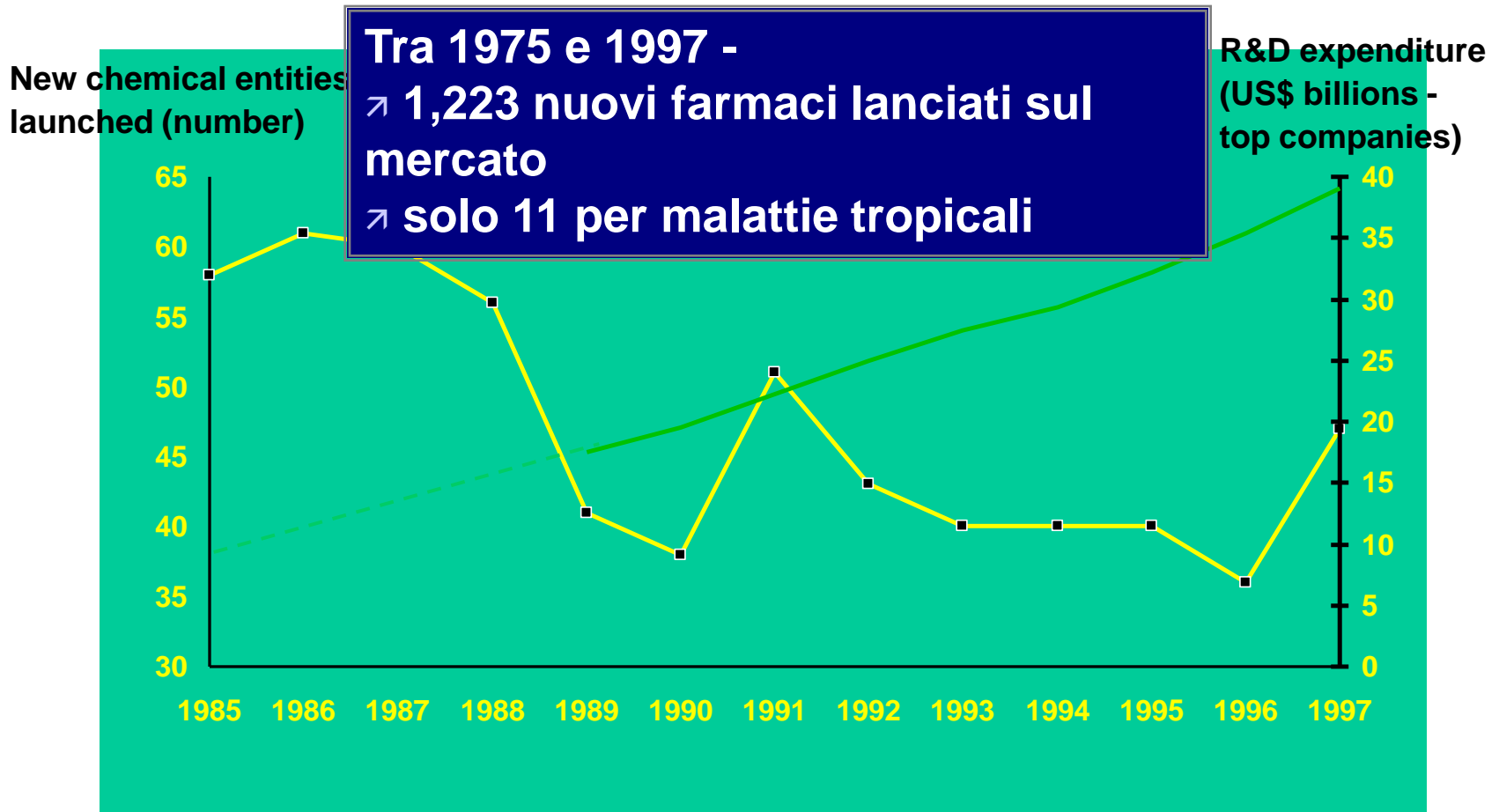
Figure 1. Public Health Spending: Worldmapper Poster 213

The figure shows a cartogram in which territories are drawn with their area in proportion to the values being mapped. Territories are shaded identically

- Povertà non è solo basso reddito
....diseguaglianze di coesione sociale

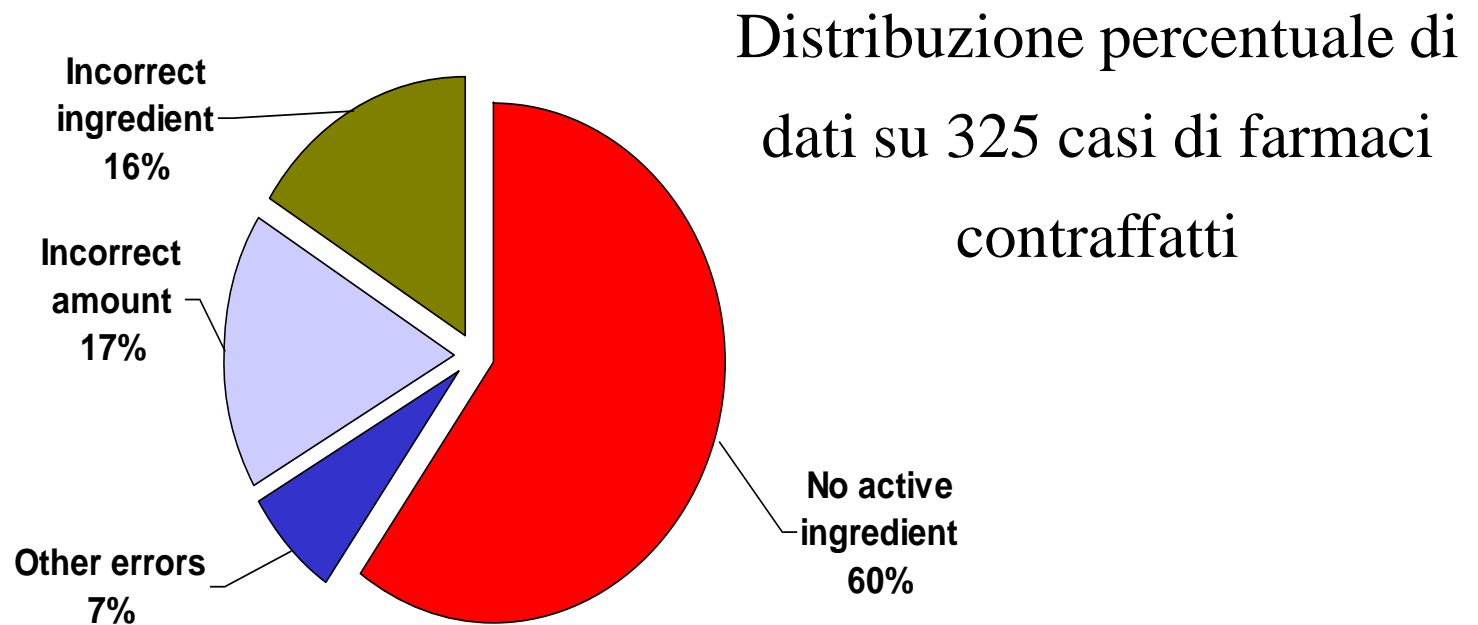
- Diseguaglianze di risorse sanitarie
- FARMACI

Diseguaglianze nella ricerca – spesa per ricerca, molti nuovi farmaci prodotti, pochi per malattie tropicali



