

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Petra Justin

VPLIV EPIDEMIJE VIRUSA HIV/AIDS NA RAZVOJ
PODSAHARSKE AFRIKE

Diplomsko delo

LJUBLJANA 2008

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Petra Justin

Mentorica: izr. prof. dr. Maja Bučar

VPLIV EPIDEMIJE VIRUSA HIV/AIDS NA RAZVOJ
PODSAHARSKE AFRIKE

Diplomsko delo

LJUBLJANA 2008

VPLIV EPIDEMIJE VIRUSA HIV/AIDS NA RAZVOJ PODSAHARSKE AFRIKE

Epidemija HIV-a/aidsa predstavlja enega izmed večjih svetovnih izzivov. Pred vplivi in grožnjami HIV-a/aidsa ni varen nihče. Podсахarska Afrika je regija, ki jo HIV/aids najbolj ogroža, saj ogroža njen razvoj, socialno kohezijo, politično stabilnost, varnost preskrbe s hrano, pričakovano življenjsko dobo ter večja gospodarsko breme držav. Naloga pokaže vpliv epidemije HIV-a/aidsa na prihodnji razvoj podsaharske Afrike. HIV/aids ni samo zdravstveni problem, vendar ga v mnogo državah razumejo le kot takega. Epidemija HIV-a/aidsa prizadene vsak vidik človeškega življenja. Epidemija predstavlja veliko breme tako za posameznika kot za družine, skupnosti in države. Naloga pokaže širok vpliv, ki ga ima HIV/aids na prebivalstvo kot celoto, na družine in gospodinjstva, gospodarstvo (kmetijstvo, privatni sektor ipd.) zdravstveni sektor, izobraževanje ter demokracijo in varnost držav. Naloga pokaže, da HIV/aids prizadene praktično vse vidike družbe. Zaradi narave bolezni tudi danes sprejeti ukrepi ne bodo bistveno izboljšali položaja na kratek rok.

Ključne besede: Epidemija HIV-a/aidsa, razvoj, podsaharska Afrika.

THE IMPACT OF HIV/AIDS ON DEVELOPMENT OF SUB-SAHARAN AFRICA

The HIV/aids epidemic has been a major global challenge. There is no region of the world where HIV/aids is not a potentially serious threat to the population. Sub-Saharan Africa is currently the worst affected region where HIV/aids epidemic is considered as reason for a state of emergency. HIV threatens development, social cohesion, political stability, food security and life expectancy and imposes a devastating economic burden. The thesis shows the impact of HIV/aids epidemic on future development of Sub-Saharan Africa. In many countries HIV/aids is perceived only as health problem, although it is much more than that. The HIV/aids epidemic affects every aspect of human life. It has imposed heavy burden on individuals, families, communities and nations. The thesis shows the wide-ranging impacts of HIV/aids on population as whole, families and households; economy (agricultural sustainability, business, etc.) the health sector, education, democracy and security. The HIV/aids epidemic effects virtually every sector of society. Due to the nature of disease the measures introduced today will not have a significantly beneficial effect in the short time.

Key words: HIV/aids epidemic, development, Sub-Saharan Africa.

KAZALO

1.	UVOD	7
2.	RAZVOJ.....	9
3.	EPIDEMIJA VIRUSA HIV/AIDS V PODSAHARSKI AFRIKI.....	10
3.1	JUŽNA AFRIKA.....	11
3.2	VZHODNA AFRIKA.....	12
3.3	ZAHODNA AFRIKA.....	13
3.4	CENTRALNA AFRIKA	14
4.	VPLIV VIRUSA HIV/AIDS NA RAZVOJ PODSAHARSKE AFRIKE	16
4.1	PREBIVALSTVO	16
4.1.1	ŠTEVILO SMRTI IN STOPNJA UMRLJIVOSTI	17
4.1.2	PRIČAKOVANA ŽIVLJENJSKA DOBA	18
4.1.3	VELIKOST, RAST IN STRUKTURA PREBIVALSTVA.....	19
4.1.4	ŽENSKÉ IN OTROCI	22
4.1.5	STIGMATIZACIJA IN DISKRIMINACIJA	25
4.2	GOSPODARSTVO	29
4.2.1	VPLIV EPIDEMIJE NA PRIVATNI SEKTOR.....	31
4.2.2	VPLIV EPIDEMIJE NA KMETIJSTVO IN NEFORMALNI SEKTOR	34
4.2.3	VPLIV EPIDEMIJE NA OTROŠKO DELO.....	36
4.3	REVŠČINA	38
4.4	IZOBRAZBA	44
4.5	ZDRAVSTVO	47
4.6	DEMOKRACIJA IN VARNOST	51
5.	ZAKLJUČEK.....	56
6.	UPORABLJENA LITERATURA	59
7.	PRILOGE.....	64

SEZNAM KRATIC IN OKRAJŠAV

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (sindrom pridobljene imunske pomankljivosti)

BDP – Bruto domači proizvod

DVR – Države v razvoju

HDI – Human Development Index (Indeks človekovega razvoja)

HDR – Human Development Report (Poročilo o človekovem razvoju)

HIV – Human Immunodeficiency Virus (virus človeške imunske pomankljivosti)

IBRD – International Bank for Reconstruction and Development (Mednarodna banka za obnovo in razvoj)

ICG – International Crisis Group (Mednarodna krizna skupina)

ICSID – International Centre for Settlement of Investment Disputes (Mednarodni center za reševanje investicijskih sporov)

IDA – International Development Association (Mednarodno združenje za razvoj)

IFC – International Finance Corporation (Mednarodna finančna institucija)

ILO – International Labour Organization (Mednarodna organizacija dela)

MGA – Multilateral Investment Guarantee Agency (Mednarodna agencija za zavarovanje investicij)

OZN – Organizacija združenih narodov

PSA – Podsaharska Afrika

UNAIDS – The Joint United Nations Programme on HIV/aids (Združen program OZN za HIV/aids)

UNDP – United Nations Development Programme (Razvojni program OZN)

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organizacija OZN za izobraževanje, znanost in kulturo)

UNFPA – United Nations Population Fund (Sklad OZN za prebivalstvo)

UNICEF – United Nations Children's Fund (Mednarodni sklad OZN za otroke)

WB – World Bank (Svetovna banka)

WHO – World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija)

SEZNAM SLIK IN TABEL

SEZNAM SLIK

Slika 4.1.3.1: Populacijska struktura države Zimbabve glede na spol in leta v situaciji brez in z aidsom.....	22
---	----

SEZNAM TABEL

Tabela 3.1.1: Južna Afrika.....	12
Tabela 3.2.1: Vzhodna Afrika.....	13
Tabela 3.3.1: Zahodna Afrika.....	14
Tabela 3.4.1: Centralna Afrika.....	15
Tabela 4.1.1.1: Število smrti med letoma 1995 in 2025.....	18
Tabela 4.1.2.1: Pričakovana življenjska doba.....	19
Tabela 4.1.3.1: Velikost prebivalstva.....	20
Tabela 4.1.3.2: Rast prebivalstva.....	21
Tabela 4.1.4.1: Umrljivost otrok, mlajših od pet let (število umrlih na 1.000 živorojenih).....	24

1. UVOD

Od leta 1981, ko so bili diagnosticirani prvi primeri virusa HIV, se svet srečuje z do sedaj najsmrtonosnejšo epidemijo v moderni zgodovini. Konec leta 2005 je bilo z virusom HIV okuženih približno 40,3 milijona ljudi po vsem svetu. Aids je postal glavni vzrok za smrt odraslih, starih med 15 in 59 let. Leta 2006 je skoraj dve tretjini (63 % oz. 24,7 milijona) vseh ljudi, okuženih z virusom HIV, živel v podsaharski Afriki. V tem letu se je samo v tej regiji okužilo okoli 2,8 milijona odraslih in otrok, kar je več kot v vseh preostalih delih sveta skupaj.

Epidemija HIV-a/aidsa predstavlja enega izmed večjih svetovnih izzivov. Pred vplivi in grožnjami te bolezni ni varen nihče. Podsaharska Afrika je regija, ki jo HIV/aids najbolj ogroža, saj ogroža njen razvoj, socialno kohezijo, politično stabilnost, varnost preskrbe s hrano, pričakovano življenjsko dobo ter večja gospodarsko breme držav. HIV/aids torej ni samo zdravstveni problem, čeprav ga v mnogo državah razumejo le kot takega. Epidemija HIV-a/aidsa prizadene vsak vidik človeškega življenja in posledično predstavlja veliko breme tako za posameznika kot za družine, skupnosti in države. Kot posledica epidemije se v državah podsaharske Afrike viša stopnja revščine, večja število ljudi, ki trpijo za lakoto, propadajo podjetja, kvaliteta zdravstvenega in izobraževalnega sektorja se slabša, niža se število rojstev in večja število smrti, pričakovana življenjska doba je nižja, kot bi lahko bila, ipd. Tako se postavlja vprašanje, kako epidemija virusa HIV/aidsa vpliva na razvoj podsaharske Afrike. Naloga prikazuje širok vpliv, ki ga ima HIV/aids na družine in gospodinjstva, kmetijstvo, privatni sektor, zdravstveni sektor, izobraževanje, gospodarsko rast ipd. ter posledično na prihodnji razvoj podsaharske Afrike. Vsebino diplomske naloge usmerjata hipotezi:

- *Razvojni potencial podsaharske Afrike je odvisen tudi od razvoja epidemije virusa HIV/aidsa v tej regiji.*
- *Ne glede na sprejete ukrepe v boju proti virusu HIV/aidsu se bo, tako z razvojnega vidika kot z vidika epidemije virusa HIV/aidsa, situacija vsaj nekaj let še naprej slabšala.*

V diplomski nalogi sem uporabila metodo analize primarnih in sekundarnih virov, analize statistik ter opisno metodo. Analiza primarnih virov je zajemala pregled nekaterih

najpomembnejših dokumentov Organizacije združenih narodov, ki se nanašajo na za analizo dveh najpomembnejših pojmov, torej na epidemijo virusa HIV/aidsa v podsaharski Afriki in pa na razvoj. Analiza statistik je zajemala pregled uradnih statistik, ki jih zbirajo pristojne mednarodne organizacije, analiza sekundarnih virov pa je zajemala pregled knjig, člankov ter medmrežja, potrebnih pri gradnji pojmovno-teoretičnega izhodišča naloge ter jedra analize. Opisna metoda je bila uporabljena za prikaz trenutne situacije epidemije v PSA.

V prvem poglavju definiram pojem razvoj in različne indikatorje razvoja. V drugem poglavju prikažem stopnje prevalence virusa HIV v štirih različnih regijah PSA. Temu sledi analiza posledic epidemije virusa HIV/aidsa v podsaharski Afriki z vidika različnih družbenih področij (gospodarski sektor, zdravstveni sektor, izobraževanje, demografski kazalniki ipd.) ter vpliv teh na razvoj podsaharske Afrike. V zaključku zberem ugotovitve, do katerih sem prišla med pisanjem diplomskega dela, in ovrednotim zastavljeni hipotezi.

2. RAZVOJ

Namen tega poglavja je ugotoviti, kaj je razvoj in kateri so tisti dejavniki, ki vplivajo na razvoj. Kajti če želim analizirati, kakšen vpliv ima virus HIV na razvoj PSA, moram najprej ugotoviti, kaj vse vpliva na razvoj. V osrednjem delu naloge pa bom nato raziskala, kako epidemija HIV-a/aidsa vpliva na različne dejavnike razvoja in posledično na razvoj.

Do sedemdesetih let se je razvoj opredeljeval kot sposobnost države, da ustvari in vzdržuje pet- ali sedemodstotno letno rast BDP-ja (Bučar in Rojec 2002/2003a: 14). Prek t. i. »trickle-down« učinka naj bi se koristi od povečanja celotnega in per capita BDP avtomatično prenesle na širše družbene segmente (Kegley in Wittkopf 2001: 145). Vendar pa se v marsikateri manj razviti državi, v kateri so se kljub gospodarski rasti vse bolj kazali problemi nezaposlenosti, neenakomerne distribucije dohodka ter revščine, to ni zgodilo (Bučar in Rojec 2002/2003a: 15–6). Postalo je jasno, da je BDP per capita sicer najbolj razširjeno merilo gospodarske uspešnosti neke države, kot merilo človeškega razvoja pa je lahko precej zavajajoč kazalnik (Kegley in Wittkopf 2001: 137), saj namreč ne pove veliko o življenjskem standardu večine prebivalstva. V okviru teh spoznanj se je definicija razvoja v sedemdesetih letih precej razširila. Razvoj je danes pojmovan kot multidimenzionalen proces, ki vključuje reorganizacijo in preusmeritev celotnega ekonomskega in družbenega sistema. Poleg rasti dohodka in proizvodnje vsebuje tudi korenite spremembe v institucionalni, družbeni in administrativni strukturi, pogosto pa tudi v navadah in vrednotah ljudi (Todaro 1989: 62). Na vseh ravneh razvoja je ključnega pomena, da imajo ljudje možnost živeti dolgo in zdravo življenje, se izraževati in uživati spodoben življenjski standard, ki jim omogoča zadovoljevanje osnovnih človeških potreb, kot so hrana in pitna voda, obleka in stanovanje ter zdravstvena zaščita in zaščita pred nasiljem (Kegley in Wittkopf 2001: 149–50).

Da so države sprejele takšno razširjeno definicijo razvoja, je razvidno tudi iz Deklaracije o pravici do razvoja¹, ki je bila sprejeta leta 1986 in ki navaja, da je razvoj »celostni ekonomski, socialni, kulturni in politični proces, katerega cilj je nenehno izboljševanje blaginje celotnega prebivalstva in posameznikov, na osnovi njihove aktivne, svobodne in smiselne participacije«.

¹ *Declaration on the Right to development*, sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 41/128 4. decembra 1986. Dostopna na: <http://www.un.org/documents/ga/res/41/a41r128.htm>.

Podobno sporočilo pa dajejo tudi t. i. Milenijski razvojni cilji. Leta 2000 je na pobudo OZN 189 voditeljev držav in vlad sprejelo Milenijsko deklaracijo² in Milenijske razvojne cilje (*Millennium Development Goals*). Deklaracija predstavlja partnerstvo med bogatimi in revnimi državami za boj proti skrajni revščini in za doseganje bolj dostojnega življenja milijonov moških, žensk in otrok po svetu. Eden izmed milenijskih ciljev, natančneje šesti, se glasi: »[B]oriti se proti virusu HIV/aidsu, malariji in drugim boleznim« in v okviru tega cilja »do leta 2015 ustaviti in začeti krčiti razširjenost virusa HIV/aidsa«. Ta cilj pa ni pomemben le sam po sebi, ampak je od uspešnosti ali neuspešnosti njegove uresničitve odvisna tudi uspešnost uresničitve drugih ciljev³ (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 1). Milenijski razvojni cilji vključujejo razvojne indikatorje, kot so revščina, izobrazba, enakost med spoloma ipd., s čimer kažejo na kompleksnost samega razvoja.

Kot že rečeno, je gospodarska rast sicer pomemben element razvojnega procesa, vendar sama po sebi nikakor ni zadostno merilo razvoja. Za razumevanje celotnega učinka HIV-a/aidsa na možnosti za razvoj Afrike, s čimer se ta naloga ukvarja, si je treba ogledati več kot samo indikatorje makroekonomske uspešnosti. Poleg vpliva na gospodarsko rast bom v osrednjem delu naloge preučila še vpliv epidemije na prebivalstvo kot celoto, na privatni, kmetijski in neformalni sektor, otroško delo, revščino, izobrazbo, zdravstvo, demokracijo in varnost.

3. EPIDEMIJA VIRUSA HIV/AIDS V PODSAHARSKI AFRIKI

² *United Nations Millennium Declaration* (Milenijska deklaracija ZN), sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 55/2 8. septembra 2000. Dostopna na: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>.

³ Preostali milenijski razvojni cilji so dostopni na internetni strani: <http://www.unicef.si/main/milenijski.wlgt>.

V tem poglavju najprej prikažem nekaj splošnih podatkov, ki se nanašajo na virus HIV v PSA, temu pa sledi prikaz prevalence virusa HIV v štirih različnih regijah PSA. Namen tega poglavja je prikazati delež okuženih v regiji in zapisane ugotovitve v nadaljevanju naloge povezati z zastavljenima hipotezama. Podatki o prevalenci virusa HIV skupaj z ugotovitvami iz osrednjega dela naloge kažejo na povezavo med stopnjo prevalence virusa HIV in vplivom tega na razvoj. Po podatkih ICG-ja velja, da ko stopnja infekcije med odraslimi doseže 5 %, širjenje bolezni postane hitrejše, in je zato samo bolezen veliko težje nadzirati. Višja ko je stopnja prevalence, bolj se čutijo socialne in ekonomske posledice bolezni (ICG 2001: 3).

V nekaterih državah PSA prevalenca virusa HIV pada, vendar pa v večini držav ostaja nespremenjena. Na videz se tako zdi, da se zadeve umirjajo, saj število okuženih ne narašča, v resnici pa gre le za ravnovesje med številom na novo okuženih ljudi ter številom umrlih zaradi aidsa (UNAIDS, WHO 2006: 10).

Leta 2006 je skoraj dve tretjini (63 % oz. 24,7 milijona) vseh ljudi, okuženih z virusom HIV, živelo v podsaharski Afriki. V tem letu se je samo v tej regiji okužilo okoli 2,8 milijona odraslih in otrok, kar je več kot v vseh preostalih delih sveta skupaj. Smrtni davek, ki ga je povzročil aids v regiji pa predstavlja 72 % vseh smrti, ki so nastale zaradi aidsa v svetu. Vpliv aidsa v PSA najbolj občutijo ženske, kajti ne samo, da za njih obstaja večja možnost okužbe z virusom HIV, ampak morajo v večini držav PSA prav ženske skrbeti za obolele (UNAIDS, WHO 2006: 10).

3.1 JUŽNA AFRIKA

Južna Afrika predstavlja epicenter svetovne epidemije virusa HIV: v tej podregiji živi 32 % vseh ljudi, obolelih za virusom HIV, in umre 34 % vseh ljudi, ki umrejo zaradi aidsa (UNAIDS, WHO 2006: 10–17).

Edina država v tej podregiji, v kateri je moč zaznati upadanje prevalence virusa HIV med odraslo populacijo, je Zimbabve. Podatki iz t. i. predporodnih klinik kažejo, da je stopnja okuženosti z virusom HIV pri nosečnicah padla s 30–32 % leta 2000 na 24 % leta 2004. Vendar je ob tem treba opozoriti, da nekateri podatki kažejo na pristranskost in protislovnost, kar pomeni, da je tako močan upad vprašljiv. Kakor koli že, Zimbabve še vedno ostaja država z eno od najhujših epidemij virusa HIV na svetu, saj je z virusom HIV okužen že vsak peti

državljan. Preostale države te podregije, katerih stopnja prevalece virusa HIV med odraslimi (15–49) presega 20 %, so še: Bocvana (24,1 %), Lesoto (23,2 %) in Svazi (33,4 %), ki ima najvišjo stopnjo prevalece virusa HIV na svetu, saj je okužen že vsak tretji državljan (UNAIDS, WHO 2006: 10–17). Takoj za njimi imajo od 15 do 20% prevalenco virusa HIV med odraslimi naslednje države: Mozambik (16,1 %), Zambija (17,0 %), Južnoafriška republika (18,8 %) in Namibija (19,6 %). Južnoafriška republika je država, ki je druga na svetu po številu okuženih z virusom HIV, saj je okuženih 5,5 milijona prebivalcev. Poleg tega se ta država trenutno nahaja v fazi, ko veliko število ljudi umira zaradi aidsa. Zadnji podatki o umrljivosti kažejo, da se je umrljivost od leta 1997 do leta 2004 povečala za 79 % (UNAIDS, WHO 2006: 10–17). Kot je razvidno iz tabele 3.1.1 tem državam sledi Malavi s 14,1% stopnjo prevalece virusa HIV med odraslimi. Najmanj ogrožene države v tej podregiji pa so Angola (3,7 %), Madagaskar (0,5 %) in Mauritius (0,6 %) (UNAIDS, WHO 2006: 10–17).

Tabela 3.1.1: Južna Afrika

DRŽAVA	ŠT. PREBIVALSTVA	ŠT. OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV	% PREVALENCA VIRUSA HIV MED ODRASLIMI (15–49) LETA 2005	ŠT. ODRASLIH (15+), OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV	ŠT. ODRASLIH ŽENSK (15+), OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV
ANGOLA	15.941.000	320.000	3,7	280.000	170.000
BOCVANA	1.765.000	270.000	24,1	260.000	140.000
LESOTO	1.795.000	270.000	23,2	250.000	150.000
MADAGASCAR	18.606.000	49.000	0,5	47.000	13.000
MALAVI	12.884.000	940.000	14,1	850.000	500.000
MAURITIUS	1.245.000	4.100	0,6	4.100	/
MOZAMBIK	19.792.000	1.800.000	16,1	1.600.000	960.000
NAMIBIJA	2.031.000	230.000	19,6	210.000	130.000
JUŽNPAFRIŠKA REPUBLIKA	47.432.000	5.500.000	18,8	5.300.000	3.100.000
SVAZI	1.032.000	220.000	33,4	210.000	120.000
ZAMBIJA	11.668.000	1.100.000	17,0	1.000.000	570.000
ZIMBABVE	13.010.000	1.700.000	20,1	1.500.000	890.000

VIR: UNAIDS 2006.

