

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Tamara Šulek

**RAZVOJNI CILJI TISOČLETJA IN NJIHOVO URESNIČEVANJE V
PODSAHARSKI AFRIKI: PRIMER DEMOKRATIČNE REPUBLIKE
KONGO IN UGANDE**

Diplomsko delo

Ljubljana 2007

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Tamara Šulek

Mentorica:izr. prof. dr. Maja Bučar

**RAZVOJNI CILJI TISOČLETJA IN NJIHOVO URESNIČEVANJE V
PODSAHARSKI AFRIKI: PRIMER DEMOKRATIČNE REPUBLIKE
KONGO IN UGANDE**

Diplomsko delo

Ljubljana 2007

*Zahvaljujem se mentorici, dr. Maji Bučar,
za nasvete in usmerjanje pri pisanju diplomske naloge.
Posebna zahvala staršem in sestri za pomoč ter potrpežljivost,
ki so mi jo izkazovali, ne samo v času študija.
Predvsem pa hvala Igorju za vso podporo in spodbudne besede,
ko sem jih najbolj potrebovala.*

RAZVOJNI CILJI TISOČLETJA IN NJIHOVO URESNIČEVANJE V PODSAHARSKI AFRIKI: PRIMER DEMOKRATIČNE REPUBLIKE KONGO IN UGANDE

Razvojni cilji tisočletja (MDG) je osem časovno omejenih in problemsko določenih ciljev, ki se nanašajo na odpravo revščine v več dimenzijah. Po sedmih letih reševanja razvojni problemov s pomočjo doseganja nalog MDG je v nekaterih državah, kljub optimističnim napovedim razvoja, vidnega le malo ali nič napredka. Do velikih razlik v doseganju ciljev prihaja tudi med posameznimi kontinenti ali deli kontinentov, pri čemer najbolj zaostaja predvsem podsaharska Afrika. Zdravje, kot pomembno merilo človeškega blagostanja in ključni dejavnik razvoja, je zajeto v treh od osmih ciljev. V diplomskem delu preučujem uresničevanja teh treh MDG, glede na gospodarske in politične reforme v dveh državah podsaharske Afrike. Pri tem izhajam iz predpostavke, da bodo izbrani MDG prej uresničeni v državi z izdelanimi strategijami razvoja ter učinkovito gospodarsko in socialno politiko. Na primeru Ugande in Demokratične republike Kongo skušam poiskati odgovore na vprašanje, ali je država sposobna doseči izbrane MDG na podlagi dobrega upravljanja in v kolikšni meri lahko to preprečijo drugi dejavniki, kot so zadolženost, gospodarski šoki in naravne katastrofe.

Ključne besede: razvojni cilji tisočletja, zdravstvo, gospodarska reforma, Demokratična Republika Kongo, Uganda

MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS AND THEIR IMPLEMENTATION IN SUB-SAHARAN AFRICA: CASE STUDY OF UGANDA AND THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO

The Millennium Development Goals (MDGs) are eight time-bound and quantified targets, addressing extreme poverty in its many dimensions. After seven years of resolving development problems with the help of several MDG targets, and despite optimistic expectations, some countries have achieved little or no progress. There is also growing discrepancy between continents or part of continents in achieving the Goals, but above all the sub-Saharan Africa is the one area, lagging far behind. Health, as an important measure of human well-being and an indicator of development, is included in three out of eight MDGs. This diploma thesis investigates implementation of these three MDGs, taking into account both political and economic reforms of the two selected countries in the Sub-Saharan Africa. It builds on the assumption that MDGs will be implemented easier in the country with sound development strategies and effective social and economic policies. In the cases of Uganda and the Democratic Republic of Congo I seek to find the answers to what determines the capability of the country to achieve the MDGs. Primarily I try to assess the role of good governance. Also, I try to identify how other factors like indebtedness, economic shocks and natural disasters can hinder this process.

Key words: millennium development goals, health, economic development, Uganda, Democratic Republic of Congo

KAZALO

SEZNAM TABEL, GRAFOV IN SLIK	7
SEZNAM KRATIC	8
1. UVOD	10
1.1 Predmet preučevanja in namen diplomskega dela	11
1.2 Metodološko-hipotetični del in struktura analize	12
2. TEORETIČNI OKVIR	13
2.1 Temeljni teoretični pojmi	13
2.2 Tradicionalni razvojni pristopi	15
2.3 Razvojne teorije in izziv globalizacije	18
2.4 Razvoj in demokratične politične spremembe juga	20
3. RAZVOJNI CILJI TISOČLETJA IN DINAMIKA URESNIČEVANJA	22
3.1 Nastanek in opredelitev razvojnih ciljev tisočletja	23
3.1.1 <i>Mednarodne razvojne naloge</i>	24
3.1.2 <i>Razvojni cilji tisočletja</i>	25
3.1.3 <i>Merjenje napredka pri uresničevanju razvojnih ciljev tisočletja</i>	27
3.2 Dobro upravljanje kot pogoj doseganja razvojnih ciljev tisočletja	28
3.2.1 <i>Strateški dokument za zmanjševanje revščine</i>	31
3.3 Razvojni cilji tisočletja in zdravje	33
3.3.1 <i>Četrty cilj: Zmanjšati umrljivost otrok</i>	35
3.3.2 <i>Peti cilj: Izboljšati zdravstveno stanje mater</i>	39
3.3.3 <i>Šesti cilj: Boj proti virusu HIV/AIDS, malariji in drugim boleznim</i>	42
3.4 Sklep	48
4. UGANDA	48
4.1 Zgodovinsko ozadje	49
4.2 Gospodarska reforma	49
4.3 Akcijski program za zmanjševanje revščine	52
4.4 Uresničevanje razvojnih ciljev tisočletja v Ugandi	54
4.4.1 <i>Četrty cilj</i>	54
4.4.2 <i>Peti cilj</i>	56

4.4.3	Šesti cilj	57
4.5	Sklep.....	59
5.	DEMOKRATIČNA REPUBLIKA KONGO.....	59
5.1	Zgodovinsko ozadje	60
5.2	Gospodarska reforma	61
5.3	Strateški dokument za zmanjševanje revščine	62
5.4	Uresničevanje razvojnih ciljev tisočletja v DR Kongo	64
5.4.1	Četrty cilj.....	64
5.4.2	Peti cilj.....	65
5.4.3	Šesti cilj	66
5.5	Sklep.....	66
6.	SKLEPNE MISLI.....	68
	SEZNAM VIROV	70
	Dokumenti	70
	Literatura	71
	Elektronski viri	74
	PRILOGE.....	75
	Priloga A: Razvojni cilji tisočletja in pripadajoče naloge	75

SEZNAM TABEL, GRAFOV IN SLIK

Tabela 3.3.1.1: Četrti MDG, s pripadajočo nalogo in kazalniki.....	35
Tabela 3.3.2.1: Peti MDG, s pripadajočo nalogo in kazalniki	39
Tabela 3.3.3.1: Šesti MDG, s pripadajočima nalogama in kazalniki	43
Tabela 4.2.1: Gibanje izbranih makroekonomskih kazalnikov v Ugandi	50
Tabela 4.2.2: Dohodek in kazalniki človekovega razvoja v državah vzhodne Afrike	51
Graf 3.3.1.1: Stopnja umrljivosti otrok, mlajših od pet let, na 1000 živorojenih otrok	36
Graf 3.3.1.2: Stopnja razširjenosti cepljenja proti ošpicam (v odstotkih)	38
Graf 3.3.2.1: Prisotnost izkušenega zdravniškega osebja ob porodu (v odstotkih).....	42
Graf 3.3.3.1: Razširjenost okužbe s tuberkulozo (število okužb na 100.000 ljudi).....	47
Graf 4.4.1.1: Uresničevanje četrtega MDG (kazalniki 13, 14 in 15) v Ugandi.....	54
Graf 5.4.1.1: Odstotek otrok, cepljenih proti ošpicam v starosti od 12 do 23 mesecev v DR Kongo	65
Slika 3.2.1.1: Prikaz razvoja strategij zmanjševanja revščine v DVR	32
Slika 3.3.2.1: Stopnja umrljivosti mater ob porodu na 100.000 porodov, leta 2000.....	40
Slika 3.3.3.1: Tveganje okužbe z malarijo, po regijah	45
Slika 3.3.3.2: Razdeljene ali prodane insekticidno obdelane mreže proti komarjem v podsaharski Afriki, v obdobju 1999–2003 (v milijonih).....	46