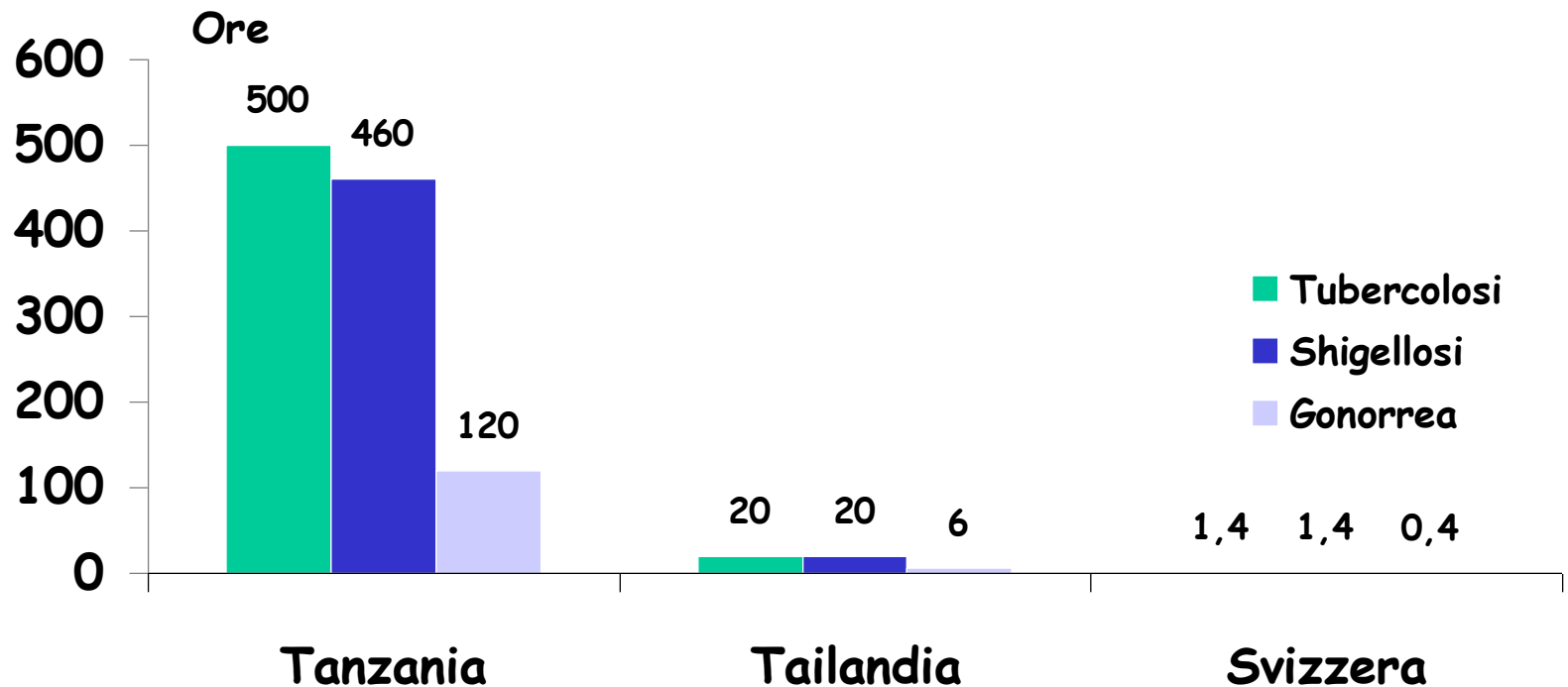


In alcuni Paesi il 50% dei farmaci sono contraffatti
spesso non hanno il principio attivo
inclusi antibiotici, anti-malarici, anti-tubercolari



Source: reported from around the world
to WHO database

Diseguaglianze di potere d'acquisto - numero di ore lavorative per pagare un corso di terapia

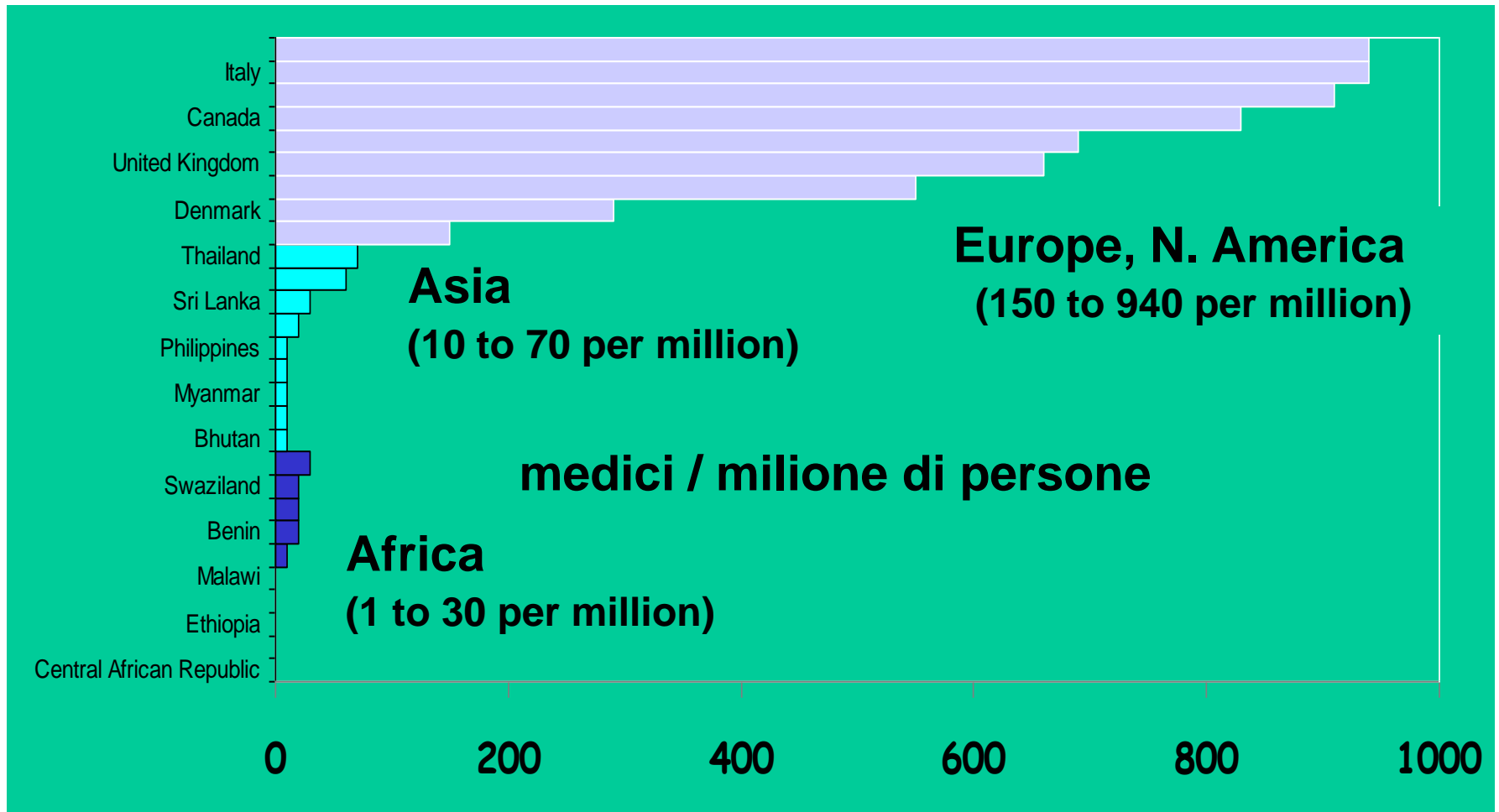


Basato su prezzo medio globale e sul guadagno nazionale procapite.