3.2 VZHODNA AFRIKA

Za države Vzhodne Afrike je značilna stabilnost, torej nespremenljivost, ali pa upadanje prevalece virusa HIV. V tej podregiji stopnja prevalece virusa HIV med odraslimi presega 6 % v treh državah: Keniji (6,1 %), Tanzaniji (6,5 %) ter Ugandi (6,7 %). Za Ugando velja, da

se je situacija stabilizirala, za Kenijo in Tanzanijo pa je značilen upad prevalenca virusa HIV. V Keniji se je stopnja prevalenca zmanjšala z 10 % od poznih devetdesetih na okoli 6 % leta 2005, v Tanzaniji pa z 8,1 % na 6,5 % med letoma 1995 in 2004. Kljub temu pa je situacija v obeh državah še vedno kritična, saj je v Keniji še vedno okuženih okoli 1,3 milijona ljudi, v Tanzaniji pa okoli 1,4 milijona ljudi (UNAIDS, WHO 2006). V preostalih državah pa je stopnja prevalenca nižja od 4 %: Somalija (0,9 %), Eritreja (2,4 %), Ruanda (3,1 %) in Burundi (3,3 %). V Ruandi se je situacija stabilizirala okoli leta 2000, vendar prevalenca še vedno ostaja zelo visoka v glavnem mestu. V Ruandi je stopnja prevalenca v mestih (7,3 %) trikrat višja kot v vaseh (2,2 %). Tudi za Etiopijo je značilna takšna dvojnost. Stopnja prevalenca med odraslimi je okoli 5,5 % v mestih in okoli 0,7 % v vaseh. Leta 2005 pa naj bi bilo vseh okuženih odraslih (15–49 let) okoli 1,4 %. Podatki za Somalijo se nanašajo še na leto 2004, ko se je stopnja prevalenca med nosečnicami gibala okoli 0,9 % (UNAIDS, WHO 2006: 17–20).

Tabela 3.2.1: Vzhodna Afrika

DRŽAVA	ŠT. PREBIVALSTVA	ŠT. OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV	% PREVALENCIA VIRUSA HIV MED ODRASLIMI (15–49) LETA 2005	ŠT. ODRASLIH (15+), OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV	ŠT. ODRASLIH ŽENSK (15+), OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV
BURUNDI	7.548.000	150.000	3,3	130.000	79.000
ERITREJA	4.401.000	59.000	2,4	53.000	31.000
ETIOPIJA	77.431.000		1,4 ⁴		
KENIJA	34.256.000	1.300.000	6,1	1.200.000	740.000
RUANDA	9.038.000	190.000	3,1	160.000	91.000
SOMALIJA	8.228.000	44.000	0,9	40.000	23.000
UGANDA	28.816.000	1.000.000	6,7	900.000	520.000
TANZANIJA	38.329.000	1.400.000	6,5	1.300.000	710.000

VIR: UNAIDS 2006.

3.3 ZAHODNA AFRIKA

V primerjavi s preostalimi regijami podsaharske Afrike je za Zahodno Afriko značilna najnižja stopnja prevalenca virusa HIV. Države te regije bi lahko razdelili na tri skupine. V prvi skupini so države, v katerih je stopnja prevalenca med odraslimi nižja od 2 %. Te države so Senegal (0,9 %), Gvineja (1,5 %), Mali (1,7 %) in Benin (1,8 %) (UNAIDS, WHO 2006: 20–23). V drugo skupino spadajo države, v katerih se stopnja prevalenca med odraslimi

⁴ VIR: 2006 Aids epidemic update: Sub-saharan Africa. UNAIDS.

nahaja med 2 % in 4 %. V to skupino spadajo Gana (2,3 %), Burkina Faso (2 %), Togo (3,2 %), Čad (3,3 %) in Nigerija (3,9 %). Kot lahko vidimo, Nigerija spada v drugo skupino, vendar je treba opozoriti, da je po številu prebivalstva, okuženega z virusom HIV, tretja na svetu, in sicer takoj za Indijo in Južno Afriko. Okuženih je 2,9 milijona prebivalcev (UNAIDS, WHO 2006). V zadnjo, torej tretjo skupino pa spadajo oz. spada država, v kateri je stopnja prevalenca med odraslimi višja od 4 %. V to skupino spada samo ena država iz te regije, in sicer Slonokoščena obala, v kateri je bila stopnja prevalenca leta 2005 7,1 % (UNAIDS, WHO 2006: 20–23).

Tabela 3.3.1: Zahodna Afrika

DRŽAVA	ŠT. PREBIVALSTVA	ŠT. OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV	% PREVALENCA VIRUSA HIV MED ODRASLIMI (15–49) LETA 2005	ŠT. ODRASLIH (15+), OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV	ŠT. ODRASLIH ŽENSK (15+), OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV
BENIN	8.439.000	87.000	1,8	77.000	45.000
BURKINA FASO	13.228.000	150.000	2,0	140.000	80.000
ČAD	9.749.000	180.000	3,5	160.000	90.000
SLONOKOŠČENA OBALA	18.154.000	750.000	7,1	680.000	400.000
GAMBIJA	1.517.000	20.000	2,4	19.000	11.000
GANA	22.113.000	320.000	2,3	300.000	180.000
GVINEJA	9.402.000	85.000	1,5	78.000	53.000
GVINEJA BISSAU	1.586.000	32.000	3,8	29.000	17.000
LIBERIJA	3.283.000	/	/	/	/
MALI	13.518.000	130.000	1,7	110.000	66.000
NIGER	13.957.000	79.000	1,1	71.000	42.000
NIGERIJA	131.530.000	2.900.000	3,9	2.600.000	1.600.000
SENEGAL	11.658.000	61.000	0,9	56.000	33.000
SIERRA LEONE	5.525.000	48.000	1,6	43.000	26.000
TOGO	6.145.000	110.000	3,2	100.000	61.000

VIR: UNAIDS 2006.

3.4 CENTRALNA AFRIKA

Najbolj prizadeti državi v centralni Afriki sta Srednjeafriška republika, v kateri je stopnja prevalenca z virusom HIV med odraslimi (15–49) 10,7%, in Gabon, v kateri ta podatek znaša 7,9 %. V preostalih državah se stopnja prevalenca z virusom HIV giblje nekje med 3 in 5 %.

Tabela 3.4.1: Centralna Afrika

DRŽAVA	ŠT. PREBIVALSTVA	ŠT. OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV	% PREVALENCA VIRUSA HIV MED ODRASLIMI (15–49) LETA 2005	ŠT. ODRASLIH (15+), OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV	ŠT. ODRASLIH ŽENSK (15+), OKUŽENIH Z VIRUSOM HIV
KAMERUN	16.322.000	510.000	5,4	470.000	290.000
SREDNJE-AFRIŠKA REPUBLIKA	4.038.000	250.000	10,7	230.000	130.000
KONGO	3.999.000	120.000	5,3	100.000	61.000
KONGO, DEMOKRATIČNA REPUBLIKA	57.549.000	1.000.000	3,2	890.000	520.000
GABON	1.384.000	60.000	7,9	56.000	33.000

VIR: UNAIDS 2006.

Najbolj ogrožena regija PSA je torej Južna Afrika, saj ima v tej regiji devet držav stopnjo prevalenke višjo od 14 %, v preostalih treh državah pa je delež okuženih nižji od 5 %. Če te podatke povežem z ugotovitvijo ICG-ja, lahko trdim, da se ekonomske in socialne posledice epidemije najbolj čutijo v tej regiji. Južni Afriki sledita Vzhodna in Centralna Afrika. V Vzhodni Afriki imajo tri države (od osmih) delež okuženih, višji od 5 %, v Centralni Afriki pa imajo delež okuženih, višji od 5 %, štiri države (od petih). Najmanj ogrožena regija je Zahodna Afrika, kjer ima samo ena država (od 15) stopnjo prevalenke nad 5 %.

4. VPLIV VIRUSA HIV/AIDS NA RAZVOJ PODSAHARSKE AFRIKE

V tem poglavju bom preučila vpliv HIV-a/aidsa na različne javne sektorje in ljudi, zaposlene v tem sektorju, ter vpliv HIV-a/aidsa na celotno prebivalstvo, gospodarstvo, demokracijo in varnost ter posameznike in njihove družine. V prvem delu tega poglavja bom analizirala vpliv epidemije na prebivalstvo (velikost, struktura, rast prebivalstva, število smrti ipd.) ter ločeno analizirala vpliv epidemije na ženske in otroke. V zadnjem delu prvega podpoglavja bom na podlagi HIV-a/aidsa preučila vpliv stigmatizacije in diskriminacije na razvoj. V drugem podpoglavju bo sledila analiza vpliva epidemije na gospodarstvo in v okviru tega vpliv epidemije na privatni, kmetijski in neformalni sektor ter otroško delo. V tretjem podpoglavju bom prikazala odnos med epidemijo HIV-a/aidsa in revščino. V tretjem in četrtem podpoglavju sledi analiza vpliva epidemije na izobrazbo in zdravstvo. V zadnjem, šestem podpoglavju, pa bom prikazala vpliv epidemije na demokracijo in varnost.

4.1 PREBIVALSTVO

Od leta 1981 naprej, ko so bili diagnosticirani prvi primeri virusa HIV, se svet srečuje z do sedaj najsmrtonosnejšo epidemijo v moderni zgodovini. Konec leta 2005 je bilo z virusom HIV okuženih približno 40,3 milijona ljudi po vsem svetu. Aids je postal glavni vzrok za smrt odraslih, starih med 15 in 59 let (UN 2005b: 65).

Statistični podatki o epidemiji so že sedaj dokaj »strašljivi«, vendar najhuje še prihaja (UN 2005b: 65). Kot je bilo že namreč omenjeno, povprečen čas od okužbe do razvoja bolezni pri odraslih v odsotnosti zdravljenja znaša devet let. Poudarjam, da gre za povprečen čas, kajti to obdobje lahko variira od le nekaj pa do 15 let ali več. Zaradi takšnega poteka bolezni bodo dokončne posledice na prebivalstvo vidne šele deset let ali več po tem, ko bo stopnja prevalence dosegla svoj vrh (UN 2005b: 65). Učinki epidemije na demografijo se bodo torej po vsej verjetnosti čutili še v drugi polovici 21. stoletja. Trenutne projekcije kažejo, da bo leta 2015 v 60 državah, v katerih je delež okuženih najvišji, 115 milijonov ljudi manj, kot bi jih bilo ob odsotnosti epidemije (UNAIDS 2006: 81).

V nadaljevanju tega podpoglavja bom preučila, kako HIV/aids vpliva na prebivalstvo kot celoto. Zapisane ugotovitve se nanašajo na poročilo ZN-ov iz leta 2005 (*World Population Prospects: The 2004 Revision – volume III: Analytical report*). V to raziskavo je bilo

vključenih 60 držav s takrat najvišjo stopnjo prevalence HIV-a/aids-a, od teh je bilo 40 afriških, pet azijskih, 12 držav iz Južne in Srednje Amerike, dve iz Evrope ter ena iz Severne Amerike. Šestinpetdeset držav je imelo stopnjo prevalence višjo od 1 %, preostale države (Brazilija, Kitajska, Indija in Združene države Amerike) pa so imele stopnjo prevalence sicer nižjo od 1 %, vendar so imele zaradi svoje velikosti veliko število okuženih. V okviru analize vsakega od kazalnikov bodo afriške države analizirane kot celota (40 držav), štiri države (Svazi, Bocvana, Lesoto, Zimbabve) pa bodo analizirane še ločeno. Te štiri države imajo namreč stopnjo prevalence HIV-a/aidsa višjo od 20 %.

HIV/aids prizadene prebivalstvo na dva načina. Po eni strani večina ljudi, okuženih z virusom HIV, umre prej, kot bi sicer, kar se kaže v povišani stopnji umrljivosti in posledično v zmanjšanju števila prebivalstva (v primerjavi s situacijo, ko virusa HIV/aidsa ne bi bilo). Po drugi strani pa, ker ženske umrejo pred koncem njihove reproduktivne dobe, imajo posledično manj otrok, kot bi jih imele v odsotnosti epidemije, kar še dodatno (poleg večjega števila smrti otrok) zmanjšuje velikost podmladka (UN 2005b: 70). Vpliv HIV-a/aidsa je tako viden na naslednjih demografskih kazalnikih: številu smrti in stopnji umrljivosti, pričakovani življenjski dobi, velikosti, rasti in strukturi prebivalstva ter smrti otrok, mlajših od enega in pet let. V tem podpoglavju bom preučila tudi vpliv aidsa na ženske in otroke.

4.1.1 ŠTEVILO SMRTI IN STOPNJA UMRLJIVOSTI⁵

V prejšnjem stoletju so izboljšave v higieni, nova znanja o prenašanju nalezljivih boleznih in vpeljava zdravil drastično zmanjšali število smrti. Kazalo je, da se bo razkorak v številu smrti med razvitimi državami in državami v razvoju zmanjšal. Epidemija virusa HIV/aidsa, vojne in ekonomska stagnacija pa so takšno optimistično napoved v nekaterih delih sveta izničile. Tako danes več milijonov ljudi živi v okoliščinah, ki so komaj kaj boljše od tistih izpred pol stoletja (UN 2005b: 54).

Kot je razvidno iz tabele 4.1.1.1, naj bi bil aids med letoma 1995 in 2025 razlog za dodatnih 98 milijonov smrti. Če za primer vzamemo obdobje med letoma 2005 in 2010, v katerem smo sedaj, vidimo, da naj bi v tem obdobju življenje izgubilo 61 milijonov ljudi, kar je 18 milijonov ali 42 % več, kot če te bolezni ne bi bilo. Številke pa so še višje za sedem držav, ki so imele po podatkih iz leta 2004 delež okuženih višji od 20 %. Raziskava je pokazala, da naj

⁵ Podatki v tem delu podpoglavja se nanašajo na poročilo OZN iz leta 2004 in ne na poročilo OZN iz leta 2005, kot je bilo omenjeno v začetku tega podpoglavja.

bi bilo število smrti zaradi aidsa med letoma 2005 in 2010 v teh državah kar 233 % višje, kot če aidsa ne bi bilo (UN 2004a: 14–5).

Tabela 4.1.1.1: Število smrti med letoma 1995 in 2025

Število smrti (v milijonih)	1995–2000	2000–2005	2005–2010	2010–2015	2015–2020	2020–2025	1995–2025
38 afriških držav							
Z aidsom	48	56	61	63	64	64	356
Brez aidsa	39	41	43	44	45	46	258
Absolutna razlika	9	15	18	19	19	18	98
Relativna razlika	23 %	37%	42 %	43 %	42 %	39 %	38 %
7 afriških držav s stopnjo prevalence nad 20 %							
Z aidsom	5	8	10	10	9	9	51
Brez aidsa	3	3	3	3	3	4	19
Absolutna razlika	2	5	7	7	6	5	32
Relativna razlika	67 %	167 %	233 %	233 %	200 %	125 %	168 %

VIR: UN Department of Economic and Social Affairs 2004a.

Do največjega povišanja stopnje umrljivosti je prišlo v skupini odraslih, starih med 20 in 49 let. To je popolnoma spremenilo razporeditev umrljivosti glede na starost. Medtem ko je ta skupina med letoma 1985 in 1990 predstavljala le 20 % vseh smrti, je med letoma 2000 in 2005 predstavljala 60 % vseh smrti. Zaradi aidsa torej umirajo odrasli, ki so v svojih ekonomsko najbolj produktivnih letih, države pa posledično izgubljajo ravno tiste ljudi, ki bi lahko pripomogli k reševanju krize (UNAIDS 2006: 83).

4.1.2 PRIČAKOVANA ŽIVLJENJSKA DOBA

V Afriki se je, nasprotno kot v preostalih delih sveta, pričakovana življenjska doba nižala vse od poznih osemdesetih naprej. Poglavitni vzrok za negativen trend spreminjanja življenjske dobe lahko iščemo ravno v aidsu. Poleg njega pa so k takšnemu trendu pripomogli še oboroženi konflikti, ekonomska stagnacija in druge nalezljive bolezni, kot sta tuberkuloza in malarija. Šele med letoma 2010 in 2015 lahko pričakujemo, da se bo pričakovana življenjska doba v Afriki vrnila v stanje, v katerem je bila med letoma 1985 in 1990. Od 2045 do 2050 naj bi pričakovana življenjska doba v celotni Afriki znašala 65 let (UN 2005a: 11).

Med letoma 1990 in 1995 je bila za 40 afriških držav pričakovana življenjska doba ocenjena na 48,2 leta, kar je 2,6 leta manj, kot bi bila v odsotnosti epidemije. V naslednjem obdobju, od 2000 do 2005, pa se je ta razlika povzpela na 7,9 leta, saj je pričakovana življenjska doba v tem obdobju znašala 45,7 leta, medtem ko bi v odsotnosti epidemije znašala 53,6 leta. Do

najvišje razlike, 8,3 leta, naj bi prišlo med letoma 2010 in 2015, ko naj bi pričakovana življenjska doba znašala 48,3 leta, medtem ko bi bila v odsotnosti epidemije 56,6 leta (UN 2005b: 74). Pričakovano je torej, da se bo v naslednjih letih pričakovana življenjska doba sicer začela zviševati, vendar zaradi zmanjšanja umrljivosti, ki nastane kot posledica drugih dejavnikov (ne aidsa) (UN 2005b: 72).

Tabela 4.1.2.1: Pričakovana življenjska doba

Pričakovana življenjska doba	1990–1995	2000–2005	2010–2015	2020–2025	2045–2050
40 afriških držav					
Z aidsom	48,2	45,7	48,3	52,9	63,4
Brez aidsa	50,8	53,6	56,6	60,1	68
Absolutna razlika	-2,6	-7,9	-8,3	-7,2	-4,6
Relativna razlika	-5,1	-14,8	-14,6	-12	-6,8
4 afriške države s stopnjo prevalence nad 20 %					
Z aidsom	57,2	36,8	38,1	43,4	54,4
Brez aidsa	64,6	64	66,5	69,3	74,1
Absolutna razlika	-7,4	-27,2	-28,5	-25,9	-19,6
Relativna razlika	-11,5	-42,5	-42,8	-37,4	-26,5

VIR: UN 2005a.

Še večje razlike pa se pojavljajo v skupini štirih držav, v katerih je razlika v pričakovani življenjski dobi ob prisotnosti oz. odsotnosti aidsa med letoma 1990 in 1995 znašala 7,4 leta (57,2 leta v primerjavi s 64,6 leta), od 2000 do 2005 pa 27,2 leta (36,8 leta v primerjavi s 64 leti). Ta razlika naj bi se med letoma 2010 in 2015 povzpela na 28,5 leta, saj naj bi takrat ob odsotnosti aidsa pričakovana življenjska doba znašala 66,5 leta, zaradi njegove prisotnosti pa le 38,1 leta. Po tem obdobju naj bi se razlika sicer začela zmanjševati, vendar še vedno ostaja zelo visoka, 25,9 leta med letoma 2020 in 2025 in 19,6 od 2045 do 2050. (UN 2005b: 74).

Zaradi aidsa je pričakovana življenjska doba žensk danes v štirih afriških državah (Kenija, Malavi, Zambija and Zimbabve) nižja od pričakovane življenjske dobe moških. To je nov pojav, saj po vsem svetu ženske običajno živijo dlje (UNAIDS 2006: 89).

4.1.3 VELIKOST, RAST IN STRUKTURA PREBIVALSTVA

Posledice vse večjega števila smrti, ki nastanejo zaradi aidsa, se kažejo in se bodo kazale v zmanjšani stopnji rasti prebivalstva in, v nekaterih državah (Bocvana, Lesoto, Svazi), v zmanjšanju velikosti prebivalstva. V preostalih državah pa bo stopnja rasti glede na pretekla

leta ostala pozitivna predvsem zaradi visoke stopnje rodnosti, ki kompenzira vse višjo umrljivost (UN 2005b: 78).

Število prebivalcev 40 afriških držav, vključenih v analizo, je bilo leta 2005 zaradi aidsa manjše za 36 milijonov. Ta razlika pa naj bi se do leta 2025 povečala na 137 milijonov, do leta 2050 pa na 266 milijonov, saj naj bi takrat število prebivalcev znašalo približno 1.634 milijonov, kar je 14 % manj kot ob odsotnosti aidsa, ko bi velikost prebivalstva znašala približno 1.900 milijonov. V štirih državah s stopnjo prevalence nad 20 % je bila velikost prebivalstva leta 2005 manjša za 14,2 %, leta 2025 naj bi ta razlika znašala 36,3 %, leta 2050 pa 47,5 %. Leta 2050 naj bi bila velikost prebivalstva v omenjenih štirih državah zaradi aidsa tako manjša za 18 milijonov (UN 2005b: 80).