SEZNAM KRATIC

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti)
BDP/ <i>per capita</i>	bruto družbeni proizvod/ na prebivalca
DAC	<i>Development Assistance Committee</i> (Odbor za razvojno pomoč)
DR	Demokratska republika
DVR	države v razvoju
ECA	<i>Economic Commission for Africa</i> (Ekonomska komisija za Afriko)
HDI	<i>Human Development Index</i> (indeks človekovega razvoja)
HIPCs	<i>Heavily Indebted Poor Countries</i> (močno zadolžene revne države)
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (virus imunske pomanjkljivosti)
HSSP	<i>Health Sector Strategic Plan</i> (Strateški načrt razvoja za zdravstveni sektor)
IDT	<i>International Development Targets</i> (Mednarodne razvojne naloge)
IMF	<i>International Monetary Fund</i> (Mednarodni denarni sklad)
I-PRSP	<i>Interim Poverty Reduction Strategy Papers</i> (Vmesni strateški dokument za zmanjševanje revščine)
MDG	<i>Millennium Development Goals</i> (razvojni cilji tisočletja)
ODA	<i>Official Development Assistance</i> (Uradna razvojna pomoč)
OECD	<i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i> (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj)
OPEC	<i>Organization of Petroleum Exporting Countries</i> (Organizacija držav izvoznic nafte)
OZN	Organizacija Združenih narodov
PEAP	<i>Poverty Eradication Action Program</i> (Aksijski program za zmanjševanje revščine)
PRSP	<i>Poverty Reduction Strategy Paper</i> (Strateški dokument za zmanjševanje revščine)
U5MR	<i>Under 5 Mortality Rate</i> (stopnja umrljivost otrok, starih manj kot pet let)
UAC	<i>Uganda AIDS Commission</i> (Komisija za AIDS)

UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> (Skupni program Združenih narodov za HIV/AIDS)
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i> (Program Združenih narodov za razvoj)
UNSTATS	<i>United Nations Statistic Division</i> (Statistični oddelek Združenih narodov)
USD	<i>United States dollar</i> (ameriški dolar)
WB	<i>World Bank</i> (Svetovna banka)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Svetovna zdravstvena organizacija)

1. UVOD

Koncept razvoja je bil od nekdanj v ospredju razprave med teoretiki razvojne ekonomike, vendar pa so se pogledi nanj sčasoma spreminjali. Še v 80. letih 20. stoletja je bil razvoj razumljen v pretežno ekonomski luči, medtem ko so bili socialni vidiki razvoja v veliki meri zanemarjeni. Mnogi teoretiki razvojne ekonomije, pa tudi mednarodne razvojne agencije in države donatorke so verjeli, da bodo tržne sile pozitivno učinkovale na razvoj države ter pripomogle k trajni gospodarski rasti. Revne države naj bi ob zasledovanju načel dobrega upravljanja, vzpostavljanja makroekonomske stabilnosti in svobodnega trga ter z razvojem privatnega sektorja pospeševale gospodarsko rast, kar bi prineslo tudi izboljšanje stanja v zdravstvu, šolstvu, prehrani in državni infrastrukturi. Pri tem naj bi veliko pripomogla globalizacija, ki bi pospešila gospodarsko rast in prinesla splošni razvoj za vse države. Žal se te optimistične napovedi niso uresničile. Medtem ko je imela globalizacija pozitiven učinek na nekatere države Azije (Kitajska in Indija), pa je druge preprosto obšla, zato so precej zaostale v razvoju. Mednje spadajo države podsaharske Afrike, katere življenjski standardi niso samo obstali na isti ravni, temveč so se še poslabšali (Todaro in Smith 2006: 16–17).

Po koncu hladne vojne in razpadu napetosti med obema protagonistoma so se mednarodne razvojne agencije in države otresle političnih vezi, ki so jih utesnjevale skoraj 45 let, in razvojne probleme potiskale na dno politične agende. Oboroževalno tekmo so nadomestili problemi revščine, lakote, bolezni in nerazvitosti, ki, kot se je izkazalo, niso bili zgolj prehodnega značaja, saj so se zaradi zanemarjanja te teme v preteklosti nakopičili, zapletli in poglobili. Nevzdržne razmere v državah v razvoju so pripeljale mednarodno skupnost do spoznanja, da je nujno takojšnje ukrepanje in pomoč na tem področju. V zadnjem desetletju 20. stoletja je proces mednarodnih konferenc povezanih z razvojem vodil do nastanka razvojnih ciljev tisočletja (MDG – *Millennium Development Goals*).

MDG predstavljajo edinstveno pogodbo med razvitimi in manj razvitimi državami, saj temeljijo na načelu obojestranskih obveznosti in dolžnosti. Države v razvoju lahko pri sklicevanju na zastavljene MDG zahtevajo od razvitih držav povečanje razvojne pomoči ter svobodnejšo trgovanje na njihovih trgih. Državljeni manj razvitih držav lahko od politikov v teh državah zahtevajo odgovornost za čimprejšnje doseganje ciljev, predvsem zmanjševanje revščine in lakote. Države donatorke pa se lahko sklicujejo na dolžnosti

držav v razvoju, da upoštevajo načela dobrega upravljanja in transparentnost uporabe razvojne pomoči. Osem MDG sestavlja 18 nalog, ki natančneje opredeljujejo cilje, za nadzorovanje uresničevanja pa se uporabljajo kazalniki, ki merijo napredek posamezne države oz. regije.

Leto 2005 je bilo prelomno, saj je bil narejen pregled opravljenega dela na področju doseganja MDG in pokazali so se prvi uspehi, pa tudi neuspehi. Nekatere regije, predvsem jugovzhodna Azija, severna Afrika in Latinska Amerika s Karibi so v tem času pri posameznih kazalnikih dosegle napredek in se približujejo zadanim ciljem, medtem ko sta podsaharska Afrika in zahodna Azija v velikem zaostanku. Po sedmih letih reševanja razvojnih problemov se lahko vprašamo, ali bodo te regije sposobne nadoknaditi zamujeno, saj je do zastavljenega datumskega okvira manj kot desetletje. Kljub velikemu ugledu in podpori v mednarodni skupnosti se postavlja vprašanje, v kolikšni meri so MDG drugačni od ostalih razvojnih ciljev, sprejetih v preteklosti. Ali so ti prilagojeni potrebam manj razvitih držav in v zadostni meri opredeljujejo nadzor nad njihovim uresničevanjem? Poraja se tudi vprašanje, ali je že prišel čas, ko so se razvite države in njihovi voditelji pripravljene odreči majhnemu deležu svojega nacionalnega dohodka in ga nesebično deliti z revnejšimi in nerazvitimi državami? In ali so manj razvite države to pomoč sposobne pravično in enakomerno razdeliti med vse državljane, posebej pa jo nameniti tistim, ki so te pomoči najbolj potrebni?

Na ta vprašanja bom poskušala odgovoriti v osrednjem delu diplomskega dela, kjer me bo poleg tega zanimalo predvsem, v kolikšni meri lahko učinkovitost razvojnih strategij države pripomore k doseganju MDG, povezanih z zdravjem.

1.1 Predmet preučevanja in namen diplomskega dela

Predmet preučevanja diplomskega dela je vloga in pomen politične ter gospodarske reforme v dveh državah podsaharske Afrike pri uresničevanju razvojnih ciljev tisočletja. V diplomskem delu se zaradi obsežnosti teme (tj. ugotavljanje uresničevanja vseh osmih MDG) osredotočam le na tiste cilje, ki zadevajo zdravstveno stanje ljudi in s tem povezano tematiko v izključno dveh državah. Za primerjavo med Demokratično Republiko (DR) Kongo in Ugando sem se odločila na podlagi njune gospodarske in socialne reforme, ki je oz. ni bila izvedena v 80. letih 20. stoletja.

Namen pričujočega dela ni prikaz vseh perečih problemov, s katerimi se sooča afriški kontinent, kot so začarani krog revščine in velika zadolženost, nizka stopnja tujega vlaganja v te države ter slaba davčna, socialna in gospodarska politika. Prav tako ni namen najti morebitnih rešitev problemov, ki državam na tem kontinentu onemogočajo napredek in razvoj.