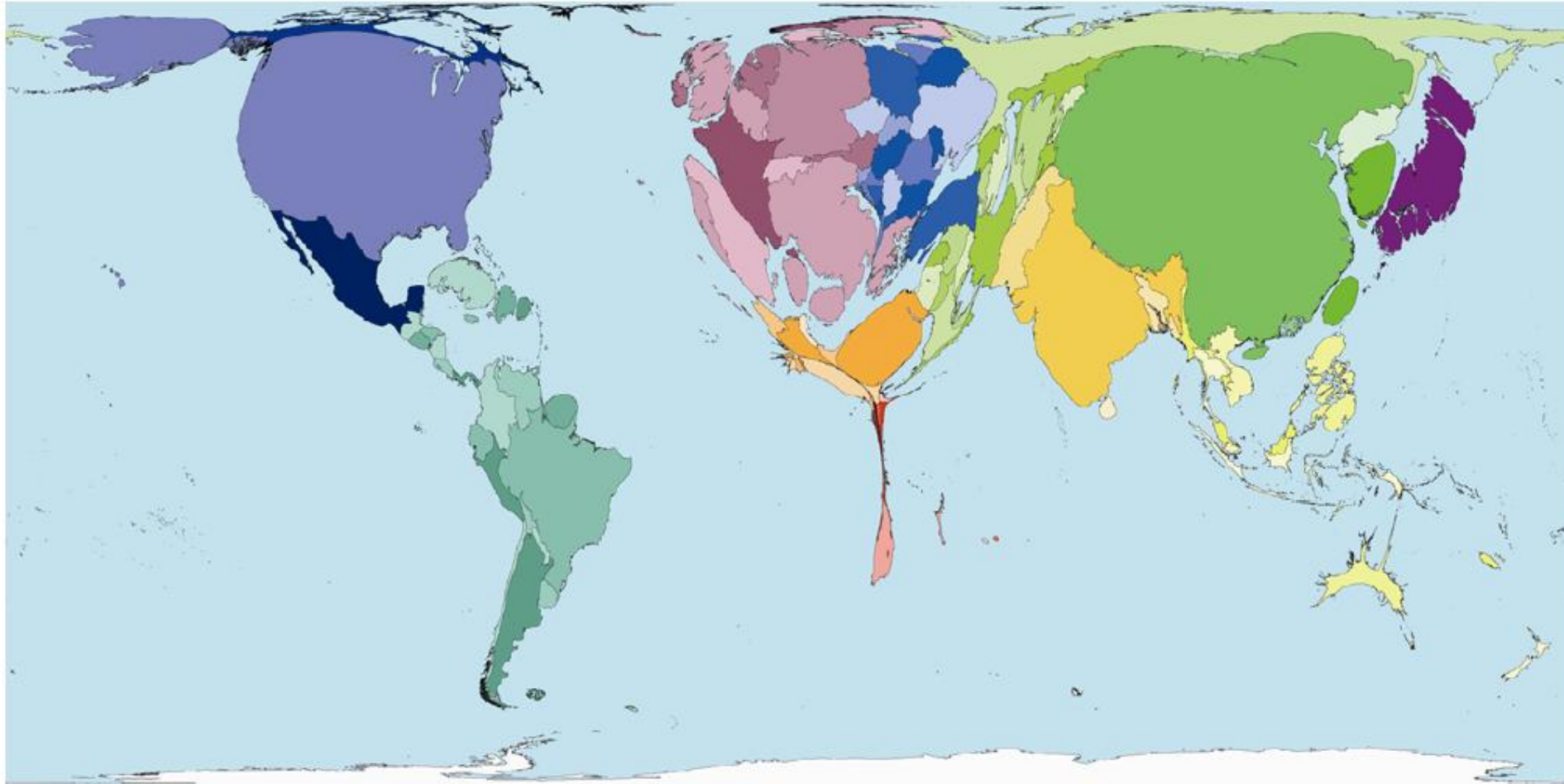
Source: WHO/EDM

- Diseguaglianze di risorse sanitarie
- UMANE

Diseguaglianze personale sanitario – variazione di 100 volte di medici per milione di popolazione



Personale sanitario: medici



doi:10.1371/journal.pmed.0040001.g003

Figure 3. Physicians Working: Worldmapper Poster 219

Source of data used to create map: World Health Organization, 2004, Human Resources for Health, Basic data.

POLITICHE SANITARIE IN AFRICA: QUALI SOLUZIONI ?



Africa. Quali problemi sanitari?

Table 3. Typical Health System Constraints and Possible Disease-Specific and Health System Responses

Constraint	Disease-specific response	Health system response
Financial inaccessibility: inability to pay, informal fees	Allowing exemptions or reducing prices for focal diseases	Developing risk-pooling strategies
Physical inaccessibility: distance to facility	Providing outreach for focal diseases	Reconsidering long-term plans for capital investment and siting of facilities
Inappropriately skilled staff	Organizing in-service training workshops to develop skills in focal diseases	Reviewing basic medical and nursing curricula to ensure that basic training includes appropriate skills
Poorly motivated staff	Offering financial incentives for the delivery of particular priority services	Instituting performance review systems, creating greater clarity about roles and expectations, reviewing salary structures and promotion procedures
Weak planning and management	Providing ongoing education and training workshops to develop planning and management skills	Restructuring ministries of health, recruiting developing a cadre of dedicated managers
Lack of intersectoral action and partnership	Creating disease-focused, cross-sectoral committees and task forces at the national level	Building systems of local government that incorporate representatives from health, education, and agriculture, promoting the accountability of local governance structures to the people
Poor-quality care among private sector providers	Offering training for private sector providers	Developing accreditation and regulation systems

Africa. Quali politiche sanitarie?

**Rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso
e il ruolo delle cure primarie**

Promuoverne l'equità e l'accessibilità

Valutare appropriatezza e costo/efficacia degli interventi

Sviluppo di risorse umane

Aumentare l'ODA per la salute

Rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso e il ruolo delle cure primarie