Tabela 4.1.3.1: Velikost prebivalstva

Velikost prebivalstva (v milijonih)	2005	2025	2050
40 afriških držav			
Z aidsom	725	1.099	1.634
Brez aidsa	761	1.236	1.900
Absolutna razlika	-36	-137	-266
Relativna razlika	-4,8	-11,1	-14
4 afriške države s stopnjo prevalence nad 20 %			
Z aidsom	18	19	20
Brez aidsa	21	29	38
Absolutna razlika	-3	-11	-18
Relativna razlika	-14,2	-36,3	-47,5

VIR: UN 2005a.

Glede na poročilo ZN-a iz leta 2004 naj bi države s stopnjo prevalence virusa nad 20 % med odraslo populacijo (15–49) do leta 2025 imele 35 % manj prebivalstva kot ob odsotnosti epidemije, pri državah s stopnjo prevalence med 10 in 20 % naj bi ta manjko znašal 21 %, v državah s stopnjo prevalence med 5 in 10 % razlika znaša 11 %, v zadnji skupni, v kateri so države s stopnjo prevalence, nižjo od 2 %, pa naj bi prišlo do razlike 2 % (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 19).

Zaradi povečanega števila smrti je in bo poleg zmanjšanja števila prebivalstva prišlo tudi do zmanjšanja stopnje rasti prebivalstva. V štirih državah, ki jih epidemija nabolj ogroža (Bocvana, Lesoto, Svazi in Zimbabve), naj bi stopnja rasti prebivalstva med letoma 2005 in 2025 znašala 0,32 %, medtem ko bi v odsotnosti epidemije znašala 1,8 %. Tudi v vseh 40 afriških državah bo stopnja rasti nižja, kot bi bila sicer. Med letoma 2005 in 2025 naj bi bila v

teh državah stopnja rasti 2,08 %, medtem ko bi bila v odsotnosti epidemije 2,42 % (UN 2005b: 79).

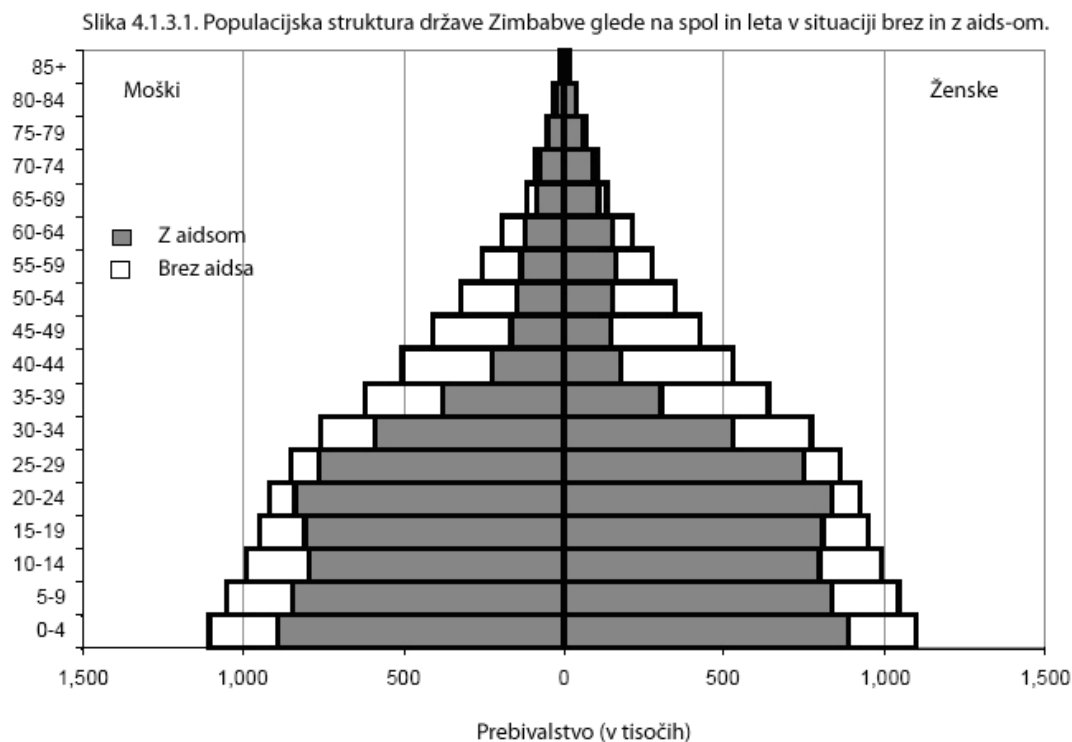
Tabela 4.1.3.2: Rast prebivalstva

Rast prebivalstva	2005–2025	2025–2050
40 afriških držav		
Z aidsom	2,08	1,59
Brez aidsa	2,42	1,72
Absolutna razlika	-0,34	-0,13
Relativna razlika	-14,2	-7,8
4 afriške države s stopnjo prevalence nad 20 %		
Z aidsom	0,32	0,28
Brez aidsa	1,8	1,05
Absolutna razlika	-1,49	-0,77
Relativna razlika	-82,5	-73,7

VIR: UN 2005a.

Kot že omenjeno, aids najbolj prizadene ljudi, ki so v svojih najbolj produktivnih letih. Izguba deleža tega dela populacije ima zato lahko dolgoročne implikacije na delovno silo, pridelovanje hrane, strukturo gospodinjstev in blaginjo celotne družbe (UN Department of Economic and Social Affairs 2004: 21). V državah z visoko stopnjo prevalence pa močno vpliva tudi na populacijsko strukturo. Vpliv aidsa na populacijsko strukturo si bomo ogledali na primeru države Zimbabve. Če si ogledamo populacijsko strukturo, kakršna bi bila, če epidemije ne bi bilo, vidimo, da bi ta imela obliko piramide, ki je značilna za prebivalstvo, ki ima srednjo oz. visoko stopnjo rodnosti. Kot je razvidno s slike 4.1.3.1, ima epidemija aidsa očiten vpliv na omenjeno strukturo. Skupina ljudi, starih od 35 do 59 let, bo leta 2015 le majhen del tega, kar bi morala biti. Delež moških bo v primerjavi z ženskami v tej starostni skupini višji, saj zaradi aidsa umre več žensk kot moških. Pomembno je tudi to, da ženske umirajo mlade oz. umirajo pred koncem reproduktivne dobe, kar vpliva in bo vplivalo na število otrok, ki bodo oz. ki bi bili rojeni. Število otrok se bo poleg tega zmanjšalo še zaradi povečanega števila smrti otrok. Takšne spremembe bodo imele dolgoročne učinke na strukturo gospodinjstev, delovno silo in preostale vidike družbe (UN 2005b: 80).

Slika 4.1.3.1: Populacijska struktura države Zimbabve glede na spol in leta v situaciji brez in z aidsom.



VIR: UN 2005a.

Aids močno prizadene tudi otroke in ženske. Ker ti dve skupini predstavljata najranljivejši del afriške populacije, ju bom v nadaljevanju preučila ločeno.

4.1.4 ŽENSKE IN OTROCI

ŽENSKE

V 80. letih, ko se je epidemija ravno začela razvijati, so ženske veljale za skupino, ki je virus HIV ni rizično ogrožal. Takrat se je zdelo, da je virus HIV omejen predvsem na moške, ki imajo spolne odnose z drugimi moški, prostitutke in injicirajoče uživalce drog (UN Department of Economic and Social Affairs 2004b: 1). Danes, več kot 20 let od pojava epidemije, pa so ženske tiste, ki predstavljajo skoraj polovico ljudi, okuženih z virusom HIV (UNAIDS idr. 2004: iv). V PSA ženske predstavljajo 57 % (13,1 milijona) odraslih, starih od 15 do 49 let, ki so okuženi z virusom HIV/aidsom (UNAIDS idr. 2004: 2). Skupina, ki je najbolj dovzetna za okužbe, so mladi ljudje (15–24), predvsem mlade ženske in mladoletna dekleta (IPPF n. p.: 1). UNAIDS vztrajno poroča o vedno večji stopnji okuženosti med predstavnicami ženskega spola, starimi med 15 in 24 let. V PSA ženske v tej starostni skupini

predstavljajo 76 % vseh okuženih (IPPF n. p.: 2). V nekaterih državah (Zambija, Zimbabve), je možnost okužbe za mlade ženske v primerjavi z mladimi moškimi od pet- do šestkrat višja (IPPF n. p.: 1). Kljub takemu trendu pa so ženske manj poučene tako o prenašanju virusa kot o možnih oblikah preventive (UNAIDS idr. 2004: 11). Mlade ženske in dekleta so v povprečju manj izobražene kot mladi moški in bolj podvržene nasilju v spolnih odnosih. Zaradi neenakosti, ki je značilna za DVR, ženske in dekleta nimajo enakih možnosti za dostop do preventivnih in kurativnih programov ter programov pomoči. Ženske, okužene z virusom HIV/aidsom, pa so poleg tega podvržene še dodatni stigmatizaciji, diskriminaciji in marginalizaciji (UN Department of Economic and Social Affairs 2004b: 1).

Po vsem svetu družbene in kulturne vrednote in norme določajo primerno vedenje, ki mladim ženskam odvzema možnost soodločanja glede varnejših spolnih odnosov oz. spolnih odnosov nasploh. Takšno okolje onemogoča mladim ženskam izhod iz odnosov, v katerih so zlorabljene in podvržene nasilju, spodbuja odvisnost od moških, ki pa jo še dodatno utrjuje revščina (IPPF n. p.: 2). Zaradi vloge gospodinje in skrbnice, ki jo ženska ima v mnogo kulturah, in nezadostne socialne podpore večina bremena (če ne celotno), ki ga povzroča prisotnost virusa HIV v družini, pade ravno na ženske. Skrb za družinskega člana, okuženega z virusom HIV, je sicer sočutno dejanje, vendar je hkrati tudi breme, ki zmanjšuje možnost za izobrazbo in omejuje ekonomske možnosti za ženske in dekleta (UNAIDS 2006: 90). Epidemija je torej močno povečala breme žensk. Ženske in dekleta plačujejo visoko ceno, ki se izraža v izgubljenih priložnostih, saj zaradi skrbi za člane družine in druge, ki so okuženi z virusom HIV, svojega časa ne morejo investirati v druge aktivnosti; aktivnosti, ki prinašajo dohodek, izboljšujejo delovne izkušnje ali izobrazbo, ki zmanjšuje možnost okužbe, zvišuje samozavest in ponuja možnosti za drugačno življenje (UN Department of Economic and Social Affairs 2004b: 3–4).

OTROCI

Vsaka šesta smrt, ki nastane kot posledica aidsa, je smrt otroka in vsaka sedma okužba z virusom HIV je nova okužba otroka. Otroci se najpogosteje okužijo s prenosom virusa z matere (prenos virusa na fetus, prenos virusa na otroka ob rojstvu, prenos virusa z dojenjem). Poleg okužbe in smrti se otroci spopadajo še z izgubo enega ali obeh staršev, psihološkimi travmami, revščino, spremembo bivališča, stigmatizacijo in diskriminacijo. Veliko otrok je podvrženih tudi bremenu skrbi za obolele v družini (UNAIDS 2006: 91–2).

Približno ena četrtnina oz. ena tretjina otrok, ki se rodijo materam, okuženim z virusom HIV, prejme virus prek svoje matere. Takšna visoka stopnja prenosa virusa HIV z matere na otroka

bo imela močan vpliva na smrtnost otrok, mlajših od enega leta in petih let (UN Department of Economic and Social Affairs 2004: 21). Otroci, ki se z virusom HIV okužijo prek matere, povprečno živijo le dve leti.

Vpliv aidsa na smrtnost otrok je največji v državah, v katerih je epidemija zelo razširjena. V državah, v katerih je bila stopnja prevalence leta 2003 nad 20 %, se je število smrti otrok, mlajših od pet let, v zadnjem desetletju povišalo s 87 smrti na 1.000 živorojenih med letoma 1990 in 1995 na 118 smrti med 2000 in 2005. Ob odsotnosti epidemije bi bila smrtnost otrok, mlajših od pet let, v teh državah nižja za 60 %. V 40 državah PSA, vključenih v raziskavo, pa je bila smrtnost otrok, mlajših od pet let, med letoma 1990 in 1995 za 6,1 % višja, kot bi bila ob odsotnosti epidemija, od 2000 do 2005 pa je ta razlika znašala 10 % (UN 2005b: 77).

Tabela 4.1.4.1: Umrljivost otrok, mlajših od pet let (število umrlih na 1.000 živorojenih)

Umrljivost otrok, mlajših od 5 let (število umrlih na 1.000 živorojenih)	1990–1995	2000–2005	2010–2015	2020–2025	2045–2050
40 afriških držav					
Z aidsom	185	174	149	119	63
Brez aidsa	174	158	136	111	60
Absolutna razlika	11	16	13	8	3
Relativna razlika	6,1	10	9,3	7,2	5,5
4 afriške države s stopnjo prevalence nad 20 %					
Z aidsom	87	118	92	58	25
Brez aidsa	70	74	59	44	23
Absolutna razlika	17	44	33	14	2
Relativna razlika	24,4	60	56,8	33,3	9,8

VIR: UN 2005a.

V prihodnjih desetletjih naj bi se vpliv aidsa na smrtnost otrok, mlajših od pet let, zmanjšal. Vendar je treba poudariti, da takšne napovedi temeljijo na predpostavki, da naj bi se zmanjšala tako prevalenca virusa HIV med odraslimi kot tudi prenos virusa z matere na otroka. Če ti dve predpostavki ne bosta izpolnjeni, pa se lahko zgodi, da bo vpliv aidsa na smrtnost otrok višji (UN 2005b: 77).

Epidemija vpliva tudi na število osirotelih otrok. Govorimo o t. i. sirotah aidsa. UNAIDS kot siroto aidsa definira otroke (mlajše od 15 let), ki so zaradi aidsa izgubili enega ali oba starša. Konec leta 2001 je bilo na svetu 14 milijonov sirot aidsa, od tega jih je bilo največ, 11 milijonov, v PSA. Po ocenah UNAIDS-a je bilo takrat samo v Nigeriji milijon sirot aidsa. Preostale države z visokim številom osirotelih otrok zaradi aidsa pa se bile še Etiopija

(990.000), Demokratična republika Kongo (930.000), Kenija (890.000), Uganda (880.000), Tanzanija (810.000) (UN Department of Economic and Social Affairs 2004: 24).

Polega vsega naštetega se otroci srečujejo še z naslednjimi problemi:

POMANJKANJE ZDRAVIL IN ZDRAVSTVENA OSKRBA – Otroci, okuženi z virusom, so največkrat izločeni iz zdravstvenega sistema. Manj kot 5 % okuženih otrok je deležnih zdravljenja. Otroška zdravila sicer obstajajo, vendar so v primerjavi z zdravili za odrasle predraga. Otroci tako pogosto dobivajo zdravila, namenjena odraslim, kar lahko vodi v premajhno ali preveliko doziranje zdravil. Zaradi prevelike zasedenosti bolnišnic, kar je posledice velikega števila obolelih za aidsom, imajo otroci v PSA manjše možnosti za zdravljenje drugih življenjsko nevarnih bolezni, kot so pljučnica, diareja in malarija (UNICEF 2005: 7–8).

POMANJKANJE ČISTE IN VARNE VODE, SANITARIJ IN PRIMERNE PREHRANE – Otroci, ki so okuženi z virusom HIV, imajo večje prehranske potrebe. Podhranjenost lahko namreč oslabi njihov imunski sistem in omogoči virusu HIV hitrejše napredovanje. Poleg tega pa aids vpliva tudi na pomanjkanje hrane, saj mnogi zaradi bolezni niso sposobni obdelovati svoje zemlje (UNICEF 2005: 9).

REVŠČINA – Zaradi virusa HIV/aidsa vse večje število otrok, mladostnikov in mladih živi v revščini. Posledice te pa so lakota, slabo zdravje, travme in neizobraženost (UNICEF 2005: 11).

Aids vpliva tudi na vse večji izstop otrok iz šole in vse večji vstop otrok na trg delovne sile. Ti dve temi bom predstavila v ločenih poglavjih.

4.1.5 STIGMATIZACIJA IN DISKRIMINACIJA

Stigmatizacija zaradi virusa HIV se nanaša na kakršen koli negativen odnos do tistih, ki so okuženi z virusom HIV, ali do tistih, ki so tega le osumljeni, ter do sirot, otrok in družin tistih, ki so okuženi z virusom HIV oz. le osumljeni tega (UNAIDS 2006: 86). Stigmatizacija lahko vodi v diskriminacijo in druge kršitve človekovih pravic, kar vpliva na kakovost življenja okuženih ljudi. Po vsem svetu obstajajo dokumentirani primeri okuženih ljudi, ki jim je bila odvzeta pravica do zdravstva, dela, izobrazbe, svobode gibanja ipd. (UNAIDS 2005: 4) Diskriminacija se torej nanaša na kakršno koli obliko razlikovanja, izključevanja ali omejevanja ljudi, ki so dejansko ali le domnevno okuženi z virusom HIV. Tako stigmatizacija

kot diskriminacija negativno vplivata na razvoj, saj odvzemata tisočim ljudem možnost, da bi dosegli svoj potencial (UNAIDS 2006: 86).

London Declaration on Aids Prevention, ki je bila napisana leta 1988, je bila ena izmed prvih, ki je spoznala, da: diskriminacija in stigmatizacija ljudi oz. skupin ljudi, okuženih s HIV, oz. ljudi, ki imajo aids, spodkopavata javno zdravstvo in se ju je zato treba izogniti (UNAIDS 2000: 6). Tudi mednarodno pravo človekovih pravic poskuša zagotoviti zaščito pred diskriminacijo na podlagi HIV-a/aidsa. V Splošni deklaraciji o človekovih pravicah⁶ je v 2. členu zapisano: »Vsakdo je upravičen do uživanja vseh pravic in svoboščin, ki so razglašene s to deklaracijo, ne glede na raso, barvo, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, narodno ali socialno pripadnost, premoženje, rojstvo ali kakršnokoli drugo okoliščino.« Komisija ZN za ČP je v Resolucijah 1995/44⁷ in 1996/43⁸ potrdila, da fraza »kakršnakoli druga okoliščina« vključuje tudi zdravstveni status, torej tudi HIV/aids. Kar pomeni, da je diskriminacija ljudi, okuženih s HIV-om/aidsom, pravno prepovedana (UNAIDS 2000: 7).

Epidemija HIV-a/aidsa je izzvala različne reakcije posameznikov, skupnosti in držav – vse od simpatije in zaskrbljenosti do tišine, zanikanja, strahu, jeze in celo nasilja. Tišina in zanikanje sta verjetno najpogostejši reakciji in imata tako kot preostali negativni odzivi negativne implikacije na razvoj epidemije (Brown 2001: 5). Prikrivanje razsežnosti epidemije namreč spodbuja zanikanje problema in preprečuje implementacijo potrebnih ukrepov (UNAIDS 2005: 4). Poleg tega pa skrivnostnost in molčečnost zavajata ljudi, da živijo v iluziji, da so oni sami varni pred okužbo (UNAIDS 2005: 5). Transparentnost bolezni HIV/aids je torej nujno potrebna, če želijo države ali skupnosti uspešno nastopiti proti epidemiji (UNAIDS 2000: 7). Stigmatizacija, povezana z aidsom, pa deluje ravno nasprotno, saj otežuje javne razprave tako o vzrokih epidemije kot o možnostih njenega reševanja. Stigmatizacija povzroča, da so okuženi razumljeni kot problem namesto kot pomoč pri obvladovanju epidemije (UNAIDS 2005: 4).

⁶ *Splošna deklaracija o človekovih pravicah*, sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 217A (III) 10. decembra 1948. Dostopna na: <http://www.ip-rs.si/zakonodaja/mednarodnopravna-ureditev/mapa/splosna-deklaracija-o-clovekovih-pravicah/> (12. november 2007).

⁷ *Resolution 1995/44 - The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*, sprejeta in razglašena z resolucijo Komisije ZN za ČP 1995/44 3. marca 1995.

Dostopna na: <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/fc3166481a80a19b802566db00528845?Opendocument> (9. februar 2008).

⁸ *Resolution 1996/43 - The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*, sprejeta in razglašena z resolucijo Komisije ZN za ČP 1996/43 16. aprila 1996.

Dostopna na: <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/85fed551b910d8df8025668f004ba623?Opendocument> (9. februar 2008).