Namen diplomskega dela je, ob osvetljevanju vloge oz. pomena (ne)učinkovite gospodarske in socialne politike, ugotoviti gibanje izbranih MDG in posameznih kazalnikov v dveh državah podsaharske Afrike.

1.2 Metodološko-hipotetični del in struktura analize

Pisanja diplomskega dela sem se lotila z zbiranjem pisnih virov s področja, ki ga obravnavam. Ugotovila sem, da bom imela kar nekaj težav, saj obstaja izredno malo napisane literature o tej temi, tako v slovenskem kot v tujem jeziku. Zato sem najprej skušala poiskati primerne slovenske izraze, ki bi jih kasneje uporabljala v diplomskem delu. Že pri tem sem imela veliko dela, saj uradnih prevodov nekaterih najpomembnejših izrazov sploh ni in sem jih morala sestaviti kar sama.

Zaradi pomanjkanja fizično razpoložljivih pisnih virov glede obravnavane tematike sem morala nekatere primarne in sekundarne vire pridobiti z medmrežja, pri čemer sem bila pozorna na njihovo verodostojnost. Selektivno sem izbirala dokumente, članke, poročila in druge vire, ki so bili objavljeni na uradnih spletnih straneh pomembnejših mednarodnih organizacij ali vlad preučevanih držav ter pomembnejših strokovnih revijah. Pri pridobivanju sekundarnih statističnih podatkov sem morala upoštevati njihovo morebitno pristranskost, saj večino podatkov mednarodnim institucijam, ki se ukvarjajo z nadzorovanjem uresničevanja MDG, posredujejo države same.

V naslednjem koraku je sledila analiza primarnih (dokumenti, resolucije, vladna poročila) in sekundarnih virov (knjige, poročila, članki) ter interpretacija sekundarno pridobljenih statističnih podatkov. V empiričnem delu sem uporabila metodo primerjalne analize v povezavi s študijama primerov, s katero sem skušala preveriti pravilnost postavljene hipoteze.

V diplomskem delu sem iz različnih zornih kotov skušala analizirati, v kolikšni meri neučinkovite gospodarske in socialne politike ter neizdelane strategije razvoja vplivajo na razlike pri uresničevanju MDG. Pri tem sem izhajala iz naslednje hipoteze:

MDG bodo prej uresničeni v tisti državi podsaharske Afrike, ki ima izdelane strategije razvoja, z učinkovito gospodarsko in socialno politiko, ki deluje kot spodbuda njenemu razvoju in splošnemu napredku.

Diplomsko delo je sestavljeno iz uvoda, metodološko-hipotetičnega dela, teoretičnega okvirja in osrednjega empiričnega dela. V sklepnem delu so navedene ugotovitve in verifikacija hipoteze.

2. TEORETIČNI OKVIR

2.1 Temeljni teoretični pojmi

Pri pojasnjevanju temeljnih teoretičnih pojmov, ki obravnavajo problematiko mojega diplomskega dela, sem naletela na nekatere omejitve že na začetku, povezane pa so s skopim obsegom pojmovanja in opredeljevanja razvitosti držav, na katerem so temeljile razvojne teorije v preteklosti. Opazila sem, da v literaturi razvojne teorije prevladuje zgolj enostavno ločevanje držav glede razvitosti, kompleksnejših opredelitev pa ni mogoče zaslediti (Payne 1999: 370).

Osrednjega pomena je bil v preteklosti pojem »tretji svet«, ki ga je leta 1952 skoval francoski demograf Alfred Sauvy, ko je imel v mislih »tretji stan«, tj. francosko meščansko ljudstvo pred revolucijo leta 1789. Ker se je ta pojem neposredno nanašal na revščino, nemoč in marginalnost, se je dokaj hitro uveljavil in zasidral v družboslovnem raziskovanju ter strokovni literaturi 60. let 20. stoletja. Služil je označevanju nastajajočih držav, predvsem bivših kolonij, katerih gospodarski, socialni in politični status je nekako ustrezal temu pojmu. Izvirni pojem »tretjega sveta«, kot pravi Ma »ni temeljil na predhodnem obstoju prvega ali drugega sveta« (ibid.). Ker pa je nastal v obdobju hladne vojne, v času antagonizma med dvema blokoma oz. svetovoma, je razumljivo, da je postal politično obarvan in dobil drugačen pomen v kontekstu treh svetov.¹ Nanašal se je na težnje držav po nevtralnem položaju oz. iskanju srednje poti med kapitalizmom in komunizmom ter izražal, takrat razvijajoč se, svetovni nazor neuvrščenosti (ibid.).

¹ Pojem »prvi svet« se je tako nanašal na zahodne kapitalistične države, »drugi svet« pa na vzhodne države komunističnega bloka (Payne 1999: 370).

Nekoliko kasneje se je razvila delitev, ki je temeljila na gospodarskem razvoju držav. Predvsem liberalistične teorije razvoja tako ločujejo »razvijajoče se države« (*developing countries*) in »manj razvite države« (*less developed countries*) na eni strani ter »razvite države« (*developed countries*) na drugi strani. Malo drugačno dihotomijo razvije odvisnostna teorija, ki razlikuje med »državami v razvoju« (*underdeveloped countries*) in »razvitimi državami«, medtem ko sistemska teorija uporablja pojmovanje »center«, »polperiferija« in »periferija« (ibid.).

Najbolj nejasno opredeljena je delitev »sever – jug«, katere mejna črta poteka med razvito severno in nerazvito južno zemeljsko poloblo. Ta nejasno zarisana črta tako ločuje Severno od Južne Amerike, Evropo od Afrike, severni del Azije od južnega, izvzema pa Avstralijo in Novo Zelandijo, ki spadata tako gospodarsko kot politično k razvitemu »severu« (ibid.: 370–371).

Vsi naštetimi pojmi, kljub globalizaciji in spremembi razmer v mednarodnih odnosih, ostajajo v širši uporabi pri družboslovnem raziskovanju, predvsem pa pri teoretiziranju razvoja. Payne (ibid.: 371) meni, da so ti pojmi večinoma zastareli in deloma tudi napačni, zato bi morali biti v veliki meri opuščeni. Znotraj pojmovanja »tretjega sveta« se razvijejo klasifikacije, ki jih uporabljajo različne mednarodne organizacije, npr. OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development* – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj) ali pa OZN (Organizacija združenih narodov), vendar tudi te temeljijo na različnih kazalnikih razvoja, predvsem gospodarskih, zato je nemogoče govoriti o neki optimalni razvrstitvi.² Pri razvrščanju držav glede posameznih kazalnikov je pomemben predvsem vidik, s katerega gledamo na razvoj in kako ga razlagamo.

Kljub nekaterim skupnim problemom, povezanih predvsem z revščino, ki si jih delijo države nerazvitih oz. manj razvitih regij, je kakršnokoli posploševanje in enačenje nesmiselno, saj gre za države različnih kultur, religij, gospodarstev ter socialnih in

² OZN razdeli države »tretjega sveta« na najmanj razvite države, razvijajoče se države, ki niso izvoznice nafte, ter bogate države izvoznice nafte, članice Organizacije držav izvoznic nafte (OPEC – *Organization of Petroleum Exporting Countries*). Drugačna je razvrstitev OECD, ki deli te države glede na letni dohodek prebivalstva v štiri kategorije, tj. države z nizkim dohodkom (*low-income*), srednjim dohodkom (*middle-income*), novo-industrializirane države ter države članice OPEC, medtem ko ima WB (*World Bank* – Svetovna banka) lasten klasifikacijski sistem, v katerem so zajete vse države (Todaro 1991: 14–18).

političnih sistemov (Todaro 1991: 14). Zaradi pojasnjevalne prikladnosti in z namenom, da se izognem pojmovni zmedi, bom v diplomskem delu uporabljala izraz države v razvoju (DVR), nanašajoč se na države t.i. »tretjega sveta« na splošno.

2.2 Tradicionalni razvojni pristopi

Razvojna dinamika in njeno nesorazmerje, ki se kaže v vse večjem prepadu med bogatimi in revnimi – tako med državami kot znotraj držav samih, je bila in je še vedno predmet številnih akademskih razprav. Do različnih pogledov pa ne prihaja samo pri pojmovanju in merjenju razvoja, temveč tudi pri iskanju različnih vzrokov zaostajanja za njim.