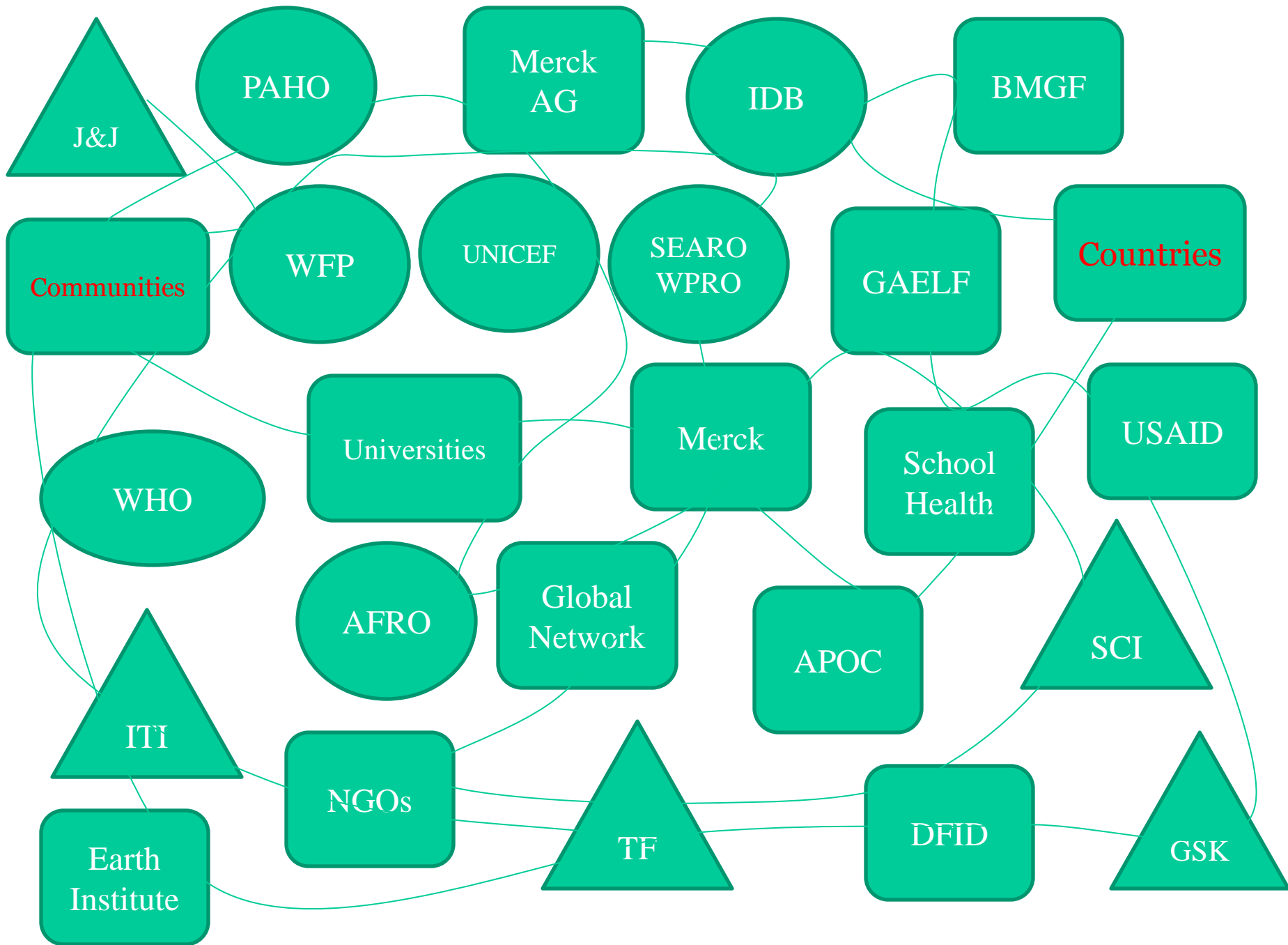
ALMA-ATA 1978

PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF





Tempo dedicato alle missioni dei donatori e alla stesura di relazioni - esempio di un distretto tanzano

Burden of hosting missions and report writing at the district level

TANZANIA DISTRICT EXAMPLES

Missions can consume 10-20% of a DMO's time
Number of one-day missions to Temeke during last 6 months

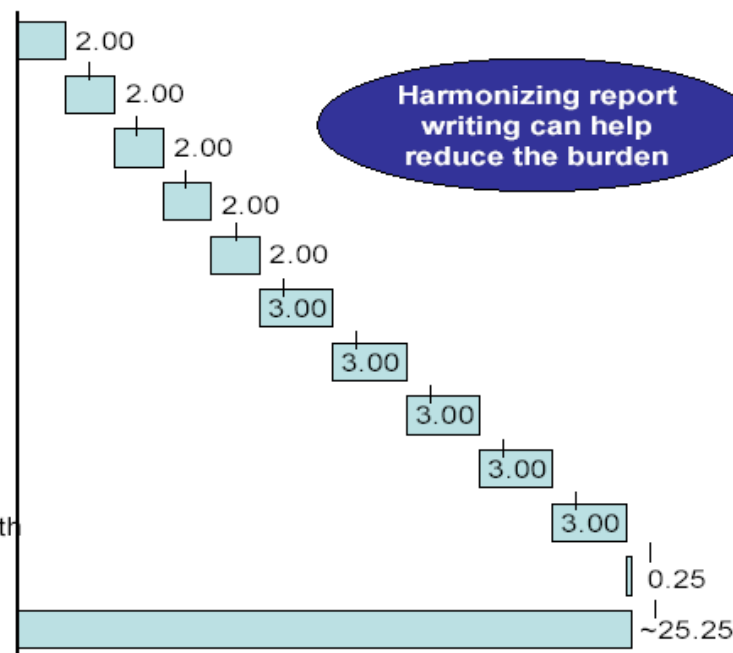


Report writing can consume even more time
Number of full days per quarter spent on writing reports (Morogoro)



PEPFAR	4
GFATM	2
NTP	2
Gates Foundation	1
Norwegian TB	1
EPI	1
UNICEF	1
WHO	1
NACP	1
NMCP	1
London School	1
Total	16

JICA	2.00
Finnish	2.00
Axios	2.00
UNICEF	2.00
World Vision	2.00
MoH – TB	3.00
MoH – Malaria	3.00
MoH – AIDS	3.00
MoH – EPI	3.00
MoH – Maternal Health	3.00
Weekly notifiable disease reports	0.25
Total	~25.25



* Assumes around 50 working days per quarter and 100 per half year although reported to work in excess of that

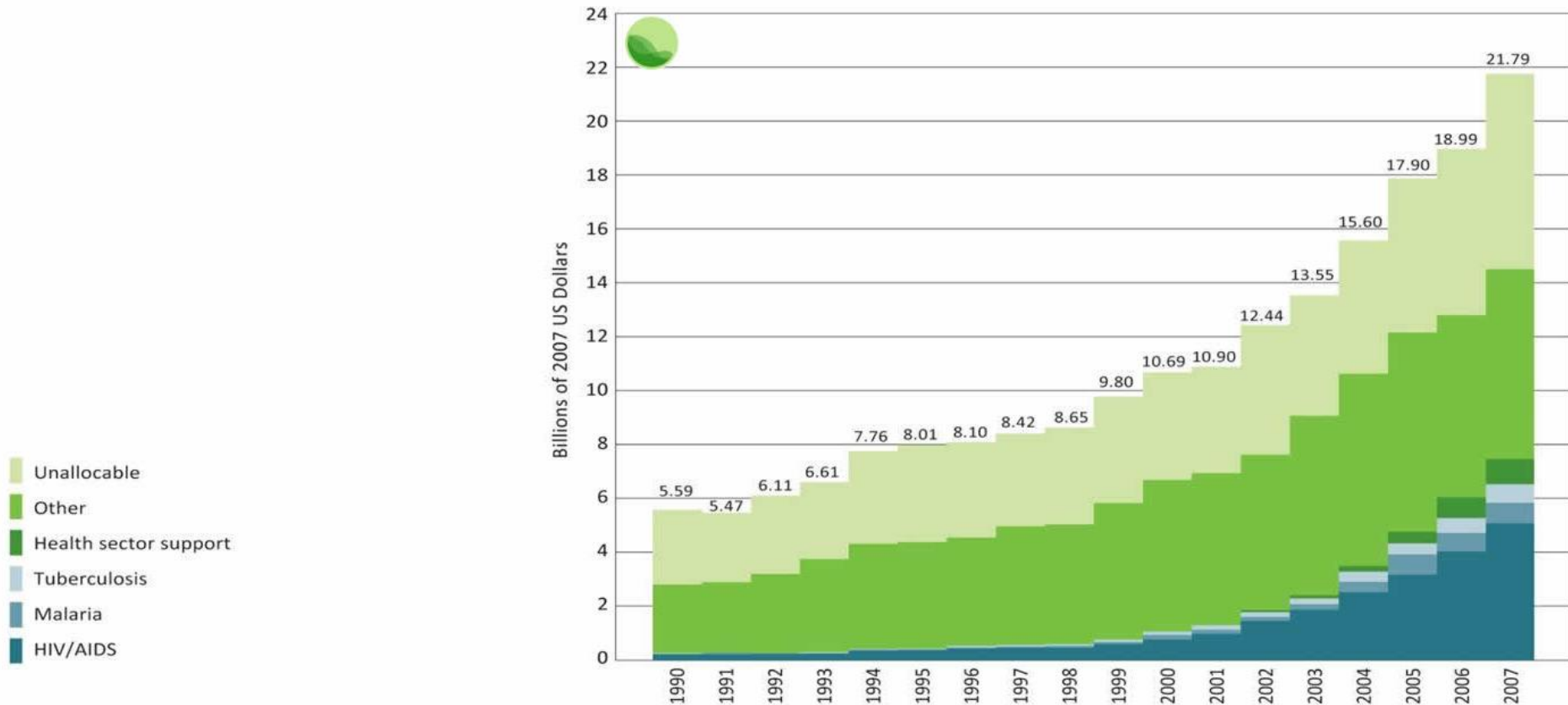
Source: In-country interviews; DMO visitor log; team analysis