Postavlja pa se vprašanje, zakaj se stigmatizacija in diskriminacija sploh pojavita. De Bruyn je identificiral pet dejstev, ki so pripomogla k stigmatiziranju ljudi, okuženih s HIV-om/aidsom:

- Dejstvo, da je HIV/aids smrtonosna bolezen.
- Dejstvo, da se ljudje bojijo okužbe.
- Dejstvo, da se bolezen povezuje z vedenji, ki so v marsikaterih družbah že sama po sebi stigmatizirana.
- Dejstvo, da mnogi krivdo za okužbo valijo na okužene same.
- Verska ali moralna prepričanja, ki so vplivala na idejo, da je ta bolezen posledica nemoralnega obnašanja (UNAIDS 2000: 10–11).

Stigmatizacijo spodbujajo številni dejavniki, kot so pomanjkanje razumevanja bolezni, napačne predstave o prenašanju HIV-a, pomanjkanje dostopa do zdravljenja, neodgovorno poročanje medijev glede epidemije, neozdravljivost aidsa ter predsodki in strah, ki se navezujejo na številne družbenoobčutljive teme, kot so spolnost, droge, bolezen in smrt (UNAIDS 2005: 4)

Stigmatizacija in diskriminacija okuženih s HIV-om/aidsom zmanjšujeta uspešnost boja proti epidemiji. Stigmatizacija negativno vpliva tako na implementacijo preventivnih ukrepov, kot sta uporaba kondomov in testiranje, kot tudi na zdravljenje samo in kvaliteto zdravljenja (Brown 2001: 3). Zaradi strahu pred diskriminacijo in stigmatizacijo mnogo ljudi raje ne pozna svojega HIV-serostatusa, kot pa da bi se morali testirati. Bojijo se, da bi bil njihov serostatus zaradi pomanjkanja tajnosti podatkov razkrit, zaradi česar bi bili lahko izpostavljeni predsodkom, diskriminaciji, izgubi službe, izgubi partnerja, družbenim izgonom in nasiljem. (Brown 2001: 5) Zaradi strahu pred stigmatizacijo in diskriminacijo se nekateri nočejo niti informirati o bolezni oz. zaščititi pred okužbo, tisti, ki pa so že okuženi, pa odklanjajo tako zdravljenje kot tudi informiranje o bolezni (UNAIDS 2005: 5).

Nujno je treba poudariti tudi to, da so ženske tako v družini kot v širši skupnosti veliko bolj kot moški podvržene diskriminaciji in stigmatizaciji (UNAIDS 2006: 88). Moški, okuženi s HIV-om/aidsom, imajo v DVR več možnosti, da jih bo družina ali skupnost sprejela kljub bolezni, medtem ko bodo ženske po vsej verjetnosti obtožene, da so same krive za nastalo okužbo, četudi so jo prejele od svojega moža (UNAIDS 2000: 35).

Epidemija torej viša stopnjo umrljivosti, zmanjšuje število prebivalstva, število otrok in niža pričakovano življenjsko dobo. Smrt odraslih, ki se nahajajo v svojih ekonomsko najbolj

produktivnih letih, ima lahko dolgoročne implikacije na delovno silo, pridelovanje hrane, strukturo gospodinjstev in blaginjo celotne družbe, poleg tega pa države izgubljajo ravno tiste ljudi, ki bi lahko pripomogli k reševanju krize. Smrt odraslih vpliva tudi na večje števile osirotelih otrok, katerih prihodnost zaradi situacije, v kateri se znajdejo, postane negotova. Tem otrokom je običajno odvzeta možnost izobrazbe in s tem možnost zaposlitve in dostojnega življenja. Takšne spremembe bodo imele dolgoročne učinke na strukturo gospodinjstev, delovno silo in preostale vidike družbe. Kot že rečeno, pa epidemija v državah PSA povečuje tudi neenakost med spoloma. Zaradi vseh teh učinkov se povečuje stopnja odvisnosti, zaradi česar bodo posamezne države pod še večjim pritiskom. Vsi ti učinki torej zavirajo in bodo še naprej zavirali razvojni potencial Afrike. Na razvoj Afrike pa vplivata tudi stigmatizacija in diskriminacija, saj spodbujata zanikanje problema in preprečujeta implementacijo potrebnih ukrepov, zaradi česar ima epidemija odprto pot za širjenje virusa in njegovih učinkov.

Ko ocenjujemo vpliv virusa HIV/aidsa, se moramo zavedati tega, da čeprav ima epidemija v nekaterih državah že očitno uničujoče učinke, ne moremo natančno določiti velikosti njenega dejanskega vpliva. Vzroke za to gre iskati predvsem v splošnem pomanjkanju informacij glede mnogo dejavnikov, ki določajo oz. ki bodo določili končni »izkupiček« bolezni. Precejšnja negotovost še vedno obkroža časovno razporeditev poteka bolezni – od okužbe z virusom HIV do transformacije v aids in dokončno v smrt. Kajti tudi majhne spremembe v razvoju bolezni lahko vplivajo na stopnjo umrljivosti. Negotovosti in polemike obkrožajo tudi razmerje med okužbo z virusom HIV in rodnostjo. Vprašljiva je tudi stopnja prevalence virusa HIV/aidsa med moško populacijo, saj večina podatkov prihaja s predporodnih klinik (UN Department of Economic and Social Affairs 2004: 26). Kljub vsem negotovostim, ki obkrožajo pridobivanje informacija, pa ostaja jasno, da bo imel aids zelo škodljiv učinek na prebivalstvo v vseh tistih državah, ki jih epidemija ogroža (UN Department of Economic and Social Affairs 2004: 26).

V naslednjem podpoglavju sledi analiza vpliva epidemija na gospodarstvo in v okviru tega vpliv epidemije na privatni, kmetijski in neformalni sektor ter otroško delo.

4.2 GOSPODARSTVO

Različni ekonomisti so makroekonomski vpliv HIV-a/aidsa proučevali od samega začetka epidemije. Poskušali so razumeti, kako epidemija prizadene makroekonomske agregate. Najpogosteje so se osredotočali na vpliv HIV-a/aidsa na gospodarsko rast. Začetne študije so pokazale, da ima epidemija na gospodarsko rast, merjeno z rastjo BDP-ja, majhen ali skoraj nikakršen učinek. Pokazale so tudi, da upad rasti prebivalstva, ki nastane kot posledica HIV-a/aidsa, izenači upad rasti BDP-ja, kar vodi v zanemarljiv učinek na BDP per capita. Avtorji teh ugotovitev izpostavljajo, da je lahko učinek epidemije majhen, če lahko delovna sila, ki je na razpolago, primerno nadomesti tisto, ki zaradi bolezni zapušča trg delovne sile, in če zanemarimo različne ugodnosti zaposlenih, kot so zdravstveno zavarovanje, pokojninsko zavarovanje ipd. (ILO 2004: 13) Kasnejše makroekonomske študije pa so pokazale, da HIV/aids vodi v zmanjšano gospodarsko storilnost držav, ki se spopadajo s hujšo obliko epidemije. Glede na te študije naj bi epidemija v najbolj ogroženih afriških državah v povprečju letni BDP zmanjšala med 0,5 % in 4 % (ILO 2004: 13). Z nadaljnjim širjenjem HIV-a postaja vedno bolj jasno, da imajo dolgoročni makroekonomski učinki epidemije, ki se jih meri kot vpliv na BDP, vedno bolj uničujoč vpliv na rast in razvoj.

Pomanjkljivost raziskav, ki preučujejo predvsem vpliv bolezni na BDP, je v njihovem zanemarjanju določenih vplivov, ki jih ima HIV/aids na podjetja, državne institucije ipd. Večina teh študij zanemara stroške, povezane z zamenjavo delavcev, in kumulativne učinke epidemije na povezave, organizacije in institucije, ki slabijo prenos informacij, strokovnega znanja, institucionalnega spomina oz. »pravil igre«. Vpliv epidemije je tako veliko globlji in veliko resnejši, kot ga študije, ki raziskujejo samo vpliv na BDP, lahko prikažejo. Sčasoma epidemija kumulativno zmanjša človeške in organizacijske sposobnosti države na način, ki zmanjšuje zmožnost ohranjanja proizvodne dejavnosti. To pa je glavna grožnja trajnostnemu socioekonomskemu razvoju (ILO 2004: 13).

Epidemija HIV-a/aidsa družbeni in ekonomski razvoj najbolj prizadene s svojim vplivom na delovno silo in s tem povezanimi posledicami. Pomembno je to, da epidemija prizadene predvsem aktivno prebivalstvo. Posamezniki s pomembnimi gospodarskimi in družbenimi vlogami (tako moški kot ženske) k razvoju (zaradi bolezni) ne morejo prispevati svojega znanja, izkušenj ipd. v takšni meri, kot bi sicer lahko. Učinke na delovno silo ne moremo omejiti s preprostimi podatki, kot je izguba delovne sile, saj imajo ti učinki veliko globlje

implikacije tako na strukturo družin kot tudi na obstoj skupnosti in podjetij. Prek vpliva na raven dohodkov in odhodkov epidemija vpliva na prihranke gospodinjstev, podjetij in držav. Skozi čas zmanjšana stopnja prihrankov vodi v zmanjšanje investicij, počasnejšo rast proizvodnje, omejevanje zaposlovanja in večjo verjetnost osiromašenja. Izguba dohodka, osiromašenje gospodinjstev in neuspeh podjetij pa vodijo v povečano revščino, počasnejšo rast zaposlovanja in ogrožajo trajnostni razvoj (ILO 2004: 10).

Theodore (v UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 82) je v svojem modelu identificiral štiri poti, prek katerih lahko HIV/aids prizadene gospodarstvo:

- *PROIZVODNA POT* – Nanaša se na mehanizem, prek katerega HIV/aids prizadene glavna dejavnika proizvodnje – delo in kapital – zaradi česar je proizvodnja manjša, kot bi bila ob odsotnosti epidemije (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 82). Izguba velikega deleža delovne sile ima različne posledice na trg delovne sile. Na tega vstopijo odrasli, ki običajno nimajo izkušenj, starejši, ki so oz. bi trg delovne sile sicer zapustili, in (pre)mladi člani družbe. Ena izmed strategij reševanja primanjkljaja delovne sile, ki pa je zelo negativna, je umik otrok iz šole in njihov vstop na trg delovne sile. Ta prehod otrok iz šole v službo lahko ogrozi njihovo prihodnost in zmanjša raven človeškega kapitala, ki je potreben za gospodarstvo kot celoto (ILO 2004: 11).
- *RAZPOREDITVENA POT* – Ena izmed najpomembnejših funkcij ekonomskega sistema je zagotovitev učinkovitega razporejanja sredstev, HIV/aids pa določena sredstva preusmeri od produktivne uporabe (npr. nove investicije, izobraževanje ipd.) v neproduktivno (npr. stroške zdravljenja).
- *DISTRIBUTIVNA POT* – Gre za distribucijo dohodka. Epidemija najbolj prizadene skupino ljudi z najnižjimi dohodki. Medtem ko imajo bogati različne oblike premoženja – prihranke, zemljo ali kapital – imajo revni običajno le lastno delo, ki pa ga epidemija najbolj ogrozi. Tako epidemija še pogloblja razliko med različnimi dohodkovnimi skupinami.
- *REGENERACIJSKA POT* – Nanaša se na investicije v človeški in fizični kapital ter novo tehnologijo, s čimer se vzdržuje gospodarska rast. Če HIV/aids ogrozi zmožnosti varčevanja in človeški kapital, s tem spodkopava proces ekonomskega razvoja (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 82).

Glede na izračune ILO-ja je bila gospodarska rast 33 afriških držav med letoma 1992 in 2002 na leto manjša za 1,1 %, kar se ne bi zgodilo, če epidemije ne bi bilo. Po napovedih ILO-ja pa naj bi bila gospodarska rast teh držav do leta 2020 ob predpostavki, da prevalenca in druge okoliščine epidemije ostanejo nespremenjene, nižja za 18 %, kot bi bila sicer. Čeprav je vpliv epidemije na BDP per capita majhen (zaradi izenačitve sprememb BDP-ja in števila prebivalstva), ni nepomemben. Kajti ko se zmanjšata tako proizvodnja kot tudi delovna sila, nastanejo gospodarske izgube, četudi BDP per capita ostane nespremenjen. V afriških državah se je med letoma 1992 in 2002 BDP per capita letno zmanjšal za 0,7 % , kar predstavlja 11 ameriških dolarjev letno na osebo (ILO 2004: 14).

Raziskava ILO-ja vsekakor kaže na to, da makroekonomskih učinkov epidemije ne smemo zanemarjati. HIV/aids uničuje človeški kapital, ki se je oblikoval skozi leta in slabi zmožnosti proizvodnje in storitev. Izguba izkušenih delavcev skupaj s povečanimi stroški nege in zdravljenja zavira proizvodnjo, omejuje varčevanje in preprečuje investicije. Gledano v celoti, ima vpliv epidemije na delovno silo negativen učinek na gospodarsko rast in trajnostni socioekonomski razvoj. Upočasnjena gospodarska rast pa ima resne implikacije tako za ustvarjanje novih delovnih mest in zaposlitev kot tudi za proračun države (ILO 2004: 15).

Empirično je težko oceniti vpliv HIV-a/aidsa na gospodarsko uspešnost države, saj je ta odvisna tudi od številnih drugih dejavnikov. Države, ki jih je epidemija najbolj prizadela, se namreč spopadajo tudi s sušami, z vojnami in drugimi težavami (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 81).

4.2.1 VPLIV EPIDEMIJE NA PRIVATNI SEKTOR

Stroški zaradi HIV-a/aidsa, s katerimi se srečujejo podjetja, so vsako leto bolj vidni. Bistveni problem delodajalcev je izguba usposobljenih delavcev, ki imajo zelo specifične kompetence in organizacijske izkušnje. Vpliv epidemije na podjetja je podoben vplivu na gospodinjstva, ki ga bom obravnavala v ločenem poglavju – povečani izdatki, zmanjšana produktivnost in zmanjšani dohodki. Stroški se v podjetju ustvarjajo tako zaradi direktnih kot indirektnih učinkov epidemije. Oboji nastanejo, ko v podjetju zbolijo posameznik ali skupina ljudi.

Direktni stroški običajno nastanejo kot posledica povečanega pritiska na ugodnosti zaposlenih, ki jih podjetja ponujajo in ki močno variirajo med posameznimi podjetji. Tako se podjetju lahko povečajo stroški zdravstva, zavarovanja, stroški, ki nastanejo v primeru smrti (npr. stroški pogreba) ipd. (ILO 2004: 11) Stroški lahko nastanejo tudi kot posledica rekrutiranja in usposabljanja novih delavcev, ki nadomestijo tiste, ki niso več sposobni opravljati dela (ILO 2004: 17–18). Indirektni stroški so posledica nižje produktivnosti zaposlenih, ki se oblikuje kot posledica povečane smrtnosti in povečane odsotnosti delovne sile. Slednje se lahko zgodi ali zaradi bolezni, ali povečanega števila obveznosti, kot so nega obolelih članov družine, prisostvovanje na pogrebih in uvajanje novih delavcev (ILO 2004: 11). Ko virus HIV napreduje in nastopi faza aidsa, je odsotnost delavcev namreč vse pogostejša. Obdobja odsotnosti lahko vplivajo na produktivnost podjetja, še posebej, če delavec, ki je odsoten, zavzema pomembno funkcijo v podjetju in ga je posledično težje nadomestiti (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 53). Študija v Bocvani in Keniji je odkrila, da so stroški, ki so nastali kot posledica odsotnosti delavcev, predstavljali več kot 50 % povečanja celotnih stroškov dela, ki so nastali kot posledica epidemije. Poleg vsega tega pa je produktivnost nižja tudi zaradi izgube strokovnega znanja, izkušenj in še posebej znanja, ki si ga delavci naberejo skozi leta (ILO 2004: 11). Posledica epidemije so tudi stroški, ki nastanejo kot rezultat demoraliziranega in demotiviranega delavstva v krogih, kjer je prevelenca HIV-a/aidsa visoka, vendar je takšne stroške težko ali nemogoče izmeriti (ILO 2004: 17–18). Bolezen pa vpliva tudi na zdrave delavce, saj zaradi povečane bolezni in smrti tudi njim pade morala, kar pa lahko vpliva tudi na njihovo produktivnost (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 53).

Rezultati ankete Svetovnega ekonomskega foruma, ki je vključila 1.620 afriških podjetij, so pokazali, da 89 % podjetij skrbi vpliv HIV-a/aidsa na njihovo podjetje, 60 % pa jih je že poročalo o negativnih učinkih, npr. o zmanjšani produktivnosti (ILO 2004: 17).

HIV/aids prizadene podjetja vseh velikosti, še posebej velik vpliv pa ima v neformalnem sektorju in v podjetjih majhne in srednje velikosti, odvisno od stopnje prevalence in znanja, ki je potrebno za proizvodni proces. Vpliv epidemije na podjetje (ne glede na njegovo obliko ali velikost) je lahko še posebej oster, če proizvodnja podjetja temelji na delovni sili, ki je izobražena in posledično težje nadomestljiva. Če je/so HIV-pozitivni direktor/-ji, je lahko ogroženo strateško upravljanje podjetja. Izguba vodilnega kadra lahko vodi v zmanjšanje konkurenčnosti podjetja, kar lahko vodi v njegov propad (ILO 2004: 12).

Prepričanje, da je količina delovne sile v DVR neomejena ali da je zamenjava delovne sile v DVR brez stroškov, je napačno. Obstajajo dokazi, da tudi t. i. nekvalificirana delovna sila oblikuje določene specifične sposobnosti, zaradi česar je težko zamenljiva. To je še posebej očitno v kmetijstvu. Vsekakor se z velikim problemom zamenjave delovne sile srečujejo družinska podjetja, ki se ob izgubi aktivnega člana družine spopadajo še z eno pomembno posledico: ogrožen je prenos znanja in veščin na otroke (ILO 2004: 12).

Obseg vpliva epidemija na podjetja je v osnovi odvisen od petih dejavnikov:

1. števila okuženih ljudi v podjetju,
2. njihove vloge v podjetju,
3. strukture proizvodnega procesa in njegove sposobnosti obvladovanja povečane odsotnosti delavcev,
4. ugodnosti, ki jih podjetje ponuja svojim zaposlenim,
5. posledic epidemije na poslovno okolje in državo nasploh (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 53).

Celotni stroški lahko podjetju predstavljajo veliko breme. Študije so pokazale, da se podjetja s takšnimi problemi spopadajo na različne načine. Nekatera so rešitev za zmanjšanje stroškov našla v spreminjanju delovnih pogojev in ugodnosti delavcev, druga so preselila proizvodno aktivnost, spet tretja so delovno intenzivno industrijo zamenjala s kapitalno intenzivno industrijo, nekatera podjetja nižje stroške poskušajo doseči tako, da se izogibajo zaposlovanju oseb, ki pripadajo skupinam z visoko stopnjo možnosti okužbe. Obstajajo tudi namigovanja, da se v državah z visoko stopnjo prevalence pojavljajo predzaposlitvena testiranja (tudi tam, kjer je to nezakonito) (ILO 2004: 19).

Vse večje število podjetij dokazuje, da so najvišji stroški, povezani s HIV-om/aidsom, stroški neukrepanja. Programi, ki jih podjetja implementirajo z namenom reševanja problematike, povezane s HIV-om/aidsom, imajo dokazano pozitivne učinke tako na delovno okolje kot na širšo skupnost. Prvič, ti programi pomagajo zagotoviti stabilno proizvodnjo, saj zmanjšujejo potrebo po reorganizaciji delavcev, zmanjšujejo izgubo znanja in izkušenj, zmanjšujejo stroške rekrutacije in usposabljanja in zmanjšujejo odsotnost delavcev. Drugič, ti programi lahko pomagajo celotnemu delovnemu okolju, saj s tem, ko zvišujejo moralo delavcev, pomagajo zadržati tako stare kot tudi pritegniti nove delavce, višajo zavezanost delavcev podjetju in spoštujejo delavske pravice, še posebej, če so oblikovani tudi z namenom

nasprotovanja diskriminaciji in stigmatizaciji. In tretjič, ti programi izboljšujejo podobo podjetja, s čimer povečujejo ugled podjetja. Podjetje lahko z implementacijo takšnih programov zmanjša svoje finančne obveznosti, saj ti programi pripomorejo k zmanjšanju stroškov, povezanih z zdravljenjem in drugimi ugodnostmi (ILO 2004: 19).

V nadaljevanju sledi predstavitev vpliva epidemije na neformalni sektor in kmetijski sektor. Vpliv epidemije na oba je še posebej uničujoč, saj mnogim predstavljata edino možnost za preživetje. (ILO 2004: 24).