Razpravo med dvema osrednjima pogledoma na razvoj lahko označimo kot razpravo med ortodoksnim in kritičnim pristopom (Thomas 1999: 450). Prvi zagovarja zahodni tj. liberalistični pogled na razvoj, njegova stališča pa v večji meri zavzemajo razvite države ter institucije, v katerih imajo te države največji vpliv, predvsem Svetovna banka (WB – *World Bank*) in Mednarodni denarni sklad (IMF – *International Monetary Fund*). Med najpomembnejše teorije tega pristopa uvrščamo teorijo gospodarskega neoliberalizma oz. neoklasične kontrarevolucije, ki si je svoje vodilno mesto zagotovila v 80. letih 20. stoletja, ko je prišla na oblast v zahodnih državah politična desnica z Ronaldom Reaganom in Margaret Thatcher na čelu (Todaro 1991: 82).

Drugi pristop, ki se naslanja na številne različice neomarksističnih teorij, pa zagovarjajo predvsem DVR ter institucije, ki se ukvarjajo z njihovimi razvojnimi problemi. Pristop zajema različne modele teorij, ki so veljavo pridobile v 70. letih 20. stoletja, ob naraščajočem nezadovoljstvu z obstoječimi teorijami razvoja (ibid.: 78). Najpomembnejša med njimi je predvsem odvisnostna teorija (Pease 2003: 76).

V nadaljevanju bom opredelila zgoraj omenjena pristopa, njune predpostavke ter vlogo in pomen, ki jo posamezna teorija pripisuje gospodarski in socialni politiki pri razvoju države. Vendar naj pojasnim, da namen teoretičnega izhodišča ni potrjevanje neke splošne teoretične paradigme, ki bi enostransko pojasnjevala vzroke zaostanka v razvoju. Problemi, ki se pojavljajo v podsaharski Afriki, so namreč preveč zapleteni, da bi rešitve lahko iskali v eni sami teoretični predpostavki. Potreben je kritičen pristop k problemu, z združevanjem različnih teoretičnih konstruktov, pa bi morda lahko bili bližje resnici, čeprav še vedno zelo oddaljeni od rešitev v praksi.

Ortodoksno pojmovanje razvoja po drugi svetovni vojni je bilo tesno povezano z gospodarsko rastjo v kontekstu svobodne mednarodne trgovine. Gospodarska rast naj bi bila nujna pri odpravljanju revščine, tj. stanja, v katerem ljudje nimajo zadostne količine denarja za nakup hrane in za zadovoljevanje osnovnih materialnih potreb. Razumevanje razvoja v smislu gospodarske rasti je jasno razvidno v poročilih WB, kjer so države ovrednotene glede na bruto družbeni proizvod (BDP). Države z nižjim BDP so uvrščene med nižje razvite države, ne glede na druge socialne, kulturne in politične dejavnike, ki bi morebiti lahko vplivali na kvalitetnejše življenje (Thomas 1999: 451–453).

Neoklasična kontrarevolucija, ki predstavlja jedro ortodoksnega pristopa, temelji na predpostavki o svobodnem trgu kot samo-uravnalnem sistemu (*self-regulating system*), ki koristi vsem udeležencem. Pri tem predstavniki zagovarjajo navzven usmerjene razvojne strategije in spodbujanje svobodne trgovine (Preston 1996: 269). Osrednjo tezo neoklasične kontrarevolucije predstavlja trditev, da so manj razvite države nerazvite zaradi nepopolne delitve virov kot posledice nepravilnih cenovnih politik in prevelikega vladnega vmešavanja. Predstavniki teorije zatrjujejo, da prav vladno vmešavanje v gospodarske dejavnosti upočasnjuje gospodarsko rast in onemogoča napredek. Nerazvitost je po njihovem mnenju rezultat prevelike stopnje korupcije, neučinkovitega in slabo vodenega javnega sektorja ter pomanjkanja gospodarskih spodbud. Da bi zagotovile razvoj, morajo manj razvite države zmanjševati državno vmešavanje v gospodarstvo, privatizirati državna podjetja, omogočiti delovanje svobodnega trga in obenem pospeševati izvozno ekspanzijo (Todaro 1991: 83).

Kritika gospodarskega neoliberalizma se nanaša na napačne predpostavke, ki jih je teorija vnesla v svoj koncept razvoja. V mnogih manj razvitih državah pogoji za učinkovito delovanje trga namreč niso izpolnjeni, tako kot so v razvitih državah. Konkurenčni trgi namreč pogosto ne obstajajo ali pa so močno razdrobljeni, informacije so omejene in niso dostopne vsakomur, potrošniki pa le redko odločajo suvereno, saj imajo proizvajalci veliko moč v določanju tržnih cen in prodanih količin. Razlike med bogatimi in revnimi – tako na svetovni ravni kot tudi državni – se zgolj večajo (ibid.: 70).

Drugi pol teoretične razprave predstavlja kritični pristop, ki je, kot pove beseda sama, kritičen, saj nasprotuje ortodoksnemu pogledu na razvoj, ki naj bi bil etnocentričen in nezadosten pri merjenju kvalitete življenja. Predstavniki pristopa vpeljejo v analizo fleksibilnejši pojem razvoja, ki bi dajal ustrežnejšo sliko razvojne dinamike, kot statistične

meritve gospodarske rasti ali stopnje rasti BDP *per capita* (Thomas 1999: 452–453). Pristop pri preučevanju razvoja, v primerjavi z ortodoksnim pristopom, poudarja predvsem relativne dobičke med državami in znotraj njih, torej razdelitev dohodka med posameznike, ki je v večini tretjega sveta neenakomerna. Teoretiki kritičnega pristopa namreč dvomijo v tezo koristnosti svobodne trgovine za vse (Pease 2003: 179).

K temu pristopu prištevamo številne različice neomarksističnih teorij, ki tudi po koncu hladne vojne niso izgubile svoje veljave, temveč se je njihov vpliv še okreplil. Kot poudarjata Hobden in Jones (2001: 201) bi »/ropad sovjetskega eksperimenta in očitno pomanjkanje verodostojne alternative kapitalizmu lahko vodil do krize marksizma, vendar se po desetih letih zdi, da je prišlo do neke vrste preporoda.«

Največjo slavo sta v preteklosti nedvomno poželi odvisnostna in sistemska teorija, ki sta poskrbeli, da je razprava o nerazvitosti tretjega sveta dosegla tudi razvite države in povzročila burne odzive ter kritike. Prav zato ju v nadaljevanju obravnavam podrobneje.

Izvor sistemske teorije je moč najti v delu velikega zagovornika marksistične ideologije – Leninu.³ Razvil in konkretiziral je dvostopenjsko strukturo svetovnega gospodarstva, s prevladujočim centrom in izkoriščano ter manj razvito periferijo (Hobden in Jones 2001: 205–207). Sistemsko teorijo je kasneje dogradil Immanuel Wallerstein, ki je v analizo vpeljal še koncept pol-periferije. Tako naj bi center predstavljale industrializirane države z visoko stopnjo kapitala ter izkušeno in dobro plačano delovno silo, periferijo pa nerazvite države, dobaviteljice surovin ter neizkušene in poceni delovne sile. Novo industrializirane države, s srednje izkušeno, a poceni delovno silo, predstavljajo pol-periferijo (Pease 2003: 77). Wallerstein vsa tri področja svetovnega gospodarstva loči tudi glede na demokratičnost vlad ter razvitost socialnega skrbstva. Demokratičnost vlad prehaja od najbolj demokratičnih v centru, prek avtoritarnih režimov v pol-periferiji do nedemokratičnih vlad v najmanj razvitih državah. V isti smeri upada stopnja razvitosti socialnega skrbstva (Hobden in Jones 2001: 207).

³ Z objavo sestavka *Imperializem, najvišja stopnja kapitalizma* je Lenin leta 1917 povzročil, da so njegovi nasledniki ideje marksizma sistematično prevajali na mednarodno raven. Gre za kritiko kapitalizma, ki naj bi v njegovem času dosegel najvišjo in zadnjo stopnjo – poimenoval jo je monopolni kapitalizem (Hobden in Jones 2001: 206).