How many people die from lack of care while staff is diverted to vertical campaigns?
What is the cost in (other) lives of ART?
How many people die from drug donations?

Large share of DAH allotted to HIV/AIDS; smaller shares went to tuberculosis, malaria, and health sector support

DAH from 1990 to 2007 for HIV/AIDS, tuberculosis, malaria and health sector support



Source: IHME DAH and Project Databases

Disease-specific Development Assistance for Health (DAH)

- Of the \$14.5 billion DAH in 2007, for which project-level information was available, \$5.1 billion was for HIV/AIDS, compared with \$0.7 billion for tuberculosis, \$0.8 billion for malaria, and \$0.9 billion for health-sector support
- Despite emphasis on increasing funds for general health sector support, it remains a very small part of health aid, around 5% in 2007

Promuoverne l'equità e l'accessibilità

International Journal for Equity in Health



Research

Open Access

User fees in private non-for-profit hospitals in Uganda: a survey and intervention for equity

Joseph Amone¹, Salome Asio², Adriano Cattaneo*³,
Annet Kakinda Kweyatulira², Anna Macaluso³, Gavino Maciocco⁴,
Maurice Mukokoma², Luca Ronfani³ and Stefano Santini⁴

Address: ¹Uganda Catholic Medical Bureau, Kampala, Uganda, ²Ugandan Martyrs University, Nkozi, Uganda, ³Unit for Health Services Research and International Health, IRCCS Burlo Garofolo, Via dell'Istria 65/1, 34137 Trieste, Italy and ⁴Cuamm - Doctors with Africa, Padova, Italy

Email: Joseph Amone - ucmb@afsat.com; Salome Asio - maurimuru@umu.ac.ug; Adriano Cattaneo* - cattaneo@burlo.trieste.it;

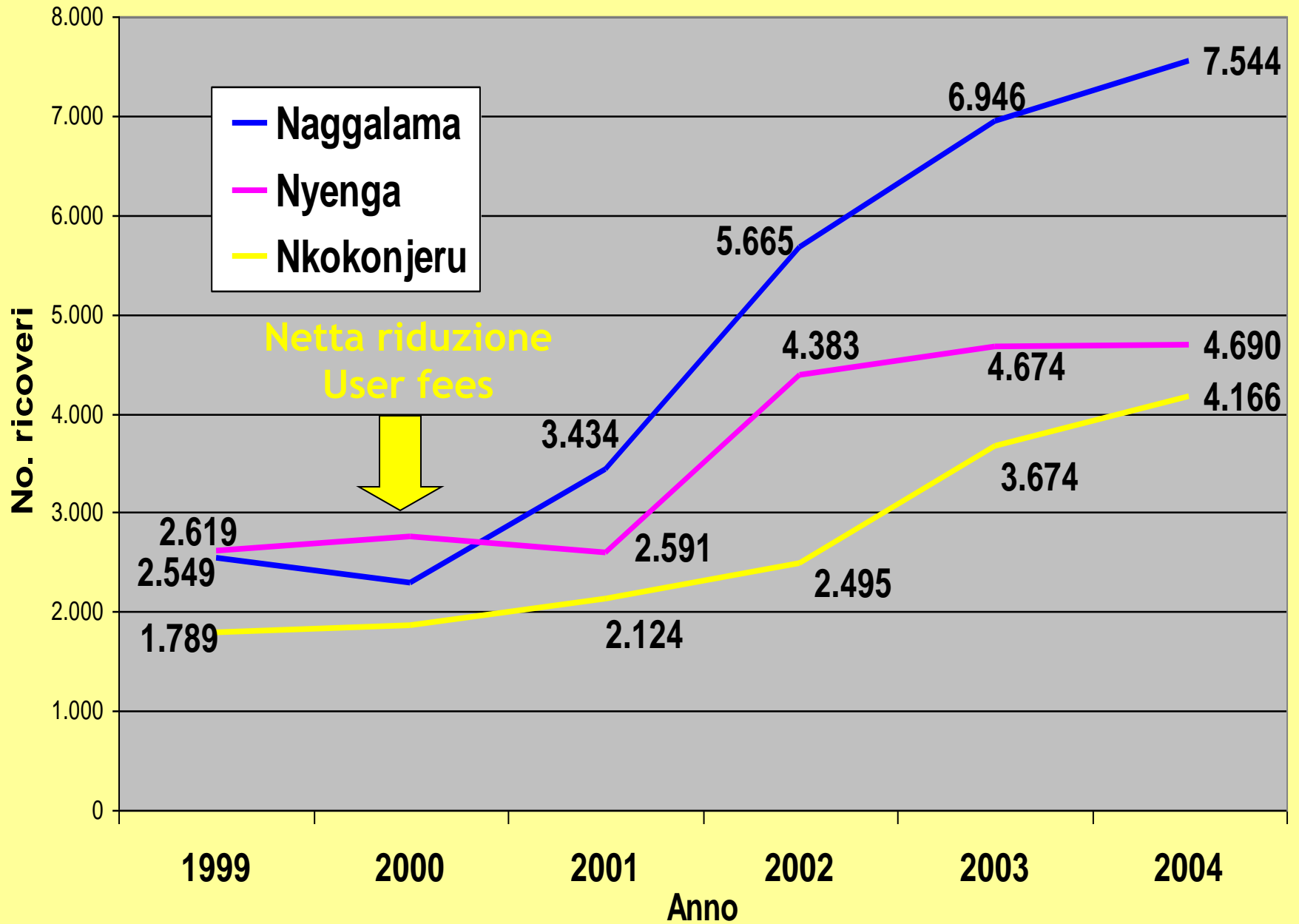
Annet Kakinda Kweyatulira - maurimuru@umu.ac.ug; Anna Macaluso - macaluso@burlo.trieste.it;