4.2.2 VPLIV EPIDEMIJE NA KMETIJSTVO IN NEFORMALNI SEKTOR

KMETIJSTVO

Velika večina prebivalstva držav, ki jih epidemija najbolj ogroža, živi na podeželju. V marsikateri afriški državi kmetovanje in druge podeželske dejavnosti predstavljajo način preživetja več kot 70 odstotkov prebivalstva. To pa pomeni, da lahko epidemija kmetijskemu sektorju teh držav povzroči veliko škode (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 61). Od prihoda HIV-a/aidsa se kmetijski sektor držav, ki jih epidemija najbolj ogroža, srečuje z visokimi stopnjami smrtnosti, kar povzroča nižjo stopnjo proizvodnje. Raziskave, ki so do sedaj preučevale ta sektor, so pokazale, da HIV/aids slabša ekonomski položaj osiromašenih ruralnih gospodinjstev, ki nimajo dostopa do zdravstva in nege, in zmanjšuje možnosti ruralnih skupnosti, da nasprotujejo takšnim šokom (ILO 2004: 24–5).

Po ocenah FAO-ja so izgube v kmetijski delovni sili do leta 2000 v 12 afriških državah, ki jih epidemija najbolj ogroža, med 2,3 in 12,8 %. Do leta 2020 pa naj bi v teh državah življenje izgubilo še nadaljnjih 16 milijonov ljudi, kar predstavlja med 10,7 in 26 % kmetijske delovne sile teh držav (ILO 2004: 25).

Odsotnost in izguba delovne sile lahko vodita v zmanjšanje obdelovalne zemlje in pridelka, kar pa vodi v zmanjšano proizvodnjo hrane in povečano negotovost glede hrane (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 61). Raziskava v Zambiji je pokazala, da če je zbolela glava družine, se je obdelovalna zemlja zmanjšala za 53 %, kar se je kazalo v zmanjšani pridelavi poljščin in razpoložljivosti hrane (ILO 2004: 25). Izguba delovne sile lahko vodi tudi v manjšo raznovrstnost pridelkov in v spremenjen način pridelovanja, pride

lahko do zmanjšanja delovno intenzivnega pridelovanja. Zaradi bolezni družinskih članov lahko pride do izgube znanja o tradicionalnih metodah kmetovanja in izgube premoženja (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 61).

Ministrstva za kmetijstvo so tista, ki bi morala poskrbeti, da zemlja ostaja izkoriščena in da služi svojemu prebivalstvu. Vendar pa so izgube v proizvodnji kmetijstva še bolj zaostrene zaradi povečanega pomanjkanja osebja na ministrstvih, kar je posledica HIV-a/aidsa. Obstoječe negotove razmere glede hrane HIV/aids še dodatno zastruje. FAO poroča, da epidemija HIV-a/aidsa resno spodkopava sposobnost mnogo afriških držav, doseči zavezo, ki je bila določena v okviru Milenijskih razvojnih ciljev – do leta 2015 prepoloviti število ljudi, ki trpijo lakoto (ILO 2004: 26).

Epidemija prizadene tudi tradicionalni sistem pomoči, ki je značilen za podeželska področja. Tradicija narekuje, da se krajevno prebivalstvo združi in pomaga tistim, ki so pomoči potrebni. Dejansko je takšna pomoč skupnosti postala način spopadanja z epidemijo in lajšanja posledic epidemije. A s tem, ko narašča število obolelih za aidsom, lahko število pomoči potrebnih preobremeni sistem pomoči, zaradi česar lahko propade (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 61).

V PSA ženske prispevajo več kot polovico pridelane hrane in so po navadi vključene predvsem v delovno intenzivne kmetijske aktivnosti. Vendar kljub svoji vpletenosti v pridelovalni sektor ženske v določenih regijah nimajo pravice dedovati zemlje, kar pomeni, da v primeru smrti svojih mož te ženske izgubijo tako dostop do zemlje kot tudi drugo premoženje. Neenakost v dostopu do kredita, zaposlitve, izobrazbe in informacij povzroča še večjo ranljivost žensk. Stigmatizacija in diskriminacija pa lahko preprečita tudi dostop do pomoči skupnosti (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 66).

NEFORMALNI SEKTOR

Neformalni sektor že več desetletij predstavlja vir zaposlitve in dohodka vseh DVR. Za neformalni sektor so značilna predvsem družinska podjetja, torej podjetja, ki so v lasti posameznih gospodinjstev. Ker neformalni sektor v marsikaterem DVR vključuje velik delež delovne sile, je vpliv epidemije na ta sektor močan in kompleksen. Odsotnost in smrt delavcev močno vplivata na vzdržljivost podjetij neformalnega sektorja. Zaradi večjega

pritiska na dohodke so ogroženi prihranki in posledično investicije. Izgube oseb, ki zavzemajo pomembne položaje, imajo lahko v tem sektorju uničujoč učinek na podjetje (ILO 2004: 27).

Osebe, zaposlene v tem sektorju, so veliko bolj ranljive, saj v primerjavi z osebami, zaposlenimi v privatnem sektorju, nimajo dostopa do zdravstvenih storitev in socialne varnosti (ILO 2004: 27).

4.2.3 VPLIV EPIDEMIJE NA OTROŠKO DELO

Zaradi visoke smrtnosti odraslih se je povečalo število osirotelih otrok. Samo v podsaharski Afriki naj bi bilo teh leta 2003 okoli 12 milijonov. Poročilo, izdano leta 2002 na pobudo UNAIDS, UNICEF in USAID, ocenjuje, da je v letu 2002 tretjina sirot starše izgubila zaradi aidsa. Ta delež naj bi leta 2005 znašal 40 %, leta 2010 pa 50 %. V huje prizadetih državah naj bi ta delež do leta 2010 znašal med 60 in 90 %. Posledice bivanja vse večjega števila otrok v slabih ekonomskih in socialnih razmerah so težke tako za otroke same kot za družbo kot celoto. Zaradi odsotnosti odraslih in manjših možnosti za izobrazbo veliko sirot ne pridobi za (spodobno) delo potrebnih sposobnosti in tehničnega znanja. V državah z višjo stopnjo prevalence virusa obstajajo zadostni dokazi, ki kažejo na to, da vse večje število otrok, ki živi v družinah, v katerih je prisoten aids, zapusti šolo. To še posebej velja za dekleta, vendar pa so prizadeti tudi fantje. Nešolanje tako velikega števila otrok vodi v neizkušenost celotne generacije. Tako ti posamezniki nimajo zadostnega znanja in izkušenj, da bi lahko vstopili na trg delovne sile. S tem HIV/aids poleg prihodnosti posameznih otrok ogroža človeški kapital in trajnostni razvoj (ILO 2004: 31).

Na drugi strani pa HIV/aids povzroča povečevanje otroškega dela. Sirote namreč zaradi lastnega preživetja ali preživljanja svojih bratov in sester na trg dela vstopajo brez znanja. Včasih so prisiljeni tako v fizično kot psihično nevarna dela, vključno s prostitucijo. Slabša kvaliteta delovne sile vpliva na gospodarsko rast in zaposlovanje ter preprečuje uspešnost programov za zmanjševanje revščine in večanje socialne zaščite (ILO 2004: 31).

Vpliva epidemije na gospodarstvo torej ne moremo prikazati samo s spremembo stopnje gospodarske rasti. Vpliv epidemije je veliko globlji in veliko resnejši kot ga študije, ki

raziskujejo samo vpliv na BDP, lahko prikažejo. Epidemija namreč kumulativno zmanjša človeške in organizacijske sposobnosti države, podjetij in neformalnega sektorja na način, ki zmanjšuje zmožnost ohranjanja proizvodne dejavnosti. To pa je glavna grožnja trajnostnemu socioekonomskemu razvoju. Epidemija HIV-a/aidsa družbeni in ekonomski razvoj najbolj prizadene s svojim vplivom na delovno silo ter s tem povezanimi posledicami. Prek vpliva na raven dohodkov in odhodkov epidemija vpliva na prihranke gospodinjstev, podjetij in držav. Skozi čas zmanjšana stopnja prihrankov vodi v zmanjšanje investicij, počasnejšo rast proizvodnje, omejuje zaposlovanja, večja verjetnost osiromašenja in posledično ogroža trajnostni razvoj. Odsotnost in izguba delovne sile v kmetijskem sektorju vodita v zmanjšanje obdelovalne zemlje in pridelka, kar pa vodi v zmanjšano proizvodnjo hrane in povečano negotovost glede hrane. Takšne okoliščine pa povečujejo tudi število otrok, ki delajo. Veliko jih namreč zaradi lastnega preživetja ali pa preživljanja svojih bratov in sester vstopa na trg dela. Včasih so prisiljeni delati tako fizično kot psihično nevarna dela, vključno s prostitucijo. Večina teh otrok je neizobraženih, zato si primernejšega dela na morejo poiskati. Dokler bodo torej države, podjetja in posamezna gospodinjstva izgubljala ljudi, ki pripomorejo k njihovem obstoju, in dokler se bo večalo število otrok na trgu delovne sile, bo ogrožen tako razvoj držav kot tudi razvoj posameznih podjetij in družin.

V naslednjem podpoglavju bom prikazala odnos med epidemijo HIV-a/aidsa in revščino.

4.3 REVŠČINA

Države, ki jih je HIV/aids močno prizadel, imajo slabše socialno-ekonomske kazalnike. To še posebej velja za afriške države, kjer v povprečju tretjina otrok ne obiskuje šole, 40 % odraslih je neizobraženih, četrtina otrok, mlajših od pet let, nima zadostne telesne teže, tretjina prebivalstva je podhranjenega, le malo več kot polovica prebivalstva ima dostop do sanitarij in manj kot dve tretjini do čiste vode, 40 % prebivalstva pa preživi z manj kot enim dolarjem na dan (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 7). Torej je epidemija HIV-a/aida pojav, značilen za revnejše države oz. natančneje za revnejše dele prebivalstva. Države PSA, v katerih je stopnja prevalence najvišja, namreč ne veljajo za najrevnejše države PSA. Natančneje, stopnja revščine je v državah, v katerih je stopnja prevalence epidemije višja od 20 %, nižja kot v državah, v katerih je stopnja prevalence epidemije med 10 in 20 %. Južna Afrika, v kateri so države z najvišjimi stopnjami prevalence HIV-a/aida, velja za ekonomsko najbolj razvito regijo PSA. Trenutno ima ta skupina držav v povprečju višjo stopnjo izobrazbe, višjo stopnjo dostopa do čiste vode in sanitarij, višjo javno porabo, namenjeno za izobrazbo in zdravstvo, ter nižjo stopnjo podhranjenosti otrok in odraslih. Vendar pa je ob tem nujno treba poudariti, da je za te države značilna visoka stopnja dohodkovne neenakosti. Razmerje med dohodki oz. porabo najbogatejših 10 % in najrevnejših 10 % ljudi je približno 70 : 1 v sedmih najbolj prizadetih državah. Poleg tega je ocenjeno, da v povprečju tretjina prebivalstva teh držav živi z manj kot enim dolarjem na dan, čeprav je za te države značilen relativno visok BDP per capita (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 8).

Revščina in HIV/aids sta torej medsebojno povezana. Na eni strani HIV/aids s tem, ko povzroča osiromašenje vse večjega števila ljudi, zaostruje in pogloblja revščino, na drugi strani pa revščina s tem, ko vse več ljudi izpostavlja okoliščinam, v katerih je možnost okužbe visoka, omogoča razvoj in širitev epidemije HIV-a/aida (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 3).

Revščina prisili ljudi v iskanje rešitev oz. možnosti, ki bi njim in njihovim družinam ponujale boljše življenje. Veliko revnih ljudi takšno rešitev vidi v delovnih migracijah ali prostituciji. Takšna »rešitev« pa poleg možnosti preživetja v sebi nosi tudi možnost okužbe s HIV-om/aidsom. Vendar pa ti posamezniki, katerih način preživetja predstavlja veliko tveganje za okužbo, ravno zaradi revščine takšnega tveganja ne jemljejo resno. Takšnega tveganja niti ne

morejo resno jemati, saj bo okužba usodna šele čez leta, oni in njihova družina pa morajo preživeti z danes na jutri (United Nations Population Fund 2003: 24).

Delovne migracije predstavljajo način preživetja milijonov ljudi, predvsem mladih, ki se doma srečujejo z večno revščino. Zaradi iskanja dela nekateri emigrirajo v okviru svoje države, spet drugi iščejo delo v tujini (United Nations Population Fund 2003: 24). Študije so pokazale, da je stopnja prevalence virusa HIV med delovnimi migranti višja kot med nemigranti. Okoliščine, s katerimi se delovni migranti srečujejo, so dolga odsotnost od družbenega nadzora domačega okolja, namestitvev v hotelih s predstavniki istega spola, pomanjkanje zdravstvenih storitev ter zloraba alkohola in drugih substanc, ki je povezana z osamljenostjo in dolgočasjem. V takšnih okoliščinah pa nastane povezava med delovnimi migranti in prostitucijo. V takšnih delovnih središčih običajno veliko število mladih moških išče spolne usluge pri relativno majhnemu številu ženskih prostitutk. Čeprav ti delavci med svojim bivanjem v takšnih naseljih spolne usluge običajno kupijo le ob plačilnih dnevih, je možnost okužbe visoka, kajti vsakokrat, ko plačujejo za spolne usluge, občujejo s partnerico, ki je imela v istem dnevu med 15 in 30 spolnih odnosov. Tako je možnost okužbe s katero koli spolno prenosljivo boleznijo zelo visoka (United Nations Population Fund 2003: 25).

Medtem ko so delovne migracije bolj značilne za moške, pa prostitucija predstavlja predvsem način preživetja velikega števila (revnih) žensk in deklet ter veliko manjšega števila moških in fantov. Na nobenem drugem področju ni povezava med ekonomskimi determinantami in vedenjskimi vzorci, ki predstavljajo visoko tveganje okužbe s HIV-om, bolj jasna kot pri prostituciji. Prostitucija tako rekoč cveti predvsem v družbah, za katere je značilna visoka stopnja revščine. Prostitucija, ki nastane kot posledica revščine, spodbuja vedenje, ki je bolj tvegano, kot bi sicer lahko bilo. Revščina je vzrok, zakaj dekleta sprejmejo tudi stranke, ki nočejo uporabiti kondoma, s čimer se možnost okužbe poveča (United Nations Population Fund 2003: 26). »*Za revna dekleta je aids samo eden izmed problemov, za katere morajo prevzeti odgovornost. Sprašujejo 'Kako naj poskrbim za svojo družino? Hrano moram dati na mizo danes.' 'Mislite, da je aids problem! Naj vam povem – imam resnične probleme.'*« (Martha Ward, 1993 v United Nations Population Fund 2003: 26).

GOSPODINJSTVA IN DRUŽINE

HIV/aids najbolj prizadane posameznike, gospodinjstva in družine. Družina predstavlja osnovno enoto, v kateri se posamezniki srečujejo z boleznijo in njenimi posledicami (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 37). Gospodinjstva in družine začitijo vpliv virusa takoj, ko član družine zboli za boleznijo, povezano s HIV-om. Od tistega trenutka dalje se začnejo spopadati tako z ekonomskimi kot s socialnimi posledicami epidemije (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 39). Kako se različna gospodinjstva spopadajo s temi problemi, je odvisno od kraja do kraja. Ne glede na to pa je veliko odvisno od starosti, spola in družinskega položaja tistega, ki je zbolel oz. umrl (UNAIDS 2006: 85).

EKONOMSKE POSLEDICE

Gospodinjstva, ki se srečujejo z epidemijo, pogosto doživijo nagel prehod iz relativnega bogastva v relativno revščino (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 39). Vzrok za to najdemo v povečanih stroških nege na eni strani in izgubi dohodka na drugi strani (Greener 2004: 167).

IZPAD DOHODKA

Izguba dogodka lahko močno prizadane ekonomsko stanje posameznega gospodinjstva, še posebej, če gre za izpad dohodka glave družine (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 39). Vpliv HIV-a/aidsa na dohodke gospodinjstva začitijo med boleznijo HIV-pozitivnega člana družine. Če je dohodek te osebe vezan na njeno produktivnost (kar pogosto je, npr. pri malih posestnikih), izguba dohodka nastopi med boleznijo. Nadalje pa se izguba dohodka poveča še zaradi izgube časa oz. odsotnosti od dela tistih oseb, ki morajo poskrbeti za obolelega člana družine. Ko HIV-pozitivna oseba umre, družina dokončno izgubi dohodek tega človeka. Če gre za osebo, ki je zaposlena v privatnem ali javnem sektorju, lahko nadomestilo za bolniški dopust ali podobne ugodnosti ublažijo izgubo dohodka. V tem primeru lahko družina tudi po smrti obolelega člana prejema različne dohodke, kot so pokojnina, izplačila življenjskega zavarovanja ipd. (Greener 2004: 171)

Na drugi strani pa epidemija vpliva tudi na povečanje dohodkov. Zaradi povečane umrljivosti lahko namreč v določenih sektorjih dela pride do (ob predpostavki, da povpraševanje ostane nespremenjeno) pomanjkanja delovne sile, kar vpliva na povišanje plač v tem sektorju in posledično na povišanje dohodkov gospodinjstev, ki te plače prejema. Vendar je ob tem

treba opozoriti tudi na to, da poslabšane ekonomske napovedi in višji stroški proizvodnje vplivajo na investicije ter posledično na zaposlitvene možnosti (Greener 2004: 171).

POVEČANJE STROŠKOV

Gospodinjstva, ki jih je prizadela epidemija, se morajo spopasti predvsem z dvema novima stroškoma. Prvi nastane kot posledica povečanih zdravstvenih stroškov, ki nastanejo, ko se pri HIV-pozitivni osebi začnejo pojavljati simptomi in so bolezni vse pogostejše. Druge pa predstavljajo stroški pogreba, žalovanja in drugi stroški, ki lahko nastanejo kot posledica smrti družinskega člana. Pogreb je lahko zelo visok strošek za družino, saj mora družina takrat poleg stroškov obreda običajno poskrbeti tudi za večje število ljudi (Greener 2004: 172). Med boleznijo in po smrti obolele osebe lahko pomanjkanje prihodka in dodatni stroški prisilijo gospodinjstvo, da porabi svoje prihranke, proda premoženje (ki običajno sestoji iz obdelovalne zemlje) in si izposodi denar (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 37). Izguba zemlje in zmanjšanje dohodkov pa lahko vodi v (še) slabše prehranjevalne navade in v končni fazi podhranjenost otrok (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 39). Študija v Zimbabveju (Mutangadura 2000) je pokazala, da so gospodinjstva, ki so izgubila žensko predstavnico, prodala svoje premoženje in dražje dobrine zamenjala s cenejšimi. V mnogo gospodinjstvih je prišlo do zmanjšanje porabe hrane in do prehoda na cenejšo hrano. Nekateri otroci (10–15 let) iz urbanih naselij so si bili prisiljeni poiskati delo, da so lahko kupili hrano (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 42–3). Raziskava, narejena v Ugandi leta 1994, pa je pokazala, da se je povečala podhranjenost v vasi Guru, še posebej med otroci, in da je bila podhranjenost glavni razlog za sprejem otrok v bolnišnico v zadnjih treh letih (torej od leta 1991 do 1994). Pred tem obdobjem je bilo le nekaj primerov podhranjenosti v tej bolnišnici (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 43).

SOCIALNE POSLEDICE

Poleg ekonomskih posledic se posamezna gospodinjstva srečujejo tudi s socialnimi posledicami bolezni. Družina oz. gospodinjstvo je primarna enota socializacije in lahko zaradi epidemije doživi korenite spremembe.

Raziskave so pokazale, da smrt odraslega, še posebej staršev, pogosto povzroči razpad družine, zaradi česar grede otroci živeti k drugim sorodnikom ali pa so prepuščeni sami sebi (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 37). Za otroke, ki prihajajo iz družin,

ki jih je prizadel HIV/aids, je značilna nižja stopnja vključenosti v šole. Otroci iz šole izstopijo zaradi pomanjkanja denarja ali pa zato, ker morajo prevzeti domača opravila (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 37).

SPREMEMBA STRUKTURE DRUŽIN

Epidemija lahko povzroči spremembo strukture družine. Postopoma pride do izginotja starševske generacije, otroci pa so prepuščeni starim staršem ali drugim sorodnikom (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 39). V državah, ki jih je HIV/aids močno prizadel, so tako vse pogostejše družine z manjkajočo generacijo staršev, generacijo ekonomsko aktivnih odraslih, torej družine, v katerih stari starši skrbijo za svoje vnuke (UN Department of Economic and Social Affairs 2005: 37). Študija, izvedena v Ugandi, ki je vključevala deset tisoč posameznikov in 15 vasi (Mulder in drugi 1995), je pokazala, da se je delež gospodinjstev, ki so jih vodili stari starši, povečal. Za takšno strukturo gospodinjstev je značilna tudi visoka stopnja odvisnosti (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 44). V prizadetih območjih DVR torej vse več starejših ljudi skrbi za osirotele otroke. Za njih bodo namreč veliko verjetneje poskrbeli stari starši kot pa drugi sorodniki, prijatelji ali znanci (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 25). Polega tega pa prihaja tudi do tega, da stari starši skrbijo tudi za lastne, že odrasle otroke, ki jih je prizadel aids. Tako se starejši ljudje znajdejo pod resnim finančnim, fizičnim in psihološkim stresom, in to v času, ko bi morali njihovi otroci skrbeti za njih (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 45). Pojavljajo pa se tudi primeri, ko starejši otroci prevzamejo vlogo nadomestnih staršev za svoje mlajše brate in sestre, kar vodi v povečanje družin ene generacije, torej družin, ki jih vodijo starejši otroci (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 39).