Tezo Leninove systemske teorije center-periferija so razširili in poglobili predstavniki teorije odvisnosti, kot so Raul Prebisch, André Gunder Frank ter Henrique Fernando Cardoso (Hobden in Jones 2001: 206). V svojih delih poudarjajo, da prihaja do nerazvitosti periferije zaradi dejavnosti, ki pospešujejo bogatenje zahodnih držav (tj. centra) ter nekaterih elit v periferiji. Povečevanje prepada med bogatimi in revnimi je po njihovem mnenju torej neizbežno (Thomas 1999: 456). Podobnega mnenja je Kiely (2005: 41), ko trdi, da je »neenakomeren razvoj glavna značilnost svetovnega kapitalističnega gospodarstva, ki se stopnjuje v kontekstu 'svobodne trgovine'.«

Modelom odvisnostne teorije je skupna predpostavka o vzrokih nerazvitosti tretjega sveta. Ti naj bi bili posledica tako domače kot mednarodne institucionalne, politične in ekonomske togosti ter vpetosti v odnose dominacije in odvisnosti z bogatimi državami. V sklopu odvisnostne teorije se razvijejo tri glavne smeri: model neokolonialne odvisnosti, model napačne paradigme in teza o dualističnem razvoju (več v Todaro 1991: 78).

Predstavniki teorij mednarodne odvisnosti, v primerjavi z zagovorniki neoklasične teorije, razumejo nerazvitost kot pojav, ki prihaja od zunaj in je neodvisen od ravnanja politik držav v razvoju. Poudarjajo, da je za razumevanje razvoja pomembno mednarodno neravnotežje moči in za odpravo teh zahtevajo gospodarske, politične in institucionalne reforme, tako državne (notranje) kot mednarodne (svetovne). Zavračajo tradicionalne (ortodoksne) teorije rasti, ki kot ključni kazalec razvoja poudarjajo rasti stopnje BDP. Slabosti mednarodne odvisnostne teorije bi lahko iskali v nezadostni razlagi o pričetku in vzdrževanju razvoja nerazvitih držav. Tudi same izkušnje manj razvitih držav, ki so sledile naukom odvisnostne teorije, ne govorijo njej v prid, saj je v večini primerov nacionalizacija industrije in povečana vloga državnih podjetij delovala v negativni smeri (Bučar in Rojec 2003: 65).

2.3 Razvojne teorije in izziv globalizacije

V 21. stoletju se teorije razvoja in mednarodne politične ekonomije soočajo s številnimi težavami, saj je preučevanje zaradi sprememb v svetovnem gospodarskem in političnem sistemu oteženo. Proces globalizacije je namreč s svojo neenakomerno naravo povzročil odrinjenost večine najrevnejših držav od svetovnega gospodarstva, politične moči in razvoja, medtem ko se je proces sodelovanja povečeval in poglobljal v treh najrazvitejših regijah sveta, tj. Japonska z razvitimi državami jugovzhodne Azije, zahodna Evropa in

Severna Amerika.⁴ Vrzel med bogatimi in revnimi se tako ni povečala zgolj na svetovni ravni, temveč tudi znotraj držav, bogastvo pa je – tako na svetovni kot nacionalni ravni – nakopičeno v rokah peščice ljudi (Toze 1999: 222–227).

Globalizacija in postmodernizem sta po mnenju nekaterih avtorjev zadala smrtni udarec klasičnim razvojnim teorijam, zato bi bilo potrebno na problem nerazvitosti in strategije razvoja gledati z drugačne perspektive, tj. s stališča splošne in kritične zgodovinske družbene znanosti s širšim obsegom razvoja, ki ne bi temeljila na državo-centričnosti. Avtorji predlagajo združitev nekaterih vej mednarodne politične ekonomije in razvojne teorije v »novo« ali »kritično« politično ekonomijo razvoja (*political economy of development*). Ker je nemogoče, da bi ena sama teorija zajela tako obširno tematiko študij razvoja, avtorji podajajo zgolj nekaj tem, ki jih je mogoče zajeti v družboslovnem raziskovanju, npr. odnosi sever-jug, svetovno kot tudi regionalno in državno vladanje, ter različne zveze med razvojem in kulturo, konflikti, suverenostjo, razmerju med spoloma, demokracijo, mednarodnim monetarnim sistemom in okoljem (Hettne, Payne in Söderbaum 1999: 354–355).

Zaradi nezadovoljstva s tradicionalnimi teorijami razvoja, ki ne uspejo pojasniti virov dolgotrajnega gospodarskega razvoja, so se začele razvijati nove teorije (endogenega) razvoja. Te so razširile predmet preučevanja doseganja razvoja, predvsem pa so se prilagodile na problematiko v DVR. Medtem ko tradicionalne teorije razvoja pojasnjujejo napredek in razvoj s pomočjo zunanjih dejavnikov ali pa s povsem neodvisnim procesom tehnološkega razvoja, pa se nove teorije razvoja osredotočajo na nekatere notranje dejavnike, ki vplivajo na napredek države. Tradicionalne teorije razvoja ne dopuščajo analize ključnih determinant tehnološkega napredka, saj je v njihovem okviru ta popolnoma neodvisen od odločitev subjektov v gospodarstvu. Prav tako pa ne uspejo razložiti, zakaj prihaja do razlik med državami s podobnimi tehnologijami.

⁴ Visoko stopnjo gospodarske neodvisnosti na eni ter marginalizacijo manj razvitih držav na drugi strani natančneje pojasni Petrella: »proces tehnološkega, gospodarskega in družbeno-kulturnega povezovanja med tremi najrazvitejšimi regijami sveta /.../ je bolj razpršen, intenziven in pomemben, kot povezovanje med temi tremi regijami in manj razvitimi državami ali pa med manj razvitimi državami samimi.« (Tooze 1999: 223).

Nove teorije razvoja, ki so se razvijale v 90. letih 20. stoletja, in doživljajo razcvet v 21. stoletju, izpostavljajo pomen komplementarnosti med različnimi dejavniki pri doseganju razvoja. Pri tem je še posebej poudarjen pomen komplementarnosti investicij v človeški kapital in raziskovalno-razvojno dejavnost. Investicije enega podjetja, delavca, organizacije ali vlade vzpodbudijo druge akterje k podobnim investicijam, kar vzpodbudi dolgoročno rast gospodarstva države.

Kritika novih teorij rasti se nanaša predvsem na dejstvo, da ostaja vezana na nekatere predpostavke tradicionalnih teorij razvoja, ki ne ustrezajo stanju v DVR. Teorija namreč zanemari slabo infrastrukturo, nepopolne trge kapitala in dobrin ter spregleda neustreznost institucionalnih struktur, ki se pogosto pojavljajo v DVR (Todaro in Smith 2006: 140–148).

2.4 Razvoj in demokratične politične spremembe juga

Učinkovite gospodarske in socialne politike ter izdelane strategije razvoja, ki predstavljajo v mojem diplomskem delu ključne predpostavke za doseganje MDG, so v veliki meri odvisne od uspešnosti političnih in gospodarskih reform države. Kljub temu da so mnoge države izvedle te reforme, se v mnogih primerih pojavlja vprašanje, v kolikšni meri so te vzpodbude prišle s strani državljanov in ne kot pritisk mednarodne skupnosti. Ali sploh lahko govorimo o političnih reformah in demokratizaciji, ki nastanejo zaradi potrebe države po razvoju, ali pa gre v večini primerov zgolj za prilagoditev države pogojevanju s strani mednarodne skupnosti? V nadaljevanju skušam s pomočjo sodobnih teorij razjasniti to vprašanje.

Demokracija in demokratične spremembe so tesno povezane z razvojnimi teorijami že od njihovega začetka. Medtem ko tradicionalne razvojne teorije temeljijo na predpostavki, da gospodarski razvoj vodi v demokracijo, kritične teorije ta pogled zavračajo in trdijo celo nasprotno. Tako odvisnostna in sistemska teorija poudarjata, da širitev kapitalizma ovira možnosti za razvoj demokracije ter neodvisen političen in gospodarski razvoj tretjega sveta (Grugel 1999: 403).