Gavino Maciocco - gavino.maciocco@unifi.it; Maurice Mukokoma - maurimuru@umu.ac.ug; Luca Ronfani - ronfani@burlo.trieste.it;

Stefano Santini - cuammkla@infocom.co.ug

* Corresponding author

Ricoveri negli ospedali di Lugazi - Periodo 1999-2004



Promuoverne l'equità e l'accessibilità

Impact on child mortality of removing user fees: simulation model

Chris James, Saul S Morris, Regina Keith, Anna Taylor

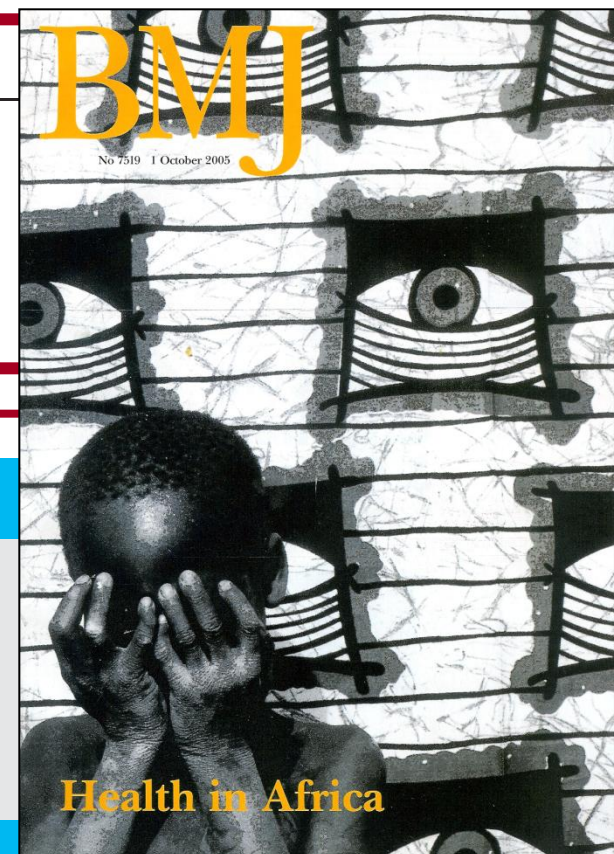
What is already known on this topic

User fees (charges for health care at the point of use) are in place in most sub-Saharan African countries

Such fees do not generate much revenue, are unlikely to improve allocative efficiency, and often disproportionately affect poor people

What this study adds

Abolition of user fees could have an immediate and substantial impact on child mortality, preventing an estimated 233 000 deaths annually in 20 African countries



Valutare appropriatezza e costo/efficacia degli interventi

The Amount of Health US\$1 Million Will Buy

Service or Intervention	Cost per DALY (US\$)	DALYs averted per US\$1 million spent
<i>Reducing Under-Five Mortality</i>		
1. Improved care of children under 28 days old (including resuscitation of newborns)	10–400	2,500–100,000
2.1 Expansion of immunization coverage with standard child vaccines	2–20	50,000–500,000
2.2 Adding vaccines against additional diseases to the standard child immunization program (particularly against haemophilus influenza and hepatitis B)	40–250	4,000–24,000
3. Switching to the use of combination drugs (ACTs) against malaria where there is resistance to current inexpensive and highly effective drugs (Sub-Saharan Africa)	8–20	50,000–125,000
<i>Preventing and Treating HIV/AIDS</i>		
4. Prevention of mother-to-child transmission (ARV–nevirapine–prophylaxis of the mother; breast-feeding substitutes)	50–200	5,000–20,000
5. STI treatment to interrupt HIV transmission	10–100	10,000–100,000
6.1 ARV treatment achieving high adherence for a large percentage of patients	350–500	2,000–3,000

Se si investono \$ 1.000.000 per terapia antimalarica con ACT, si possono evitare 100.000 DALY

Valutare appropriatezza e costo/efficacia degli interventi

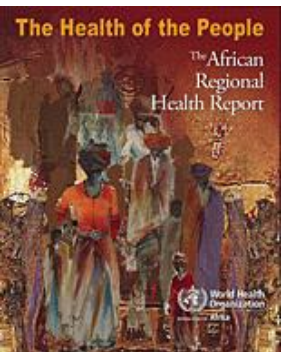
The Amount of Health US\$1 Million Will Buy

Service or Intervention	Cost per DALY (US\$)	DALYs averted per US\$1 million spent
<i>Preventing and Treating Noncommunicable Disease</i>		
7. Taxation of tobacco products	3–50	20,000–330,000
8.1 Treatment of acute myocardial infarction (AMI) or heart attacks with an inexpensive set of drugs	10–25	40,000–100,000
8.2 Treatment of AMI with inexpensive drugs plus streptokinase (costs and DALYs for this are in addition to what would have occurred with inexpensive drugs only)	600–750	1,300–1,600
9. Lifelong treatment of heart attack and stroke survivors with a daily “polypill” combining 4 or 5 off-patent preventive medications.	700–1,000	1,000–1,400
10.1 CABG or bypass surgery in specific identifiable high risk cases, such as disease of the left main coronary artery	>25,000	<40

Se si investono \$ 1.000.000 per by-pass aorto-coronarico, si possono evitare 40 DALY

Sviluppo di risorse umane

Human resources: a continent in crisis



A major gathering of experts in human resources for health in Addis Ababa, Ethiopia, in January 2002 put the African Region's health workforce crisis firmly on the international agenda. Delegates at the meeting reported alarming figures; for example, 50% of doctors in Namibia were expatriates, and medical doctor vacancy rates in the public sector in 1998 were reported to be 43% in Ghana and 36% in Malawi. Nurse vacancy rates in the public sector in Lesotho were reported to be 48% in 1998. The meeting heard that for 15 years there had been no public recruitment of health personnel in Cameroon, while Ghana, Zambia and Zimbabwe estimated losses of 15–40% of employees in the public sector every year. This underscores the instability of the health workforce and the lengths some countries must go to fill vacancies (see Box 6.4).

Sviluppo di risorse umane

Panel 2: Numbers of health professionals leaving their jobs in Ghana in 2003

Doctors	166
Dentists	3
Medical assistants	26
Professional nurses	583
Auxiliary nurses	449

Source: Sagoe K, Ghana Health Service, personal communication.