Izguba dohodkov, povečani stroški, sprememba strukture družine in druge posledice epidemije pa lahko močno zaznamujejo prihodnost otrok. Če družina ne more plačati otrokom šolnine ali šolskih potrebščin, nekateri otroci prenehajo obiskovati šolo. Nekateri pa šolo zapustijo zato, da pomagajo doma, na polju ali na tržnici (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 41). Vpliv epidemije na vključenost otrok v šolo je tako odvisen od socioekonomskega statusa družine. Revnejša ko je družina, manjša je verjetnost, da bodo otroci obiskovali šolo (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 47). Vpliv epidemije pa je pogojen tudi s spolom osebe, ki je obolela za aidsom. Smrt odrasle ženske ima lahko še posebej daljnosežne posledice za družino, saj ženska predstavlja glavnega skrbnika v

družini. Poleg tega ženskam tudi uspeva, da družinski proračun porabijo na način, da dvigujejo raven prehranjevanja celotne družine, še posebej pa otrok. Raziskava v Tanzaniji (Ainsworth 1993) je pokazala povezavo med izstopom otrok iz šole in spolom odraslega člana družine, ki je podlegel aidsu. Otroci, ki so v preteklem letu izgubili mater (15–50), so manj verjetno obiskovali šolo. Njeno vlogo v družini so namreč po njeni smrti prevzeli ravno otroci. Raziskava ni pokazala nobene povezave med izstopom otrok iz šole in smrtjo moškega člana družine (15–50) (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 47). Smrt odraslega moškega ima večji vpliv na dohodek družine, smrt ženske pa ima hude posledice predvsem za otroke (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 51).

Revščina in HIV/aids sta medsebojno povezana. Na eni strani HIV/aids s tem, ko povzroča osiromašenje vse večjega števila ljudi, zaostre in pogloblja revščino, na drugi strani pa revščina s tem, ko vse več ljudi izpostavlja okoliščinam, v katerih je možnost okužbe visoka, omogoča razvoj in širitev epidemije HIV-a/aidsa. Tako obstaja velika verjetnost, da bodo HIV-pozitivni ljudje in ljudje, ki so od njih odvisni, pristali v revščini in tako izgubili možnost dostojnega življenja. Gospodinjstva, ki se srečujejo z epidemijo, namreč pogosto doživijo nagel prehod iz relativnega bogastva v relativno revščino. Vzrok za to se nahaja v povečanih stroških nege na eni strani in izgubi dohodka na drugi strani. Poleg ekonomskih posledic pa se posamezna gospodinjstva srečujejo tudi s socialnimi posledicami bolezni. Raziskave so pokazale, da smrt odraslega, še posebej staršev, pogosto povzroči razpad družine, pri čemer grede otroci živeti k drugim sorodnikom ali pa so prepuščeni sami sebi. Za otroke, ki prihajajo iz družin, ki jih je prizadel HIV/aids, je značilna nižja stopnja vključenosti v šole. Otroci iz šole izstopijo zaradi pomanjkanja denarja ali pa zato, ker morajo prevzeti domača opravila. S tem ko se večja število okuženih, se torej večja tudi število ljudi, ki živijo v revščini. S tem se večja pritisk na proračun držav in manjšajo možnosti za razvoj.

Po vsem svetu, še posebej pa v DVR, se javni sektor ukvarja z dejavnostmi, ki so ključne za razvoj. Kakovost in raznovrstnost javnih storitev – zdravstvenih, izobraževalnih, pravnih, telekomunikacijskih, komunalnih ipd. – nista odvisni le od finančnih dohodkov, ampak tudi od sposobnosti in znanja ljudi, ki so zaposleni v javnem sektorju (ILO 2004: 19). Za razvoj najpomembnejša sektorja sta vsekakor izobrazbeni in zdravstveni sektor. Vpliv epidemije na oba bom preučila v naslednjih dveh podpoglavjih.

4.4 IZOBRAZBA

Eden izmed milenijskih ciljev je doseči univerzalno zagotovitev osnovne izobrazbe oz. doseči, da bodo do leta 2015 vsi otroci lahko zaključili osnovnošolsko izobraževanje. Virus HIV/aids predstavlja eno izmed glavnih ovir za doseg tega cilja do leta 2015 (Bakilana 2005: 5). Države, ki jih epidemija najbolj ogroža, predstavljajo več kot polovico tistih držav, ki po vsej verjetnosti tega cilja ne bodo dosegle. Trenutno je stopnja vključenosti otrok v osnovnošolsko izobraževanje v Afriki okoli 64%. UNESCO navaja, da je poleg oboroženih spopadov in visoke stopnje rodnosti HIV/aids ena izmed večjih ovir za doseg kvalitetne izobrazbe (UNAIDS 2006: 96–7).

Epidemija sistem izobraževanja prizadene na vsaj štiri načine:

ZMANJŠA ŠTEVILO UČITELJEV

To je posledica visoke stopnje okuženosti med učitelji. ILO definira učitelje kot skupino, ki je še posebej ogrožena. Višji socialno-ekonomski status in mobilnost učiteljev, ki so pogosto ločeni od svojih družin, namreč povečuje spolne stike in s tem povezano tveganje okužbe. Zaradi okužbe bo posamezni učitelj v povprečju izgubil šest delovnih mesecev, še preden se bo bolezen popolnoma razvila, in nadaljnjih 12 mesecev, potem ko se bo bolezen dokončno razvila. Povečana odsotnost se lahko pojavi tudi pri zdravih učiteljih, ki morajo skrbeti za obolelega člana družine ali se udeleževati pogrebov. Raziskava v Bocvani je pokazala, da je udeležba na pogrebih drugi glavni razlog, ki nastane zaradi aidsa (prvi je bolezen), za odsotnost učiteljev. Kadar se mora učitelj udeležiti pogreba v bolj oddaljenem kraju, lahko to povzroči tudi večdnevno odsotnost. Poleg bolezni in smrti pa je za zmanjšano število učiteljev kriva zamenjava službe. Nekateri učitelji namreč zasedejo mesta, ki so se izpraznila zaradi aidsa v drugih sektorjih gospodarstva (The World Bank n. p.: 14–5).

ZMANJŠA ŠTEVILO UČENCEV

Je posledica manjšega števila otrok, ki je, kot že rečeno, posledica večje stopnje umrljivosti mladih žensk in večje stopnje umrljivosti otrok. Otroci, ki prejmejo virus prek matere, namreč običajno ne živijo dovolj dolgo, da bi dočakali šolanje. Nadalje otroci, ki so oboleli za aidsom ali katero koli drugo boleznijo, ki je povezana s HIV-om, šole ne obiskujejo redno, kar lahko vpliva na njihovo sposobnost učenja in šolsko uspešnost (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 70).

Ker virus prizadene večino ljudi v njihovih najbolj produktivnih letih, družine prikrajša za osnovni vir dohodkov. In ker gre precejšen del dohodka, ki je družini še preostal, za zdravstveno skrb obolelega, mnogo družin ne more izšolati svojih otrok. Deklice imajo zaradi socialnih in kulturnih vzrokov že tako manjši dostop do izobrazbe kot dečki, virus HIV/aids pa to razliko samo še pogloblja, saj so deklice tiste, na katere pade breme aidsa – skrbeti morajo za domača opravila in negovati obolele. Kadar pride do pomanjkanja denarja, so ravno deklice tiste, ki se jim najprej odvzame možnost izobraževanja. Tako epidemija preprečuje doseg še enega milenijskega cilja, in sicer do leta 2005 odstraniti spolne neenakosti v osnovnošolskem in srednješolskem izobraževanju ter do leta 2015 na vseh stopnjah izobraževanja (The World Bank n. p.: 17).

Na manjše število otrok v šolah pa vpliva tudi povečano število osirotelih otrok. Revščina in nove družinske obveznosti, kot sta služenje denarja in skrb za družino, so glavne ovire, zaradi katerih je tem otrokom onemogočeno šolanje. Poleg tega pa so ti otroci podvrženi še psihološki stiski, stigmatizaciji in diskriminaciji. V nekaterih regijah je število osirotelih otrok že tako visoko, da širša družina in tradicionalni sistem ne moreta poskrbeti za njih, zato mnogi pristanejo na ulicah (WB n. p.: 17).

SLABŠA KAKOVOST IZOBRAZBE

To je posledica zmanjšane števila učiteljev oz. nadomeščanja teh z vse manj usposobljenimi in izkušenimi (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 70). Poleg tega kvaliteta poučevanja trpi tudi zaradi psihološkega stresa, travme in diskriminacije, ki jih doživljajo učitelji, ki so okuženi z virusom HIV/aidsom ali živijo v gospodinjstvu, kjer je virus prisoten (The World Bank n. p.: 15).

Vzrok za slabšo kvaliteto izobraževanja pa so tudi vse manjša finančna sredstva, ki jih države, ki se bojujejo z epidemijo, namenjajo izobraževanju. Na proračun izobraževalnega sektorja epidemija pritiska z dveh strani. Po eni strani države namenjajo velik delež finančnih sredstev (delež, ki bi ga lahko namenile izobraževanju) boju proti epidemiji, po drugi strani pa so finančna sredstva, ki so namenjena izobraževalnemu sistemu zaradi epidemije, pod dodatnim pritiskom, saj morajo šole zaradi odsotnosti in smrti učiteljev najemati in usposabljeni nadomestne učitelje (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 70).

VPLIVA NA VODSTVENE POLOŽAJE IN MINISTRSTVA ZA ŠOLSTVO

Tudi na vodilnih položajih in ministrstvih za šolstvo prihaja do pomanjkanja kadra, ki nastane zaradi virusa HIV/aidsa. Tako mora država poleg izobraževanja in usposabljanja novih učiteljev poskrbeti tudi za dodatno delovno silo na položajih, ki se ukvarjajo z administracijo in vodenjem šolskega sistema in šol samih. Da bi se šole lahko spopadle z epidemijo, morajo ministrstva in šole del finančnih sredstev namenjati tudi programom, ki vključujejo informacije o preprečevanju širjenja virusa HIV/aidsa, kar še dodatno pritiska na že tako preobremenjen šolski proračun (Bakilana 2005: 5)

Povedano z drugimi besedami, manjše število učiteljev poučuje manjše število otrok in kakovost znanja, ki ga otroci prejmejo, je slabša (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 69). Večina literature, ki se ukvarja z makro- in mikroekonomijo, poudarja vlogo izobrazbe pri gospodarski rasti. Dokazi kažejo na pozitivno povezavo med ekonomsko rastjo in spremembo v izobrazbi: gospodarska rast se poveča pri višji izobrazbi in zmanjša pri nižji. Nobena država ni dosegla ekonomske rasti brez investiranja v izobrazbo prebivalstva. Glede na povedano, lahko dokaj prepričljivo trdimo, da bosta v državah, v katerih je epidemija močno zmanjšala povprečno število let šolanja ali število vpisanih otrok, gospodarska rast in trajnostni razvoj ovirana že samo zaradi slabše izobraženosti prebivalstva (The World Bank n. p.: 11).

4.5 ZDRAVSTVO

Stabilen zdravstveni sistem je v kateri koli državi ena izmed ključnih komponent pri reševanju problema aidsa in pri razvoju samem. Ironično pa je, da je ravno zdravstveni sektor eden izmed tistih, ki najmočneje občutijo pritisk epidemije (UNAIDS 2006: 95). Zdravstveni sistemi v DVR so že tako krhki, saj je za njih značilna slaba infrastruktura, nezadostno število delavcev, pomanjkanje zdravil in materiala ter slabo upravljanje, virus HIV/aids pa celotno situacije še slabša (Tawfik 2006: 3). Epidemija v državah, ki so najbolj ogrožene, namreč zdravstveni sistem spodkopava z več strani. Vplivi so vidni v zmanjšanju zdravstvenih delavcev na eni strani in povečanju števila bolnikov v bolnišnicah, ki že tako nimajo dovolj zaposlenih in dovolj finančne podpore, na drugi strani. Epidemija še dodatno obremenjuje že tako nezadostne vire (UNAIDS 2006: 95). Zaradi HIV-a/aidsa je torej na eni strani prišlo do povečane zahteve po zdravstvenih storitvah tako v smislu količine kot tudi kompleksnosti in zmanjšane ponudbe zdravstvenih storitev na drugi strani, kar vpliva na uspešnost celotnega zdravstvenega sistema (Tawfik 2003: 2).

V samem jedru vsakega zdravstvenega sistema so zdravstveni delavci. Glede na poročilo WHO *Together for Health* iz leta 2006 so zdravstveni delavci vsi ljudje, ki so vpleteni v dejavnosti, katerih osnovni namen je širiti zdravje (Evans 2006: 1). Zdravstveni delavci so torej vsi moški in ženske, ki na kakršen koli način omogočajo zdravstveno oskrbo. Vključujejo medicinske sestre, babice, zdravnike, farmacevte, zobozdravnike in druge zdravstvene delavce, tudi tehnične strokovnjake, zdravnike, ki se ukvarjajo s tradicionalno medicino ipd. Zdravstveni delavci so pomembni, saj sta sam obstoj in kakovost storitev, kot so širjenje zdravja, preprečevanje bolezni, zdravljenje in rehabilitacija, odvisni od znanja, izkušenosti in motivacije zdravstvenih delavcev (Tawfik 2006: 1).

HIV/aids vpliva na:

PONUDBO ZDRAVSTVENIH STORITEV

Dejavnika, ki vplivata na ponudbo zdravstvenih storitev, sta predvsem zmanjšano število zdravstvenih delavcev ter povečani stroški zdravstvenega sistema. Do zmanjšane števila zdravstvenih delavcev pride zaradi povečane umrljivosti zdravstvenih delavcev, povečane odsotnosti zaradi lastne bolezni ali bolezni sorodnikov ter zapuščanja zdravstvenega poklica. Kot vsi drugi se lahko tudi zdravstveni delavci okužijo z virusom HIV prek spolnih odnosov. Vendar pa se zdravstveni delavci poleg tega srečujejo še s tveganjem okužbe na delovnem

mestu, saj so v nenehnem stiku z nesterilnimi injekcijami in opremo ter izpostavljeni okuženim telesnim tekočinam, predvsem krvi oz. serumu. To tveganje je sicer manjše kot tveganje, ki izhaja iz spolnih odnosov, vendar kljub temu obstaja (Tawfik 2006: 8). Svetovna banka je ocenila, da bo v državi, v kateri je stopnja prevalence virusa HIV med odraslo populacijo vsako leto 5%, zaradi aidsa umrlo med 0,5 in 1 % zdravstvenih delavcev. V državi s 30% stopnjo prevalence bo torej življenje izgubilo od 3 do 7 % zdravstvenih delavcev (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 75).

Povečana odsotnost zdravstvenih delavcev pa nastane kot posledice lastne bolezni ali bolezni sorodnikov, za katere morajo poskrbeti, in zaradi povečane stopnje stresa. Nega bolnikov, okuženih s HIV-om/aidsom, je namreč zelo zahtevna in stresna. Poleg tega pa epidemija zdravstvenim delavcem povzroča še dodatno delo. Od njih se namreč pričakuje, da bodo poleg običajnih obveznosti sodelovali tudi pri dejavnostih, ki so povezane z epidemijo. Te dejavnosti vključujejo svetovanje, testiranje ter usposabljanje družinskih članov za domačo oskrbo. Dodatno delo tako povzroča preobremenitev zdravstvenih delavcev (Tawfik 2006: 6). Vsi ti dejavniki; povečana količina dela, povečana zahteva po znanju (v nekaterih državah je od 50 do 70% vseh pacientov okuženih z virusom HIV), obolevanje in umiranje, oskrba bolnih v bolnišnicah in doma ter strah, stigmatizacija in diskriminacija, ki so nastali kot posledica epidemije, vplivajo na nizko moralo oz. motivacijo ter delovno uspešnost oz. izčrpanost delavcev (Tawfik 2006: 10). Zaradi nevdržnih razmer veliko število zdravstvenih delavcev zapusti svoj poklic v celoti ali pa se preselijo v kraje (v isti ali drugi državi), v katerih so delovne razmere in plačilo boljši. V določenih predelih Afrike dve tretjini novih diplomantov medicine emigrira. Danes prek 30 % afriških zdravnikov dela v ZDA. Malavi letno izgubi več medicinskih sester, kot jih izšola. Farmacevti iz Afrike emigrirajo v rekordnih številkah (Tawfik 2006: 11), tako število prostih delovnih mest narašča. Nekatere afriške države imajo od 35 do 45 % prostih delovnih mest za zdravnike in več kot 15 % za sestre (Tawfik 2006: 7).

Kot je bilo rečeno, na ponudbo zdravstvenih storitev vplivajo tudi višji stroški zdravstvene oskrbe. Proračun, namenjen zdravstvenemu sistemu, v večini DVR namreč ni zadosten, da bi lahko pokrival stroške, povezane z aidsom. Ker je zdravljenje drago, si ga lahko privoščijo le redki zdravstveni sistemi DVR. Države z nizkimi dohodki in visoko stopnjo prevalence HIV-a/aidsa nikakor ne morejo ponuditi zdravljenja vsem, ki ga potrebujejo. Poleg tega pa povečana zahteva po zdravljenju bolezni, povezane z aidsom, otežuje oz. zmanjšuje možnost zdravljenja bolezni, ki niso povezane s HIV-om/aidsom. Z vse večjim številom obolelih in s

povečano zahtevo po protiretrovirusni terapiji se bo proračunska situacija tako samo še slabšala (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 78–9).

Izračuni Svetovne banke sugerirajo, da bo učinek epidemije na celotne stroške zdravstva precej velik tudi v državah, v katerih epidemija ni tako zelo razširjena. S tem, ko epidemija povečuje povpraševanje po zdravstveni oskrbi, neposredno viša ceno zdravstvene oskrbe in s tem povečuje finančne potrebe zdravstvenega sistema. Zaradi višje cene se bodo nekateri ljudje odrekli zdravstveni oskrbi, kar se pri nižjih cenah ne bi zgodilo. Vendar je ob tem treba opozoriti na to, da je elastičnost povpraševanja po zdravstveni oskrbi odraslih nizka, saj bodo tisti, ki so bolni in ki bodo lahko plačali, pogosto plačali, kolikor bo pač potrebno za ozdravitev, to pa pomeni, da se bodo nekateri morali odločati med zdravstveno oskrbo in drugimi osnovnimi potrebščinami, kot je hrana (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 77).

POVPRAŠEVANJE PO ZDRAVSTVENIH STORITVAH

Epidemija je močno povečala zahteve po zdravstveni oskrbi. Zaradi HIV-a/aidsa so se znova razširile bolezni, kot so podhranjenost, tuberkuloza, diareja in oportunistične bolezni, ki so bile pred tem pod nadzorom. Tuberkuloza je postala glavni vzrok smrti ljudi, okuženih s HIV-om/aidsom, saj zaradi nje umre tretjina teh. Svetovna banka je ocenila, da se 25 % ljudi, ki umirajo zaradi tuberkuloze in ki niso okuženi s HIV-om/aidsom, z bacilom tuberkuloze ob odsotnosti HIV-a/aidsa, ne bi okužilo (Tawfik 2003: 3). Pojav vseh teh bolezni, ki so povezane z virusom HIV/aidsom, je še poglobilo učinek izrinjanja bolnikov, ki trpijo za boleznimi, ki niso povezane s HIV-om/aidsom. Z zavračanjem bolnikom, katerih bolezni so navidezno manj resne, se tem bolnikom odvzema pravica do zdravstvene nege (Tawfik 2003: 2).

KVALITETA ZDRAVSTVENIH STORITEV

Na kvaliteto zdravstvenih storitev vpliva zmanjšana produktivnost, ki je posledica pomanjkanja delovne sile, demoralizirana, demotivirana in preobremenjena delovna sila ter nenehno pridobivanje ter usposabljanje novega osebja (Tawfik 2003: 8).

Za kvalitetno zdravstveno oskrbo je potreben tudi primeren odnos zdravstvenih delavcev do bolnikov, okuženih s HIV-om/aidsom. Strah pred okužbo in psihološki stres, ki je povezan z zdravljenjem bolnikov, okuženih z virusom HIV/aidsom, nezadostno znanje o HIV-u/aidsu ter strah pred stigmatizacijo in diskriminacijo pa negativno vplivajo na odnose med bolniki in

zdravstvenimi delavci, kar vodi v nižjo kvaliteto oskrbe (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 75).