Kakor je v gospodarskem smislu napor DVR v preteklosti povezan s prizadevanji za enakopraven razvoj, pa je politično gledano ta napor povezan z doseganjem demokracije. Niz pričakovanj glede vala političnih sprememb DVR v 80. letih 20. stoletja kljub vsem naporom ni bil izpolnjen. Mnogi avtorji menijo, da so mnoge demokracije »tretjega vala« demokracije zgolj po imenu, saj gre v večini primerov za omejene politične sisteme z elitno

skupino na oblasti ali pa so to državni režimi z uvedenim volilnim sistemom, a visoko avtoritarnimi vzorci vladanja. Collier in Levitsky tako govorita o demokraciji s pridevniki (*democracy with adjectives*), O'Donnell pa uvede izraz delegativna demokracija (*delegative democracies*), ko ima v mislih politične sisteme, ki slonijo na karizmatičnem voditelju (ibid.).

Grugel (1999: 409) se sprašuje, kako lahko te demokracije brez demokratične vsebine sploh preživijo. Delno na to odgovarja Zartman, ko pravi, da zato, ker gre pri demokratizaciji DVR za pritiske mednarodne skupnosti ter vplive globalizacije, ki podpira nove liberalne in izvozno-usmerjene razvojne modele (ibid.). Gill trdi, da se DVR vzpodbuja k političnim reformam, ki ustrezajo trenutnim predstavam o gospodarskem razvoju, predvsem s pomočjo svobodne trgovine in svetovnega povezovanja. Nova razvojna paradigma po njegovem mnenju temelji na tržnem gospodarstvu in demokratizaciji ter uvedbi liberalne institucionalne reforme (ibid.). Demokratizacija držav v razvoju torej ni rezultat delovanja sil od spodaj navzgor, temveč predvsem rezultat pritiska mednarodne skupnosti, ki skuša, tudi prek nekaterih mednarodnih organizacij,⁵ vsiliti specifične modele demokracije, tj. neoliberalne demokracije (ibid.).

Pojem demokratizacije v DVR, tj. uvedba državljanskih pravic in svoboščin ter odgovorne in dostopne vlade, ne uspe zajeti kompleksne narave političnih sprememb, ki tam nastajajo. Te namreč nastajajo kot odgovor na pritiske mednarodne skupnosti po vpeljevanju kompleksnih formalnih struktur demokracije – periodičnih volitev, večstrankarskega sistema, ipd. in se prepletajo z zapletenimi nacionalnimi kulturami in zgodovinami. Proces demokratizacije v DVR ni problematičen le zaradi manjkajočih demokratičnih struktur ter osnovnih državljanskih pravic in svoboščin, temveč predvsem zato, ker ta proces temelji na elitističnih praksah s ciljem uvedbe pogojev za tržno usmerjeno gospodarsko rast (ibid.: 412).

⁵ Proces, prek katerega se skuša vsiliti modele neoliberalne demokracije, lahko zasledimo tudi v dokumentih WB. Kakor navaja Grugel (1999: 409), je WB v svojem Poročilu iz leta 1981 vzroke gospodarske krize v Afriki pripisala nepravilni politiki in razvojnim napakam državnih vlad. Ob tem je bilo omenjeno, da bi določen model demokracije lahko deloval kot spodbuda razvoju.

Gre torej za vprašanje, ali nove demokratične države tretjega vala – med katere spadajo tudi države podsaharske Afrike – res temeljijo na demokratičnih vrednotah ter spoštovanju človekovih pravic in v kolikšni meri so te demokratične države nastale zaradi spodbude ljudstva, »od spodaj navzgor«. V akademskih krogih prevladuje mnenje, da so se te države osamosvajale in demokratizirale zaradi pritiska mednarodne skupnosti in vpliva globalizacije, vendar pa zaradi zgodovinskih, kulturnih in nacionalnih razlik niso bile sposobne vpeljati demokratičnih vrednot, kakršne veljajo na zahodu. Pri tem je šlo torej za proces demokratizacije »od zgoraj navzdol«, kar pomeni, da je spodbuda prišla predvsem s strani državnih voditeljev, skupin in elit, ki so bile takrat na oblasti, ne pa s strani državljanov, ki jih je ta sprememba najbolj prizadela. V golem zasledovanju zahodnih vrednot in uvajanju načel tržnega gospodarstva so mnoge države z nepremišljenimi reformami tako povzročile več škode kot koristi, pri tem pa najbolj prizadele nedolžne državljane.

S predstavitvijo osnovnih teoretičnih pojmov in temeljnih teoretičnih predpostavk razvoja zaključujem teoretični del diplomske naloge. V nadaljevanju bom opisala nastanek MDG, predstavila njihove pogoje uresničevanja in opredelila tri razvojne cilje, ki jih, glede na dinamiko uresničevanja v posamezni državi, podrobneje razčlenjujem v zadnjih poglavjih.

3. RAZVOJNI CILJI TISOČLETJA IN DINAMIKA URESNIČEVANJA

V naslednjih podpoglavjih bom predstavila proces nastanka MDG in poskušala ugotoviti, v kolikšni meri je mogoče zagotoviti merljivost teh. Nato bom pojasnila pojem dobrega upravljanja, ki se pogosto pojavlja v literaturi o mednarodni razvojni pomoči, ter predstavlja pogoj, določen s strani mednarodnih agencij in razvitih držav (donatork), pri zagotavljanju razvojne pomoči DVR. Pojem je tesno povezan z doseganjem razvojnih ciljev tisočletja, saj je brez učinkovitega upravljanja (učinkovite gospodarske in socialne politike) skoraj nemogoče doseči tako široko zastavljenih ciljev.

V hipotezi, zastavljeni na začetku, predvidevam, da bodo MDG prej uresničeni v tisti državi podsaharske Afrike, ki ima izdelane strategije razvoja, zato bom predstavila še strateške dokumente za zmanjševanje revščine, saj ti predstavljajo most med razvojnimi strategijami države in MDG. V zadnjem času se namreč vse bolj uveljavlja načelo, da

morajo države pri oblikovanju strateških dokumentov za zmanjševanje revščine upoštevati tudi MDG in v ustreznem merilu zagotoviti izvajanje teh.

Glede na kompleksnost in obširnost problemov, ki jih zajamejo MDG, sem se v diplomski nalogi osredotočila na cilje in naloge, povezane z zdravstvenim stanjem ljudi, konkretno na četrty, peti in šesti MDG. S tem sem se skušala izogniti nepregledni množici kazalnikov in tako jasneje določila obseg raziskovanja. V zadnjem podpoglavju bom na podlagi poročila WHO⁶ predstavila izzive, s katerimi se soočajo DVR pri izboljševanju zdravstvenih sistemov ter predstavila dinamiko uresničevanja MDG na globalni in regionalni ravni, s poudarkom na podsaharski Afriki. Poročilo je nastalo leta 2005 kot pregled doseženega napredka pri doseganju z zdravjem povezanih MDG in kot opomin na probleme, ki čakajo na rešitev v prihodnjih desetih letih. Opozarja tudi na nekatere nepravilnosti in vzroke zaostanka pri uresničevanju MDG, zato mi je služilo kot ključni vir navajanja v diplomski nalogi.

3.1 Nastanek in opredelitev razvojnih ciljev tisočletja

V drugi polovici 20. stoletja je mednarodna skupnost skušala najti takšne razvojne cilje in naloge, ki bi učinkovito razreševali svetovne razvojne probleme, saj so ti že kazali svojo razdiralno moč, vendar pa so prišli v ospredje še po koncu hladne vojne. Pri tem je bilo še v 70. letih govora o pospeševanju gospodarske rasti, nato o pospeševanju razvoja in enakosti (*growth with equity*), v 80. letih je prišlo do preobrata in takrat se je ob razvojnih problemih govorilo o izpolnjevanju osnovnih človekovih potreb in pravic (*basic needs*), kasneje pa je ta pojem nadomestila retorika trajnostnega razvoja (*sustainable development*) (White in Black 2006: 1).

Revščina in z njo povezani razvojni problemi so sicer bili aktualni v mednarodni skupnosti že mnogo prej, vendar so šele v 90. letih pridobili veljavo in moč, saj so takrat razvojne agencije potrdile zavezanost k skupnemu prizadevanju za izkoreninjanje revščine. Prav tako je bila šele s koncem hladne vojne razvojna pomoč osvobojena političnih vezi,

⁶ World Health Organization – WHO (2005) “*Health and the Millennium Development Goals*”. Geneva: World Health Organization. Dostopno na http://www.who.int/hdp/publications/mdg_en.pdf (11. julij 2006).

kar je razvojnim agencijam dajalo večjo avtonomijo pri določanju razvojnih ciljev oz. razvojnih prioritet (White in Black 2006: 10–11).