Figure 6.5c Africa's share of world's population

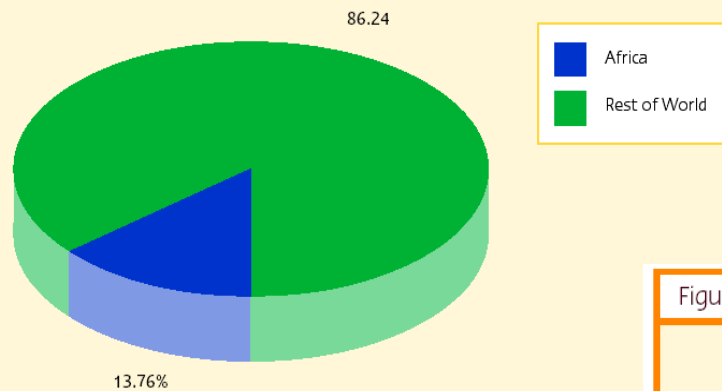


Figure 6.5a Africa's share of world disease burden

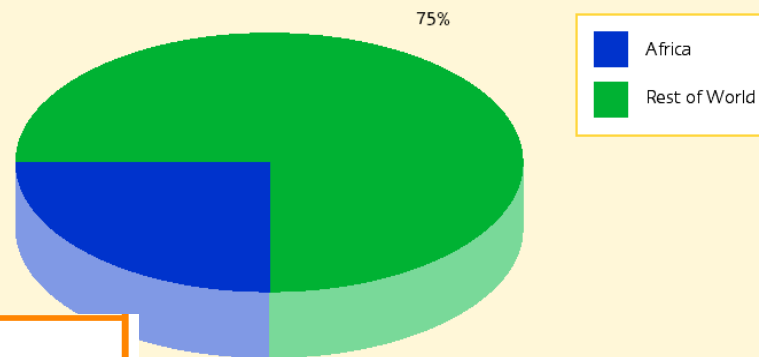
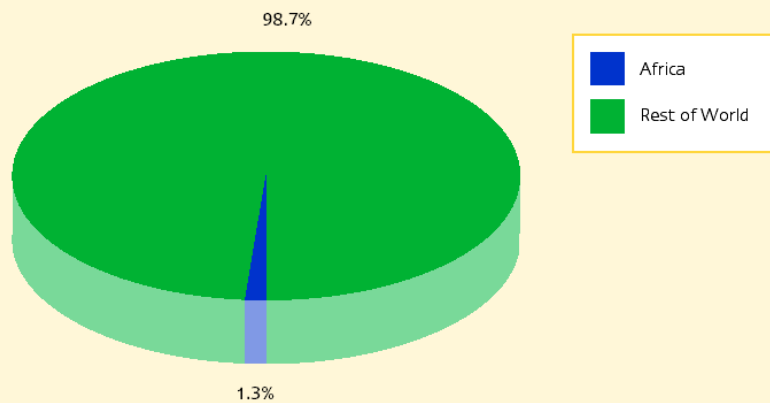


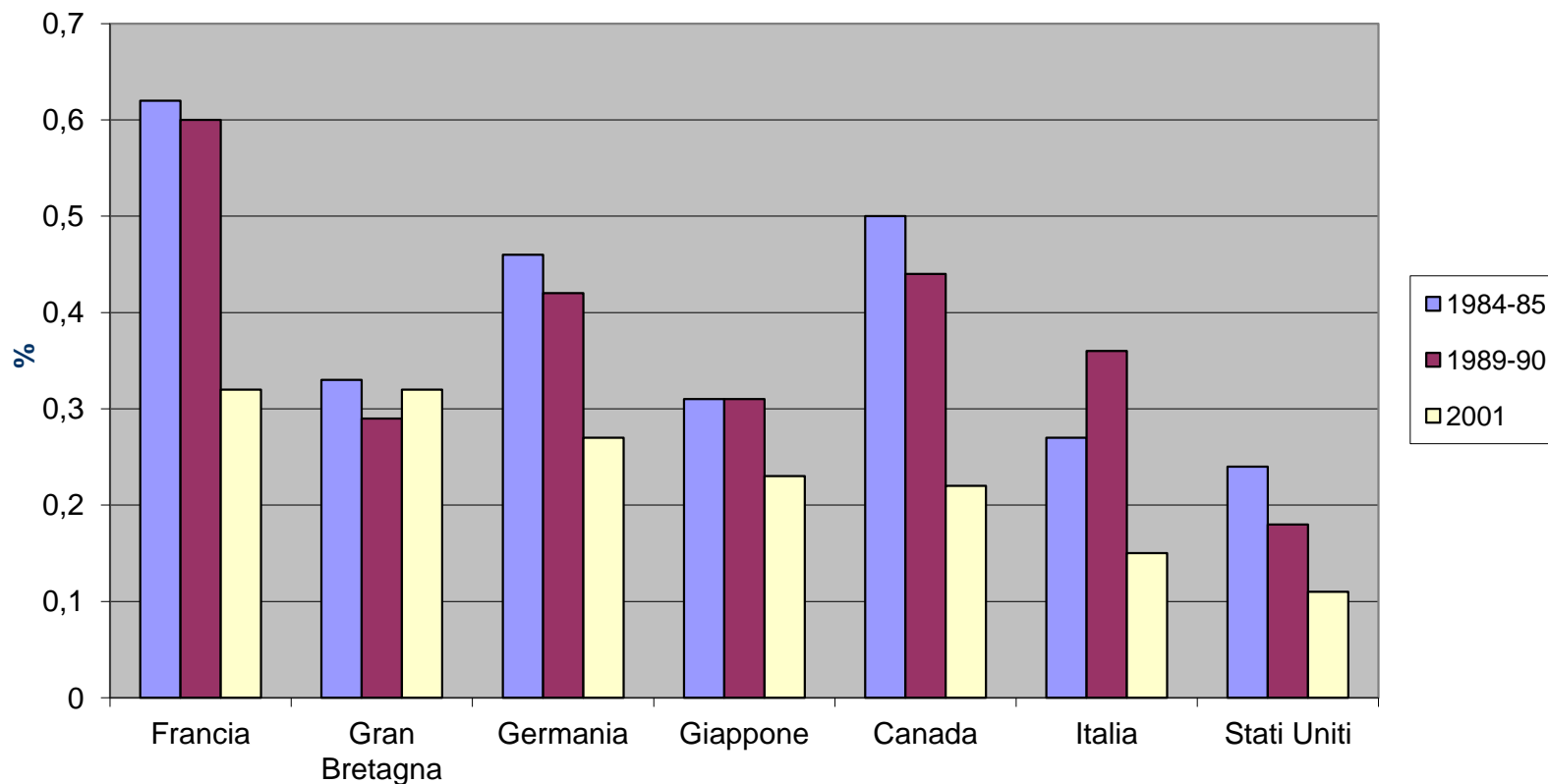
Figure 6.5b Africa's share of world's health workforce



Aumentare l'ODA per la salute

Assistenza Pubblica allo Sviluppo come % del PIL - Paesi del G7 - Periodo 1984 - 2001