Investiranje v človeški kapital je eden izmed pomembnejših dejavnikov razvoja in gospodarske rasti. Poleg izobrazbe je dobro zdravje del človeškega kapitala in bistven del produktivne populacije. Medtem ko izobrazbeni sistem dodaja vrednost človeškemu kapitalu, ga zdravstveni sistem vzdržuje. Epidemija pa je spremenila učinek investiranja v človeški kapital: zaradi visoke stopnje umrljivosti, še posebej med mladimi odraslimi, pride do znatnega zmanjšanja t. i. »*lifetime returns*« investicij v človeški kapital. Nadalje, s tem ko stroški oskrbe bolnikov, okuženih z virusom HIV/aidsom, vedno bolj pritiskajo na proračun zdravstvenega sistema, zdravstvene zahteve preostalih posameznikov ne dobijo dovolj pozornosti. Prerazporeditev nezadostnih sredstev lahko tako ogrozi zdravstveno stanje celotne populacije in zavira gospodarsko rast in trajnostni razvoj (UN Department of Economic and Social Affairs 2004a: 78).

4.6 DEMOKRACIJA IN VARNOST

DEMOKRACIJA

Podatkov, ki bi neposredno kazali, da aids ogroža demokracijo, je malo oz. jih ni. Kljub temu pa je De Wall v svoji razpravi o HIV-u/aidsu in demokraciji (2005: 1) oblikoval deset hipotez, s katerimi poskuša pokazati, da lahko epidemija aidsa ogrozi pomembne vidike demokratičnega funkcioniranja in lahko ogrozi demokracije DVR. Po njegovem mnenju aids ogroža demokracije s tem, ko močno pritiska na družbo kot celoto, in še posebej, ker pritiska na institucije, ki so nujno potrebne za vzdrževanje demokracije kot take. V nadaljevanju so zapisane prej omenjene hipoteze:

1. *Z aidsom se lahko v imenu javnega zdravstva opraviči represivne ukrepe.* Čeprav so represivni ukrepi v mednarodni sferi nesprejemljivi, se lahko zgodi, da se bodo nacionalne in lokalne vlade (še posebej v državah, v katerih virus dosega epidemične razsežnosti) na realno ali domnevno grožnjo aidsa odzvale z represivnimi ukrepi, usmerjenimi v del populacije, ki velja za najbolj rizičnega.
2. *Aids lahko povzroči umik ljudi iz javnega življenja in je lahko vzrok za nižjo volilno udeležbo.* Aids poleg šolstva, zdravstva ter drugih državnih institucij prizadene tudi različna družbena gibanja in organizacije. Tako kot državne institucije se tudi družbene organizacije spopadajo s pomanjkanjem osebja zaradi bolezni, smrti, nege obolelih ali skrbi za gospodinjstvo. Tako epidemija spodkopava kvaliteto javnega življenja. Poleg manjšega udejstvovanja ljudi v javnem življenju pa lahko aids povzroči tudi nižjo volilno udeležbo. Do tega lahko pride zaradi stigmatizacije in diskriminacije, ki so ju ljudje, okuženi z virusom, deležni, zaradi česar nočejo sodelovati v takšnem javnem dogodku.
3. *Aids ogroža politično stabilnost in lahko povzroči povečanje kriminalitete.* Popačena demografska struktura, ki nastane kot posledica epidemije, sestoji iz velikega deleža mladih moških, to pa predstavlja dejavnik tveganja za povečan kriminal. V odsotnosti zaposlitvene politike, ki bi tem mladim moškim nudila zaposlitev, je lahko ogrožena tudi politična stabilnost posamezne države.
4. *Počasnejša gospodarska rast in povečana družbenoekonomska neenakost, ki nastaneta kot posledica epidemije aidsa, predstavljata povečano tveganje obstoja demokracije.* Raziskave kažejo, da so demokracije DVR takrat, ko je država v

gospodarski recesiji, v nevarnosti. V kolikor aids zavira rast in povečuje verjetnost in/ali ostrost recesije ter povečuje socialno-ekonomsko neenakost, predstavlja dejavnik, ki povečuje pritisk na demokracijo.

5. *Epidemija aidsa ogroža pomembno ravnotežje, ki obstaja med spoloma, in vpliva na položaj žensk, ki je že sam po sebi slab, in s tem ogroža demokracijo.* Ena izmed potencialno najpomembnejših posledic epidemije aidsa v južni Afriki je presežek smrti žensk, starih med 20 in 30 let. Spolno neravnotežje, ki je rezultat takšnega pojava, ima lahko pomembne posledice. Sistematične raziskave, ki bi preučila dejansko razsežnost in posledice takšnega ravnotežja, ni. Nekateri domnevajo, da se bodo moški na pomanjkanje mladih odraslih žensk odzvali tako, da si bodo poiskali mlajše spolne partnerice in žene. Pomanjkanje žensk lahko vodi tudi v oblikovanje pronatalistične kulture in regresijo statusa žensk v žene in matere. Spet drugi pa so mnenja, da bodo ženske zaradi manjšega števila toliko bolj cenili.
6. *Znižana pričakovana življenjska doba (ki nastane kot posledica aidsa) v sebi nosi subtilne, a daljnosežne spremembe razvoja demokracije.* Razvoj in vzdrževanje kompleksnih institucij demokracije, vključno z demokratično politično kulturo in vladavino prava, temelji na določeni stopnji razvoja človeškega kapitala, ta pa je odvisna od dolge pričakovane življenjske dobe. Krajša pričakovana življenjska doba tako otežuje vzdrževanje institucionalne kompleksnosti in omogoča regresijo v avtoritarnih političnih sistemih (De Wall). Gledano dolgoročno, lahko epidemija torej vpliva tako na kontinuiteto kot na kvaliteto javnih storitev in vodenja države. Pomembno vlogo pri tem lahko igra izguba institucionalnega spomina. Vladne institucije lahko namreč z dodatnim zaposlovanjem in notranjo reorganizacijo nadomestijo od 2 do 3% večjo kadrovske izgubo od običajne (gledano letno in na normalno izgubo, ki nastane zaradi upokojitev, smrti, ki niso povezane z aidsom ipd.). Če pa je takšna izguba konstantna in npr. v desetih letih vladne institucije zaradi aidsa izgubijo 25 % svojega kadra več kot ob njegovi odsotnosti, pa bi sprememba v starostni strukturi in izguba znanja in strokovnosti resno oslabili učinkovitosti in zmožnost teh vladnih institucij. Za primer si lahko ogledamo problem vodstvenih položajev. Pomanjkanje kandidatov za te položaje lahko pripelje do tega, da se bodo na teh položajih pojavili posamezniki z manj izkušnjami ali s slabšimi kvalifikacijami (UNAIDS 2006: 93–4).
7. *Pomanjkanje človeških virov v povezavi z drugimi pritiski ogroža delovanje pomembnih državnih institucij.* Sem spadajo zdravstvo, šolstvo, kmetijstvo, sodstvo in

policija, ministrstvo za finance in parlament. V državah z visoko stopnjo razširitve virusa, kamor sodi večji del držav podsaharske Afrike, so izgube človeških virov, s katerim se srečujejo državne institucije, pretresljive. Oslabljene ključne institucije države lahko povzročijo razpad demokracije.

8. *Aids lahko pripomore k rasti ali privlačnosti ekstremističnih gibanj in ideologij.* Vladni uradniki ZDA so izrazili strah pred povezavo med HIV-om/aidsom in samomorilskimi napadalci. Vendar dokazov, ki bi potrjevali takšno povezavo, ni. Obstoječe ekstremistične ideologije, ki so povezane s terorizmom, nimajo nikakršne povezave z virusom HIV/aidsom. Politični islam danes obravnava aids skoraj enako, kot so ga konservativni kristjani v Ameriki v osemdesetih letih, torej kot kazen Boga za grešno vedenje. Večja možnost je, da se bodo aidsa in njegovih posledic bolj poslužila radikalna krščanska gibanja, ki imajo sovražen odnos do sekularizirane liberalne demokracije. Epidemija lahko prispeva tudi k oživitvi tradicionalnih verovanj, kot je npr. čarovništvo.
9. *Racioniranje dostopa do zdravljenja⁹, dejansko ali domnevno, oblikuje politične pritiske, ki lahko ogrozijo demokracijo.* Čeprav si vlade in mednarodne agencije prizadevajo, da bi bilo zdravljenje dostopno vsem, do racioniranja (ki je pogosto prikrito) prihaja v mnogo državah. Neenak dostop do zdravljenja pa bi lahko po mnenju nekaterih avtorjev (Randy Cheek) oblikoval sovražna čustva in napetosti v skupnosti, kar pa lahko destabilizira demokracijo.
10. *Odvisnost od mednarodnih virov namenjenih programom, povezanih z aidsom, lahko vpliva na nepomembnost domačega odločanja in nacionalne suverenosti.* Škodljivi učinki odvisnosti domačega zdravstva na zunanjo pomoč so bili opaženi v marsikaterem DVR-ju. V mnogo nekdanjih kolonijah je pomen demokracije močno povezan tako z neodvisnostjo kot ustavnimi postopki. Tako postane demokracija diskreditirana in njeni postopki razvrednoteni, kadar do realnega odločanje o ekonomskih in socialnih politikah pride za zaprtimi vrati z mednarodnimi upniki in donatorji. Grozi, da bodo države, ki prejemajo pomoč za zdravljenje aidsa, za vedno odvisne od pomoči, kajti ta odvisnost ni samo večja, kot je bila nekoč, ampak tudi bolj vsiljiva. Nekatero države se bodo morale zanesti na mednarodno pomoč, morda tudi tehnično asistenco, da bodo lahko vodile ključne institucije. Tuja zdravila in

⁹ Glagol racionirati se v tem kontekstu nanaša na načrtno o(ne)mogočanje dostopa do zdravljenja posameznim delom prebivalstva.

zdravstveni sistemi pa bodo odgovorni za življenje lastnih državljanov. Odvisnost teh držav je/bo resnično globoka, široka in neomejena (De Wall 2005: 8–11).

VARNOST

Epidemija danes vse večjemu številu držav ne predstavlja več samo zdravstvenega problema, ampak postaja vedno večja grožnja tudi varnosti. Tam, kjer virus dosega epidemične razsežnosti, uničuje samo bistvo naroda: posameznike, družine in skupnosti; ekonomske in politične institucije; vojaške in policijske sile. Epidemija sama po sebi sicer ne povzroča vojn, uporov in nasilja, vendar pa prek različnih poti ustvarja okolje, v katerem so posamezniki, skupnosti in narodi veliko bolj ranljivi, kot bi sicer bili (ICG).

Kot grožnjo varnosti so HIV/aids že prepoznali tudi visoki predstavniki različnih držav in celo VS ZN. 10. januarja leta 2000 je takratni podpredsednik ZDA Al Gore v svojem nagovoru Varnostnemu Svetu ZN dejal, da je HIV varnostni problem zato, »ker poleg posameznikov ogroža tudi tiste institucije, ki pravzaprav določajo in varujejo samo družbo«. Dejal je, da »ta bolezen slabi delovno silo in spodkopava gospodarsko moč« (Garrett 2005: 14). Pol leta kasneje, julija 2000, je Varnosti Svet ZN sprejel Resolucijo številka 1308, v kateri priznava, da ima širjenje HIV-a/aidsa lahko posebno uničujoč vpliv na vse sektorje in ravni družbe in da lahko pandemija HIV-a/aidsa, če ne bo nadzorovana, predstavlja tveganje stabilnosti in varnosti, s čimer je HIV/aids prepoznal kot grožnjo varnosti (Resolution 1308 2000: 1–2). Decembra istega leta pa je predsednik Bocvane Festus Mogae v svojem nagovoru Ekonomski komisiji za Afriko dejal: »Vpliv HIV-a/aidsa na populacijo, gospodarstvo in sistem naše družbe ne spodkopava samo razvoja, ampak predstavlja resno grožnjo naši varnosti in življenju, kot ga poznamo.« Istega leta pa je v intervjuju za Reuter dejal, da je njihova država v resnični nacionalni krizi in da jim grozi izumrtje. Dejal je še, da »ljudje umirajo v grozovitih številkah. Izgubljam najboljše mlade ljudi. Gre za krizo najvišje stopnje« (Garrett 2005: 13).

V nadaljevanju bom predstavila aids kot grožnjo varnosti posameznika, nacionalni in mednarodni varnosti. Takšna razdelitev izhaja iz Poročila mednarodne krizne skupine (ICG – International Crisis Group Report).

Aids kot grožnja varnosti posameznika – Ko zbolijo 5 %, 10 %, 20 % ali več odstotkov odraslih, se izničijo pridobitve v kakovosti življenja (napredek zdravstva, pričakovana življenjska doba,

manjša umrljivost novorojencev). Proizvodnja in zaloge hrane postanejo manjše. Družine in lokalne skupnosti razpadejo. Preživeli mladi nimajo jasne prihodnosti. Razkol med posameznimi etničnimi skupinami ter določenimi družbenimi razredi se še poveča. Poveča se število ekonomskih migrantov in beguncev (ICG 2001: i). Poročilo ICG navaja, da bodo otroci in mladi, ki so izgubili družino in nimajo prihodkov, verjetneje ugrabljeni ali pa se bodo prostovoljno priključili lokalnim oboroženim skupinam, ki jim lahko dajo zavetje, hrano in vir identitete. Tem skupinam otroci pomenijo vir poceni delovne sile, in ker so neizkušeni in dovzetni za vsiljevanje idej in nalog, so tudi priročni za opravljanje najbolj grozovitih nalog (ICG 2001: 6–7).

Aids kot grožnja nacionalni varnosti – HIV/aids prizadene izobražene in/ali mobilne: učitelje, uradnike, zdravstvene delavce, vojake. Stroški zdravljenja obolenih obremenjujejo državne vire. Naloga državnih institucij je, da opravljajo tekoče naloge, razrešujejo nastale spore in ustvarjajo občutek nacionalne kohezije. HIV/aids pa prizadene tudi te zaposlene, od katerih se pričakuje, da bodo v prvi vrsti boja za ustavitev epidemije, da bodo pravilno usmerjali finančne in tehnične vire, zagotovili varnost državljanom in izvedli ukrepe za spodbujanje gospodarske rasti (ICG 2001: 15–17). Padec kakovosti življenja ter destabilizacija lokalnih skupnosti povzročita porast kriminalitete.

Kot je bilo rečeno, bolezen prizadene tudi oborožene sile (OS). V PSA imajo nekatere OS prevalenco HIV tudi petkrat višjo kot civilno prebivalstvo. Z epidemijo HIV-a/aidsa se pojavijo težave pri rekrutiranju zaradi neizpolnjevanja zastavljenih zdravstvenih kriterijev, trpi splošna pripravljenost OS, primanjkuje izkušenih časnikov. Vpliv epidemije na gospodarsko stanje države in njene institucije, še posebej vojsko in policijo, naredi državo ranljivejšo za notranje in zunanje konflikte (ICG 2001: i–ii).

Aids kot grožnja mednarodni varnosti – HIV/aids po eni strani prispeva k problemom, s katerimi se mora mednarodna skupnost spopasti (kar koli oslabi državo, ogroža njene institucije – tudi OS, s čimer lahko to državo naredi privlačnejšo za invazijo zunanjega sovražnika. Če oslabi večja sila, so posledice navadno notranje nasilje in spopadi, kaos, razpad države, vali beguncev), po drugi strani pa vpliva na zmožnost mednarodne skupnosti, da te probleme razrešuje, saj epidemija ogroža enega izmed temeljev mednarodne skupnosti za ohranjanje miru, tj. operacijo v podporo miru (ICG 2001: 22).

5. ZAKLJUČEK

Hipotezo »Razvojni potencial podsaharske Afrike je odvisen tudi od razvoja epidemije virusa HIV/AIDS v tej regiji« lahko v zaključku te naloge v celoti potrdim. Kot je bilo ugotovljeno v nalogi, HIV/aids negativno vpliva na ključne dejavnike razvoja. Zaradi HIV-a/aidsa se je zvišalo število smrti v za razvoj najpomembnejši skupini prebivalstva, skupini aktivnega prebivalstva, znižala se je pričakovana življenjska doba, povečalo število osirotelih otrok ipd. Epidemija naj bi v najbolj ogroženih afriških državah v povprečju letni BDP zmanjšala med 0,5 % in 4 %. Z nadaljnjim širjenjem HIV-a postaja vse bolj jasno, da imajo dolgoročni makroekonomski učinki epidemije vedno bolj uničujoč vpliv na rast in razvoj. Epidemija zmanjšuje človeške in organizacijske sposobnosti države na način, ki zmanjšuje možnost ohranjanja proizvodne dejavnosti, kar pa ogroža trajnostni socioekonomski razvoj. Epidemija HIV-a/aidsa torej družbeni in ekonomski razvoj prizadene s svojim vplivom na delovno silo in s tem povezanimi posledicami. Pomembno dejstvo je, da epidemija prizadene predvsem aktivno prebivalstvo. Posamezniki s pomembnimi gospodarskimi in družbenimi vlogami (tako moški kot ženske) k razvoju (zaradi bolezni) ne morejo prispevati svojega znanja, izkušenj ipd. v takšni meri, kot bi sicer lahko. Izguba izkušenih delavcev skupaj s povečanimi stroški nege in zdravljenja zavira proizvodnjo, omejuje varčevanje in preprečuje investicije tako v privatnem kot javnem sektorju. HIV/aids vodi v zmanjšanje obdelovalne zemlje in pridelka, kar pa vodi v zmanjšano proizvodnjo hrane in povečano negotovost glede hrane. Prek vpliva na raven dohodkov in odhodkov epidemija vpliva na prihranke gospodinjstev, podjetij in držav. Skozi čas zmanjšana stopnja prihrankov vodi v zmanjšanje investicij, počasnejšo rast proizvodnje, omejevanje zaposlovanja in večjo verjetnost osiromašenja. Izguba dohodka, osiromašenje gospodinjstev in neuspeh podjetij pa vodijo v večjo revščino, počasnejšo rast zaposlovanja in ogrožajo trajnostni razvoj.

Zaradi bolezni vse večje število otrok, ki živijo v družinah, v katerih je prisoten aids, zapusti šolo. To še posebej velja za dekleta, vendar pa so prizadeti tudi fantje. Nešolanje tako velikega števila otrok vodi v neizkušenost celotne generacije. Tako ti posamezniki nimajo zadostnega znanja in izkušenj, da bi lahko vstopili na trg delovne sile. Epidemija povzroča tudi slabšo kvaliteto prejetega znanja otrok. S tem HIV/aids poleg prihodnosti posameznih otrok ogroža tudi človeški kapital in trajnostni razvoj. Investiranje v človeški kapital je eden izmed pomembnejših dejavnikov razvoja in gospodarske rasti. Poleg izobrazbe je dobro zdravje del človeškega kapitala in je bistven del produktivne populacije. Medtem ko

izobrazbeni sistem dodaja vrednost človeškemu kapitalu, ga zdravstveni sistem vzdržuje. Epidemija pa je spremenila učinek investiranja v človeški kapital: zaradi visoke stopnje umrljivosti, še posebej med mladimi odraslimi, pride do znatnega zmanjšanja t. i. »lifetime returns« investicij v človeški kapital. S tem, ko stroški oskrbe bolnikov, okuženih z virusom HIV/aidsom, vedno bolj pritiskajo na proračun zdravstvenega sistema, pa zdravstvene zahteve preostalih posameznikov ne dobijo dovolj pozornosti. Prerazporeditev nezadostnih sredstev lahko tako ogrozi zdravstveno stanje celotne populacije in zavira gospodarsko rast.

Epidemija HIV-a/aidsa torej ogroža učinkovito funkcioniranje tako javnega kot privatnega sektorja. Na eni strani spodkopava človeški kapital in omejuje razpoložljivost dohodkov za financiranje razvoja, na drugi pa povečuje zahtevo po javnih storitvah, še posebej zdravstvu. Izguba ljudi bo še posebej ogrozila sposobnost držav zagotoviti svojemu prebivalstvu bistvene dobrine in storitve, kar pa bo imelo daljnosežne posledice za preostalo gospodarstvo.

Omenjene ugotovitve še posebej veljajo za države, v katerih je delež okuženih visok. Dokler se bo epidemija HIV-a/aidsa v teh državah razvijala v negativni smeri, bo oviran razvoj omenjenih držav.

Čeprav se v nalogi nisem posvečala ukrepom, ki jih države uporabljajo v boju proti epidemiji HIV-a, lahko v celoti potrdim drugo hipotezo, ki se glasi: *»Ne glede na sprejete ukrepe v boju proti virusu HIV/aidsu se bo, tako z razvojnega vidika kot z vidika epidemije virusa HIV/aidsa, situacija vsaj nekaj let še naprej slabšala.«* Utemeljitev te hipoteze najdemo v sami naravi bolezni, zato analiza ukrepov niti ni potrebna. Povprečen čas od okužbe do razvoja bolezni namreč pri odraslih v odsotnosti zdravljenja znaša devet let. Poudarjam, da gre za povprečen čas, kajti to obdobje lahko variira od le nekaj let pa do 15 let ali več. Zaradi takšnega poteka bolezni bodo dokončne posledice na prebivalstvo vidne šele deset let ali več po tem, ko bo stopnja prevalence dosegla svoj vrh. Torej četudi bi se širjenje virusa popolnoma ustavilo, se vpliv epidemije na razvoj ne bi. Vsekakor bi bil učinek manjši, nikakor pa ne nič.