Ob naraščajočem nezadovoljstvu glede mednarodne delitve bogastva je mednarodna skupnost prišla do spoznanja, da so nerazvite države potrebne takojšnje pomoči pri zmanjševanju revščine, lakote in bolezni ter ostalih razvojnih problemov, ki jim same niso bile kos. Zadnje desetletje 20. stoletja je bilo zaznamovano s številnimi konferencami in vrhunskimi srečanji, na katerih so se voditelji držav in visoki predstavniki mednarodnih organizacij pogovarjali o razvojnih problemih DVR, vstop v drugo tisočletje pa je vsekakor pomenil vrhunec. Leto 2000 ni (bilo) pomembno zgolj zaradi časovne prelomnice, temveč tudi zaradi svetovne obljube, h kateri se je zavezala večina voditeljev držav na svetu (UN Millennium Project 2005: 2–4).

3.1.1 Mednarodne razvojne naloge

Mednarodne razvojne naloge (IDT – *International Development Targets*), predhodnice MDG, so nastale ob zaključku 43. visokega srečanja DAC (*Development Assistance Committee* – Odbor za razvojno pomoč) OECD, 6. in 7. maja 1996 v Parizu, ko so bile opredeljene v dokumentu z naslovom *Shaping the 21st Century*.⁷ Vendar pa je sam proces nastanka trajal mnogo dlje, saj je bil povezan s številnimi konferencami, kjer so se srečevali visoki predstavniki držav in se dogovarjali o prihodnosti in razvoju sveta. Tako je novembra 1995 Generalna skupščina OZN razglasila obdobje 1997–2006 za desetletje izkoreninjenja svetovne revščine; na svetovnem vrhu o socialnem razvoju v Kopenhagenu istega leta (*World Summit for Social Development*) pa so članice OZN sprejele Deklaracijo socialnega razvoja⁸ (*Copenhagen Declaration on Social Development*) in Akcijski program (*Programme of Action of the World Summit*) ter se s tem zavezale enotnemu in globalnemu

⁷ *Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation*, sprejet na 43. visokem srečanju DAC/OECD, 6. in 7. maja 1996. Dostopno na <http://www.oecd.org/dataoecd/23/35/2508761.pdf> (7. maj 2007).

⁸ *Copenhagen Declaration on Social Development and Programme of Action of the World Summit for Social Development*, sprejeta ob svetovnem vrhu o socialnem razvoju v Kopenhagenu, 12. marca 1995 in potrjena z resolucijo Generalne skupščine 50/161, 1. marca 1996. Dostopno na <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N96/769/39/pdf/N9676939.pdf?OpenElement> (7. maj 2007).

pristopu k svetovni revščini. Ti naporu so rezultat prizadevanj za enakomerni razvoj, izraženih že na konferenci OZN za okolje in razvoj v Rio de Janeiru (*United Nations Conference on Environment and Development*) leta 1992, na konferenci OZN o prebivalstvu in razvoju v Kairu (*United Nations International Conference on Population and Development*) leta 1994 ter na četrti svetovni konferenci žensk v Pekingu (*Fourth World Conference on Women*) leta 1995 (White in Black 2006: 3–6).

Sedem IDT je bilo razdeljenih na tri tematske sklope: gospodarsko blaginjo, družbeni razvoj ter okoljsko vzdrževanje in ohranjanje, vsebujejo pa večdimenzionalen koncept revščine. Gre za merljive naloge, s katerimi so mednarodne razvojne agencije in države donatorke skušale nadzorovati napredek pri razvoju. Čeprav so IDT pridobile naklonjenost širše skupnosti predvsem v Veliki Britaniji, so bile deležne tudi nekaterih kritik, saj naj bi jih ustvarile razvite države za DVR brez soglasja slednjih. Leta 2000 so IDT nadomestili MDG, so pa prve dale osnove za nadaljnji razvoj in so v primerjavi z vsemi ostalimi razvojnimi vizijami doživele nedvomno največji uspeh in slavo v mednarodni skupnosti (ibid.).

3.1.2 Razvojni cilji tisočletja

Osem MDG,⁹ sprejetih s strani 147 voditeljev držav članic OZN in potrjenih v Deklaraciji tisočletja¹⁰ na vrhunskem srečanju OZN septembra 2000, je pomenilo priznanje, da svet ostaja, tudi 60 let po drugi svetovni vojni, daleč od pričakovanega ideala miru in blaginje. Nastanek MDG ni samo posledica naraščajočih kritik in nezadovoljstva zaradi vsiljenih IDT s strani razvitih držav, temveč je tudi rezultat srečanj, deklaracij ter regionalnih, nacionalnih in mednarodnih pobud o zagotavljanju enakopravnega razvoja za vse (ECA 2005: 3). MDG temeljijo na predhodnih določilih IDT, natančneje pa so bili določeni šele s poročilom generalnega sekretarja OZN z naslovom *Road Map towards the*

⁹ Zaradi večje preglednosti osrednjega besedila diplomskega dela so MDG podrobneje prikazani v tabeli Priloge A.

¹⁰ *United Nations Millennium Declaration*, sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 55/2, 8. septembra 2000. Dostopna na <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> (7. maj 2007).

Implementation of the United Nations Millennium Declaration,¹¹ ko so bili jasneje določene razvojne naloge in kazalniki, s katerimi je mogoče MDG meriti (White in Black 2006: 6).

Z Deklaracijo tisočletja so se voditelji tako bogatih, razvitih kot tudi revnih in nerazvitih držav zavezali k sodelovanju, z namenom zmanjšati revščino, izboljšati zdravje ljudi in pospeševati mir, človekove pravice, enakopravnost med spoloma ter okoljsko trajnost. Sodelovanje med bogatimi in revnimi državami je bilo potrjeno na Krogu trgovinskih pogajanj v Dohi (*Doha Round on International Trade*) novembra 2001 in zapečateno marca 2002 na Mednarodni konferenci o financiranju za razvoj v Monterreyu (*International Conference on Financing for Development in Monterrey*), ko je nastal temeljni okvir svetovnega sodelovanja med državami, tj. Soglasje o financiranju za razvoj iz Monterreya.¹² Pri tem ni šlo zgolj za enostransko zavezo, saj so se voditelji revnejših držav zavezali k pospeševanju ustreznih politik, dobrega vladanja in pravičnega sodstva, bogate države pa k povečani pomoči in podpori pri trgovini. Tudi na Svetovnem vrhu o trajnostnem razvoju v Johannesburgu (*World Summit on Sustainable Development*) istega leta so voditelji podkrepili napore pri uresničevanju MDG in jih označili kot časovno omejene razvojne cilje (UN Millennium Project 2005: 2–4).

MDG so torej časovno omejeni in problemsko določeni cilji, ki se nanašajo na odpravljanje revščine v več dimenzijah, tj. dohodkovne revščine, bolezni, lakote in primerne bivališča, ob pospeševanju enakosti med spoloma, izobraževanja in okoljske trajnosti. Nanašajo se na zagotavljanje osnovnih človekovih pravic, zapisanih že v Splošni deklaraciji človekovih pravic¹³ – pravice do zdravja, izobrazbe, bivališča in varnosti (UN Millennium Project 2005: 1).

¹¹ Kofi Annan (2001): *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration: Report of the Secretary General*, objavljeno na 56. zasedanju Generalne skupščine, 6. septembra 2001. Dostopno na <http://www.un.org/documents/ga/docs/56/a56326.pdf> (7. maj 2007).

¹² *Monterrey Consensus of the International Conference on Financing Development*, sprejet ob zaključku Mednarodne konference o financiranju za razvoj v Monterreyu, 22. marca 2002 ter razglašen z resolucijo Generalne skupščine 56/210 B, 1. avgusta 2002. Dostopno na <http://www.un.org/esa/ffd/> (7. maj 2007).

¹³ *Splošna deklaracija človekovih pravic*, sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 217 A (III), 10. decembra 1948. Dostopna na <http://www.varuh-rs.si/index.php?id=102> (7. maj 2007).