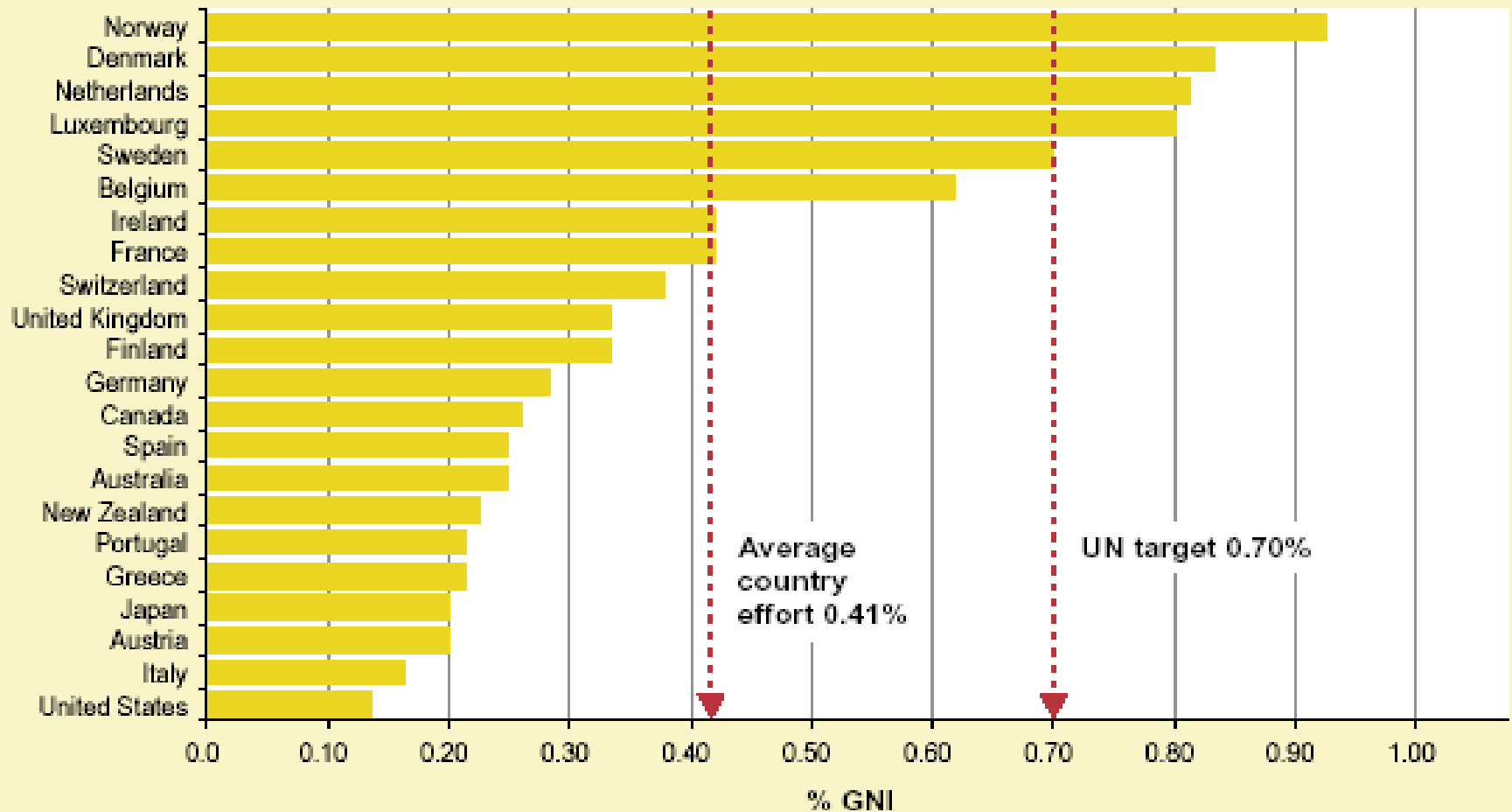
Fonte: OECD



Assistenza Pubblica allo Sviluppo come % del PIL

Paesi OCSE 2003

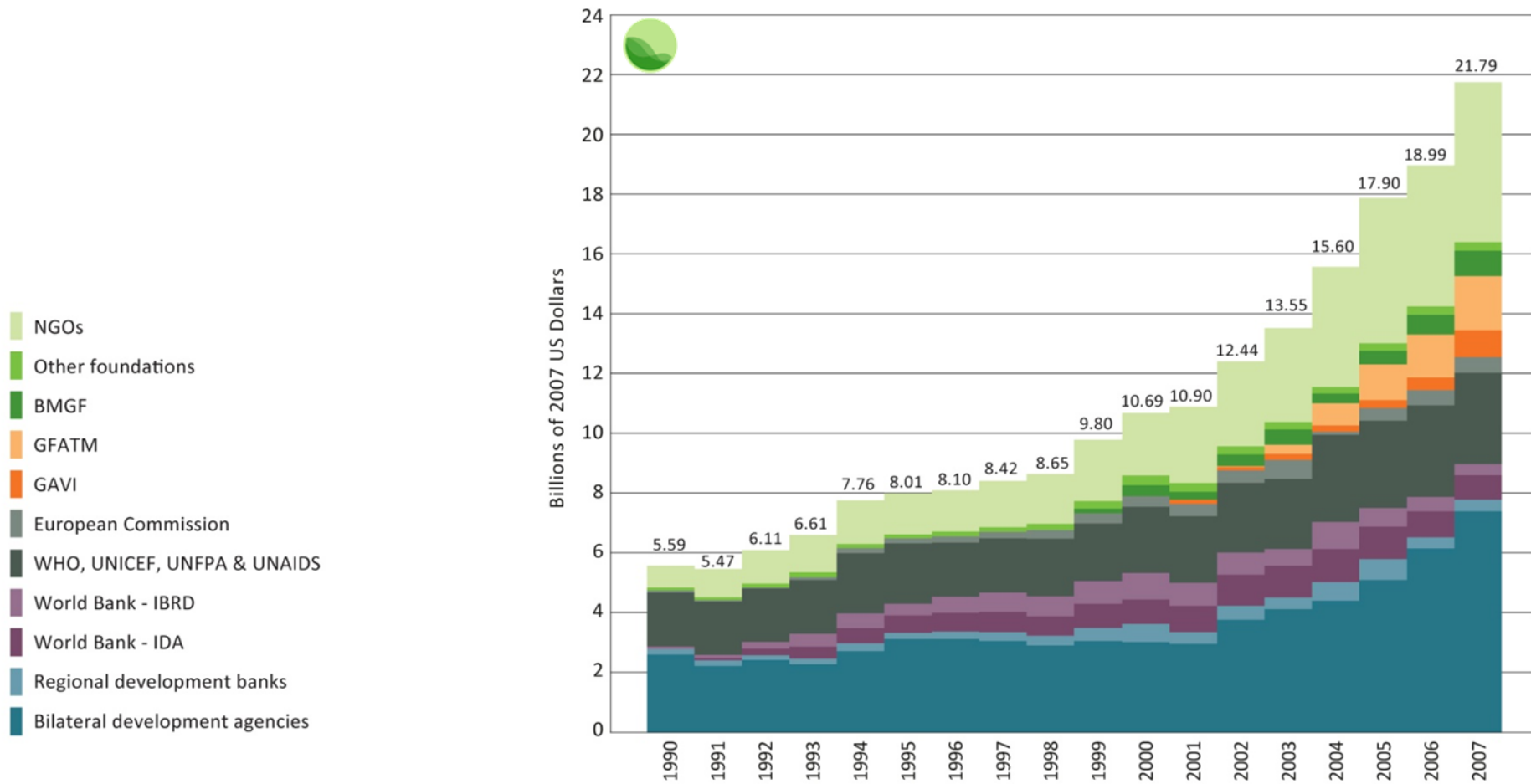
Net Official Development Assistance (ODA) as percentage of gross national income (GNI): 2003



Source: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2004

Channels of assistance: New actors

DAH from 1990 to 2007 by channel of assistance



Source: IHME DAH Database

Upsurge in DAH from 1990-2007 fueled by public and private donations

- DAH increased nearly fourfold from 1990 (\$5.6 billion) to 2007 (\$21.8 billion)*
- DAH increased most rapidly from 2002 to 2007
- On average, two-thirds of DAH came from public sources
- Private philanthropy accounted for nearly 30% of health aid in 2007
- In 2007, over 50% of private DAH came from donations from foundations, primarily Bill & Melinda Gates Foundation, and corporate donations of drugs and medical supplies

*real 2007 US\$



Rudolf VIRCHOW
(1821-1902)
La medicina è
una scienza
sociale e
la politica non è
altro che medicina
su larga scala.