Kakšna je dejanska prihodnost razvoja podsaharske Afrike in kakšen bo končni »izkupiček« epidemije, ne ve nihče. Veliko je odvisno od ukrepov, ki so jih in ki jih bodo v boju proti epidemiji sprejeli tako posamezniki, družine, skupnosti in države PSA kot tudi mednarodna skupnost. Preventiva in zdravljenje sta vsekakor ključna v boju proti epidemiji HIV-a/aidsa.

HIV/aids je še vedno smrtonosna bolezen, vendar napredek v zdravljenju s protiretrovirusno terapijo lajša posledice bolezni in podaljšuje življenje.

Zaradi omejenega obsega diplomske naloge sprejetih ukrepov v boju proti epidemiji HIV-a/aidsa nisem preučila, vsekakor pa bi bilo zanimivo preučiti tudi ta vidik bolezni. Epidemija je namreč že povzročila vrsto globalnih, regionalnih in nacionalnih odzivov. Eden izmed pomembnejših je vsekakor sprejetje Milenijske deklaracije ZN, s katero je bila razglašena odločitev držav, do leta 2015 ustaviti in začeti krčiti razširjenost virusa HIV/aidsa. Če bo mednarodna skupnost v naslednjih sedmih letih uspela uresničiti omenjeni cilj, bo s tem pripomogla tudi k razvoju PSA in boljšemu življenju tisočih na črni celini.

6. UPORABLJENA LITERATURA

Sekundarni viri

1. Bakilana, Anne, Donald Bundy, Jonathan Brown in Birger Fredriksen (2005): *Accelerating the education sector response to HIV/AIDS in Africa: a review of world bank assistance*. Dostopno na <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/EducandAIDS.pdf> (8. oktober 2007).
2. Brown, Lisanne, Lea Trujillo in Kate Macintyre (2001): *Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?* Dostopno na <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/litrvwstigidisc.pdf> (15. november 2007).
3. Bučar, Maja in Matija Rojec (2002/2003a): *Odnosi sever-jug; Študijsko gradivo I. del*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
4. De Wall, Alex (2005): *Issue Paper 2: HIV/AIDS and Democratic Governance*. Dostopno na http://asci.ssrc.org/doclibrary/issue_paper2.pdf (8. oktober 2007).
5. Economic Commission for Africa (ECA) (2007): *Economic Report on Africa 2007 – Accelerating Africa's Development Through Diversification*. ECA Publications and Conference Management Section, Addis Abbaba, Ethiopia. Dostopno na <http://www.uneca.org/era2007/> (12. oktober 2007).
6. Evans, Tim, Lincoln Chen, David Evans, Ritu Sadana, Barbara Stilwell, Phyllida Travis, Wim Van Lerberghe in Pascal Zurn (2006): *Working together for health-The world health report 2006*. Dostopno na http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf (12. oktober 2007).
7. Garrett, Laurie (2005): *HIV and National Security: Where are the Links?* Dostopno na http://www.cfr.org/content/publications/attachments/HIV_National_Security.pdf (8. oktober 2007).
8. Greener, Robert (2004): *Macroeconomics of HIV/AIDS – The Impact of HIV/AIDS on Poverty and Inequality*. Dostopno na <http://www.imf.org/external/pubs/ft/AIDS/eng/chapter5.pdf> (24. oktober 2007).
9. ICG – International Crisis Group (2001): *HIV/AIDS as a security issue*. Dostopno na <http://www.crisisgroup.org/home/index.cfm?l=1&id=1831> (7. oktober 2007).

10. ILO (2004): *HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response*. Dostopno na http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/global_est/global_estimates_report.pdf (29. december 2007).
11. IPPF, UNEPFA, YOUNG POSITIVES (NP): *Change, Choice and Power: Young women, livelihoods and HIV prevention*. Dostopno na http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/674_filename_change.pdf (6. november 2007).
12. Javornik M. (1997): *Veliki splošni leksikon A – Ch*. Ljubljana: DZS.
13. Kegley, W. Charles Jr. in Eugene R. Wittkopf (2001): *World Politics; Trends and Transformation; Eight Edition*. Boston, New York: Bedford/St. Martin's.
14. Medovernet (n.p.): *Kaj je AIDS, kaj je HIV?* Dostopno na http://med.over.net/za_bolnike/bolezni_clanki/aids_clanek_1.htm (12. januar 2008).
15. *Slovenski medicinski slovar* 2002. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.
16. Tawfik, Linda in Stephen Kinoti N. (2006): *The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries*. Dostopno na http://www.who.int/hrh/documents/Impact_of_HIV.pdf (12. oktober 2007).
17. Tawfik, Linda in Stephen N. Kinoti (2003): *The impact of HIV/AIDS on health systems and the health workforce in Sub-saharan Africa*. Dostopno na www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/news/hcdworkforce.doc (16. oktober 2007).
18. The World Bank (n. p.): *Education and HIV/AIDS Modeling the Impact of HIV/AIDS on Education Systems-A Training Manual; The 2nd in a series of publications for the Assessment, Prevention and Mitigation of the Impact of HIV/AIDS on the Education Sector*. Dostopno na <http://www.schoolsandhealth.org/download-docs/Ed-SIDA/Ed-SIDA.pdf> (8. oktober 2007).
19. Todaro, Michael P. (1989): *Economic development in the Third World* (Fourth Edition). Harlow: Longman.
20. UN (2005a): *World population prospect: The 2004 revision*. Dostopno na http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf (7. november 2007).
21. UN (2005b): *World Population Prospects: The 2004 Revision – volume III: Analytical report*. Dostopno na

- http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/WPP2004_Vol3_Final/Chapter4.pdf (7. november 2007).
22. UN Department of Economic and Social Affairs (2004a): *The impact of AIDS*. Dostopno na <http://www.un.org/esa/population/publications/AIDSimpact/AIDSWebAnnounce.htm> (8. junij 2007).
23. UN Department of Economic and Social Affairs (2004b): *Women and HIV/AIDS: Advocacy, Prevention and empowerment*. Dostopno na http://www.un.org/events/women/iwd/2004/aids_backgrounder.pdf (6. november 2007).
24. UN Department of Economic and Social Affairs (2005): *Population, Development and HIV/AIDS with Particular Emphasis on Poverty*. Dostopno na <http://www.un.org/esa/population/publications/concise2005/PopdevHIVAIDS.pdf> (31. oktober 2007).
25. UNAIDS (2000): *HIV and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial: forms, contexts and determinants - Research studies from Uganda and India*. Dostopno na http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC316-Uganda-India_en.pdf (14. november 2007).
26. UNAIDS (2005): *HIV - Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations Case studies of successful programmes*. Dostopno na http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf (5. november 2007).
27. UNAIDS (2006): *2006 Report on the global AIDS epidemic*. Dostopno na http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp (5. november 2007).
28. UNAIDS (n. p. a): *Fast facts about AIDS*. Dostopno na <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/QandA/FastFacts/default.asp> (12. januar 2008).
29. UNAIDS (n. p. b): *HIV Treatment*. Dostopno na <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/HIVTreatment/default.asp> (12. januar 2008).
30. UNAIDS in WHO (2006): *AIDS epidemic update: December 2006 (Sub-Saharan Africa)*. Dostopno na http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf (13. januar 2008).

31. UNAIDS, UNFPA, UNIFEM (2004a): *Women and HIV/AIDS: Confronting the crisis*. Dostopno na http://www.unfpa.org/hiv/women/docs/women_aids.pdf (25. oktober 2007).
32. UNDP (2007): *Human Development Report 2007/2008*. Dostopno na http://hdr.undp.org/en/media/hdr_20072008_en_complete.pdf (13. januar 2008).
33. UNICEF (2005): *Children – the missing face of AIDS*. Dostopno na http://www.uniteforchildren.org/files/U77HIV_letter.pdf (4. november 2007).
34. UNICEF (n. p.): *Milenijski razvojni cilji*. Dostopno na <http://www.unicef.si/main/milenijski.wlgt> (13. januar 2008).
35. United Nations Population Fund (2003): *The impact of HIV/AIDS – A population and development perspective*. Dostopno na http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/197_filename_PDS09.pdf (20. oktober 2007).

Primarni viri

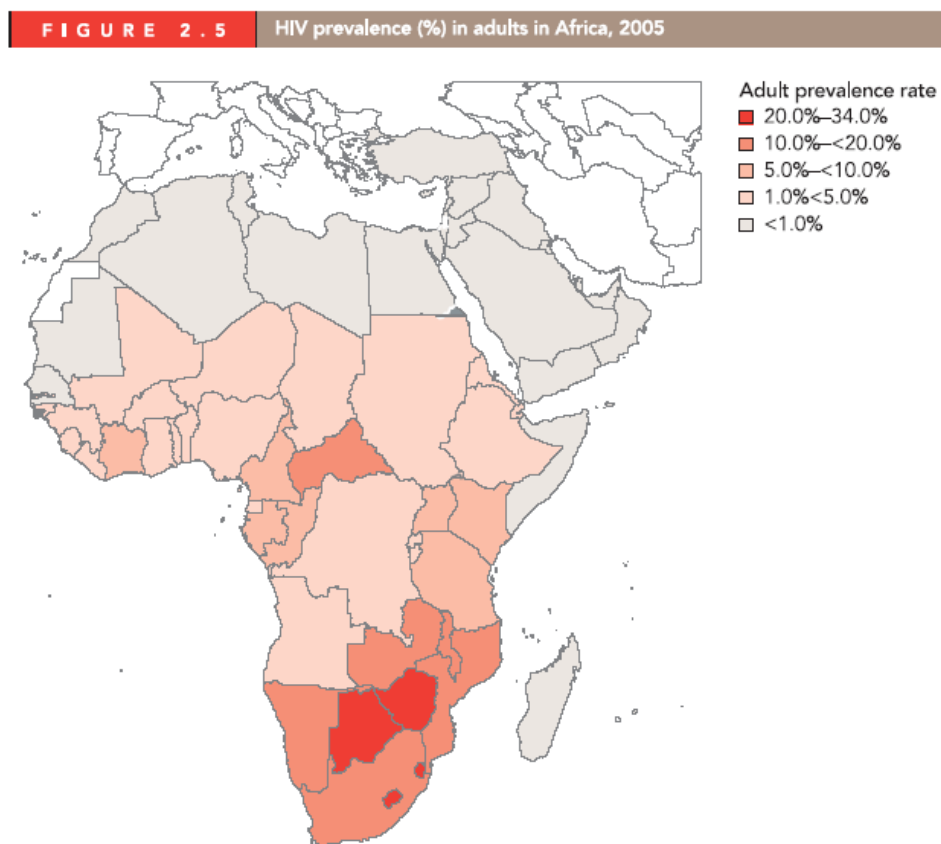
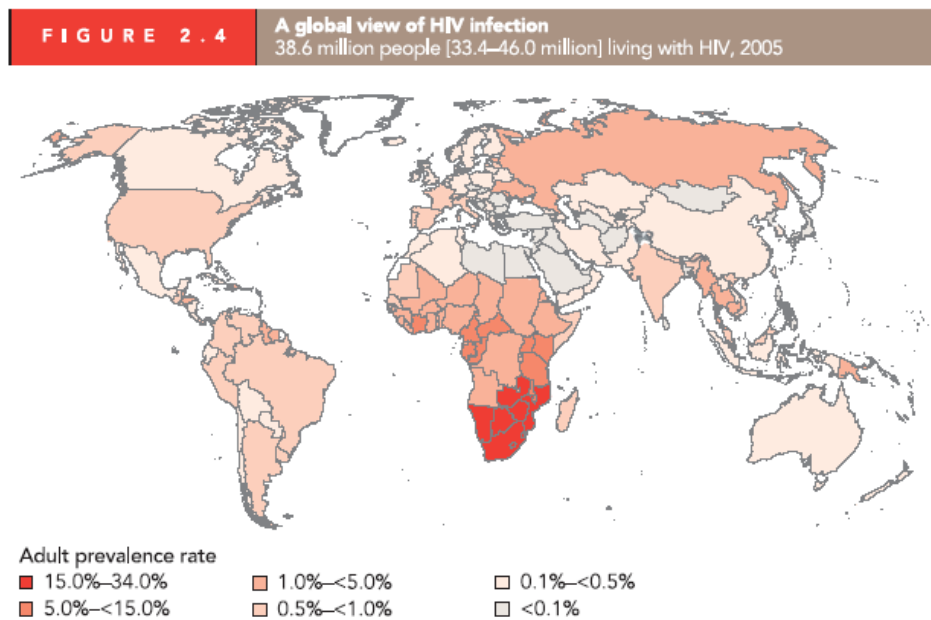
1. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine S-26/2 2. avgusta 2001. Dostopna na <http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf> (12. januar 2008).
2. *Declaration on the Right to development*, sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 41/128 4. decembra 1986. Dostopna na <http://www.un.org/documents/ga/res/41/a41r128.htm> (13. januar 2008).
3. *Resolution 1995/44 - The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*, sprejeta in razglašena z resolucijo Komisije ZN za ČP 1995/44 3. marca 1995. Dostopna na <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/fc3166481a80a19b802566db00528845?Opendocument> (9. februar 2008).
4. *Resolution 1996/43 - The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*, sprejeta in razglašena z resolucijo Komisije ZN za ČP 1996/43 16. aprila 1996. Dostopna na

<http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/85fed551b910d8df8025668f004ba623?Opendocument> (9. februar 2008).

5. *Splošna deklaracija o človekovih pravicah*, sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 217A (III) 10. decembra 1948. Dostopna na <http://www.ip-rs.si/zakonodaja/mednarodnopravna-ureditev/mapa/splosna-deklaracija-o-clovekovih-pravicah/> (12. november 2007).
6. *UN Security Council Resolution 1308 (2000) on the Responsibility of the Security Council in the Maintenance of International Peace and Security: HIV/AIDS and International Peace-keeping Operations*, sprejeta z resolucijo Varnostnega sveta 1308 17. julija 2000. Dostopna na <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/536/02/PDF/N0053602.pdf?OpenElement> (9. oktober 2007).
7. *United Nations Millennium Declaration* (Milenijska deklaracija ZN), sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 55/2 8. septembra 2000. Dostopna na <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> (13. januar 2008).

7. PRILOGE

PRILOGA A: PREVALENCA VIRUSA HIV/AIDS: SVET IN AFRIKA



VIR: UNAIDS 2006.

PRILOGA B: TEMELJNI POJMI

HIV

Virus HIV ali virus imunske pomanjkljivosti (*human immunodeficiency virus*) je povzročitelj sindroma imunske pomanjkljivosti (aids – acquired immuno deficiency syndrome) (Medovernet). HIV okuži in uničuje celice, ki imajo na svoji površini določene receptorje, npr. limfocite T – celice pomagalk, ki imajo osrednjo vlogo pri uravnavanju imunskega odgovora. Zaradi oslabiljene imunske obrambe se organizem ni sposoben boriti proti mikroorganizmom, ki so zdravim ljudem neškodljivi. Gre za t. i. oportunistične okužbe (Javornik 1997). Napredek bolezni pri posamezniku lahko praviloma razdelimo po naslednjih zaporednih stopnjah:

1. Akutni HIV-sindrom – približno dva do šest tednov po okužbi se lahko pojavi blaga, kratkotrajna bolezen, ki je podobna gripi ali infekcijski mononukleozii.
2. Asimptomatska HIV-okužba – akutnemu HIV-sindromu običajno sledi obdobje brez simptomov (Medovernet). Povprečen čas od okužbe do razvoja bolezni je pri odraslih ob odsotnosti zdravljenja devet let, vendar lahko to obdobje variira od le nekaj let pa do 15 let ali več (UN 2005b: 65). V obdobju brez simptomov ljudje nimajo težav, čeprav jim imunski sistem postopoma slabi (Medovernet).
3. Zgodnja simptomatska faza okužbe s HIV-om. Nekateri bolniki že kmalu po okužbi razvijejo nespecifične splošne bolezenske znake, ki trajajo od nekaj tednov do enega leta. Med te simptome štejemo: utrujenost, subfebrilno stanje (zmerno zvišana telesna temperatura), glavobol, nočno potenje, lažje ponavljajoče se driske, izguba apetita in hujšanje. Na tej stopnji virus HIV postane aids (Medovernet). Ko se virus razvije v aids, posamezniku ob odsotnosti zdravljenja preostane le še leto dni življenja (UN 2005b: 65).
4. Napredujoča simptomatska faza okužbe s HIV-om – v tej fazi imunski sistem hitro slabi in bolnik postane zelo dovzeten za oportunistične okužbe in aids demence, ki pa jih spremljajo tudi hujše izraženi splošni simptomi.
5. Pozna faza HIV-okužbe – imunski sistem je popolnoma porušen. Bolnik je močno dovzeten za okužbe, pogosti so še limfomi možganov, razširjeni kaposijev sarkom, toksoplazmoza možganov, kriptokokni meningitis.
6. Smrt. Okužba s HIV-om se konča s smrtjo. Bolniku odpove eden od vitalnih organov. Okužen človek praviloma ne umre zaradi HIV-a, temveč zaradi drugih okužb, ki napadejo

oslABLJENO telo. V primerjavi z drugimi nalezljivimi boleznimi, pri katerih so znaki bolezni očitni in smrt sledi hitro, pri HIV-u simptomi infekcije dolgo časa niso opazni, kar pripomore k širjenju virusa (Medovernet).

Epidemiološke študije so dokumentirale tri načine prenosa virusa v telo: spolni (prek semenske ali vaginalne tekočine), s krvjo (z okuženo iglo ali prek krvne transfuzije, prek stika s kontaminiranimi medicinskimi instrumenti ipd.), prenos z matere na otroka (prenos virusa na fetus, prenos virusa na otroka ob rojstvu, prenos virusa z dojenjem) (UNAIDS n. p. a). Brez intervencije bo od 15 do 30 % HIV-pozitivnih mater virus preneslo na svojega otroka med nosečnostjo ali med rojevanjem, z dojenjem pa se bo okužilo od 10 do 20 % otrok (UNAIDS n. p. a).

AIDS

Aids je sindrom, skupek bolezenskih znakov in simptomov, ki predstavljajo zadnje faze okužbe s HIV-om, ko se bolnikov imunski sistem ni več sposoben ubraniti pred oportunističnimi okužbami in ko se množično pojavljajo malignomi, sicer redki pri imunsko zdravih osebah. Bolnik ima kronične driske, pojavi se utrujenost, potenje, izguba teže. O pozni fazi aidsa govorimo, kadar bolnik zboli za eno izmed naslednjih bolezni: posebno vrsto pljučnice, kaposijevim sarkomom (kožnim rakom) ali meningitisom (vnetjem možganske ovojnice) (Medovernet).

IMUNSKI SISTEM

Je obrambni sistem telesa. Z raznovrstnimi mikroorganizmi (bakterije, virusi, glive ...) nas varuje pred okužbami. Tvori ga več vrst celic. Virus HIV napade naše obrambne celice in tako oslabi naš obrambni sistem. Tako postane telo dovzetnejše za različne okužbe. Oportunistične okužbe so okužbe z mikroorganizmi, ki pri zdravem človeku ne povzročajo bolezni, človek z oslabljenim imunskim sistemom pa zboli (Medovernet)

EPIDEMIJA

Sporadičen pojav kakšne bolezni z veliko incidenco (število novih dogodkov, predvsem novih primerov bolezni v določenem času na določenem območju pri določeni populaciji) pri ljudeh na določenem geografskem področju (Kališnik 2002: 239).

PREVALENCA

Število vseh bolnikov, starih in novih, z določeno boleznijo v kakšni populaciji v določenem obdobju (Kališnik 2002: 718).

PROTIRETROVIRUSNA TERAPIJA

HIV je retrovirus in zdravila, ki so bila razvita, da bi motila različna obdobja življenjskega ciklusa virusa, se imenujejo protiretrovirusna zdravila; gre za zdravila v širšem pomenu besede, saj gre za kemične sestavine, ki zavirajo napredek virusa v telesu in bolnika ne ozdravijo popolnoma. Terapija navadno zajema koktajl teh protiretrovirusnih zdravil, ki HIV napadejo na več frontah hkrati. Leta 1996 vpeljana protiretrovirusne terapije je spremenila zdravljenje HIV-a in aidsa ter podaljšala in izboljšala kvaliteto življenja okuženih, ki jim je terapija dostopna. Vendar protiretrovirusna terapija ne omogoča popolne ozdravitve. Če se terapija prekine, virus znova postane aktiven, zato mora posameznik zdravila jemati vse življenje (UNAIDS n. p. b).