3.1.3 Merjenje napredka pri uresničevanju razvojnih ciljev tisočletja

IDT in kasneje MDG so pridobili veljavo predvsem zaradi konsenza glede ključnih kazalnikov za nadzorovanje zmanjševanja svetovne revščine, ki so ga sprejele razvite države in DVR ter mnoge razvojne agencije. IDT so bile sprva deležne nekaterih kritik, saj niso zajele določenih elementov revščine, kot je npr. dostop do hrane in zavetišča, kar pa so kasneje dodali k MDG. Toda tudi slednji so naleteli na kritiko, predvsem glede merljivosti kazalnikov. Razvojni cilji namreč v večji meri poudarjajo kakovostne vidike razvoja, kot je npr. politično vodenje, zato so tudi kazalniki osredotočeni na nemerljive aspekte razvoja. Določena kritika gre tudi na račun uravnoteženosti MDG oz. nalog, saj jih je večina časovno omejenih z letom 2015, ena z letom 2020 in druga z letom 2005, nekatere naloge pa časovno sploh niso opredeljene (White 2006a: 50–52).

Nadzor nad uresničevanjem in doseganjem MDG so prevzele različne specializirane razvojne agencije in programi OZN (WHO, WB, IMF, Ekonomska komisija za Afriko) ter ostale mednarodne organizacije in njihovi odbori (DAC/OECD itd.). Nadzor se izvaja tako na globalni (regijski) kot lokalni (državni) ravni. Uresničevanje enega izmed MDG na globalni ravni ne pomeni nujno uresničevanje tega MDG v vseh državah. Pri nadzoru napredka pri doseganju MDG se pogostokrat uporabljajo zgolj ocene, kar lahko daje občutek splošnega napredka, a je v mnogih primerih zavajajoče. To je namreč zgolj ocena realne slike in lahko vodi v napačne zaključke, ne odražajoč realnega stanja. Izračunavanje napredka pri doseganju MDG bi torej moralo preseči ocene in temeljiti predvsem na zajemanju podatkov dejanskega stanja, tako na globalni kot tudi lokalni ravni (Vandemoortele 2006: 125).

Za zanesljivo merjenje napredka pri doseganju MDG je potrebno zagotoviti ustreznost, ažurnost in točnost podatkov, kar pa je zaradi različnih metod pridobivanja in različnih virov podatkov praktično nemogoče. Globalni trendi so tako skoraj vedno zgolj ocene, ne odražajo pa dejanske vrednosti oz. stanja (ibid.). Pri zbiranju podatkov je moteče tudi to, da se s tem ukvarjajo mnoge razvojne agencije, ki delujejo neuskkljeno in tako prihaja do poplave podatkov, ki se skoraj vedno razlikujejo. Kvaliteta podatkov je odvisna od merljivosti posameznega kazalnika, natančnosti definicije in od tega v kolikih državah so ti dostopni. Težavo predstavljata tudi pogostnost in pravočasnost pridobljenih podatkov. Podatki o dohodkovni revščini, ki so ponavadi letno pridobljeni z anketno metodo, so

namreč v DVR pridobljeni le na vsake tri do štiri leta in niso ažurni, medtem ko so podatki o zdravstvenem stanju izvedeni na premajhnem vzorcu, da bi lahko govorili o statistični zanesljivosti teh (White 2006a: 52–53).

Poročanje in sistematičen nadzor mednarodnih razvojnih agencij s strani države igrata pomembno vlogo pri zasledovanju napredka. Priprava nacionalnih poročil napredka pri doseganju MDG (*MDG Report*) pomeni priložnost za državo, da oceni že narejen napredek in identificira razvojne zaostanke ter ustvari pogoje za izboljšanje političnega okolja (Alarcon 2003: 42–43).

Ob vsem tem nadzoru ni nekega enoznačnega pojasnila, zakaj prihaja ali ne prihaja do napredka pri uresničevanju MDG, čeprav lahko naštejemo vsaj štiri najpogostejše vzroke, ki zavirajo njihovo doseganje. V nekaterih državah je vzrok moč iskati v slabih politikah, zaznamovanih s korupcijo, neustreznimi gospodarskimi odločitvami oz. ukrepi ali nespoštovanjem človekovih pravic. Drugod je problem predvsem v začaranem krogu revščine, ki državam zaradi slabo razvitega gospodarstva onemogoča vlaganje v obnovo in razvoj. Spet v tretjih državah je napredek viden le v določenih bolj razvitih predelih države, nekatera področja pa ostajajo nerazvita – tam je govora o »žepih« revščine. Tudi če v državi obstajajo učinkovite gospodarske in socialne politike, pa lahko zanemarjanje določene politične teme vodi v družbene nemire in nezadovoljstvo državljanov. Najhuje je v državah, kjer se ti elementi prepletajo oz. so združeni, kar dodatno otežuje rešitev razvojnega problema (UN Millennium Project 2005: 29).

Vandemoortele (2006: 133) navaja različne načine, kako doseči globalno ali nacionalno zastavljene MDG. Na eni strani se ti lahko dosežejo z izboljševanjem pogojev življenja premožnejšemu sloju prebivalstva – t.i. pristop od zgoraj navzdol (*»top-down approach«*). Na drugi strani pa to lahko države dosežejo s pristopom od spodaj navzgor (*»bottom-up approach«*). Seveda so možne tudi druge kombinacije, vendar pa se v večini držav uporablja pristop od zgoraj navzdol, zato najrevnejši sloji pogostokrat niso udeleženi v procesu razvoja države.

3.2 Dobro upravljanje kot pogoj doseganja razvojnih ciljev tisočletja

Izraz dobro upravljanje (*good governance*) se je pojavil v razpravah o razvojni pomoči v letih 1989/1990 in se kmalu zasedal v literaturi mednarodnih razvojnih agencij, vladnih in nevladnih poročilih ter različnih medijih. Nanašal se je predvsem na način upravljanja

mest, regij ali držav oz. na način, kakršno bi to upravljanje naj bilo. Kot miselni koncept (torej ne sam po sebi) se je pojem kasneje nanašal predvsem na DVR in ne na države Severne Amerike in Evrope, kjer je izvorno nastal. Glede na dodan pridevnik »dober« je pojem upravljanja pridobil konotacijo glede načina upravljanja v določeni državi in porajal vrednotna vprašanja o pravih postopkih, transparentnosti in procesu odločanja (Doornbos 2003: 3–4). Izraz se več kot desetletje uporablja kot vodilno načelo, s katerim so države donatorke in nekatere razvojne agencije (WB, IMF) od držav prejemnic pogojevale količino razvojne pomoči. Gre za zahtevo po prilagoditvi administrativnih procesov pri upravljanju z razvojno pomočjo v DVR in uvedbo učinkovitih nadzornih instrumentov (Doornbos 2003: 3).

Dobro upravljanje postavlja določene zahteve do političnih voditeljev (*policymakers*) pri izvajanju oblasti, obsegajoč naslednje elemente:

- učinkovito državo, tj. državo s političnim in pravnim okoljem, ki omogoča gospodarsko rast in enakomerno razdelitev virov,
- dostojno zastopnost civilne družbe v procesu ustvarjanja politik, ter
- neodvisen in učinkovit zasebni sektor (Hamdok 2001: 2).

Ob koncu 80. let prejšnjega stoletja je razprava o dobrem upravljanju zavzela osrednje mesto politične agende v Afriki, za kar Hamdok (2001: 4–5) navaja tri vzroke, pri čemer prvi izhaja iz Afrike, druga dva pa iz mednarodnega okolja. Prvič, upi, ki so si jih obetale mnoge afriške države ob neodvisnosti v 60. letih, se niso uresničili, obljubljen razvoj pa je zastal ali celo nazadoval. Avtoritarni režimi in nenehni državni udari s svojevrstnimi diktatorji na čelu, so le še poglobljali gospodarski zaton, razcepljenost državljanov in posledično tudi državljanske vojne. Obstajalo je splošno prepričanje, da je šibkost političnega upravljanja vzrok neuspešne gospodarske reforme in nezadovoljivega razvoja. Drugič, so ob koncu hladne vojne, s propadom totalitarnih režimov sovjetskega bloka, zagovornice tega režima v Afriki izgubile močno moralno in materialno podporo. In tretjič, ob zmanjšanem geopolitičnem tekmovanju med vzhodom in zahodom, je bilo vse manj podpore bivših zaveznic, ki so prej razvojno pomoč dajale satelitskim državam v oboroževalne namene. Nove donatorke razvojne pomoči, predvsem zahodne države, so od afriških držav zahtevale izboljšanje upravljanja, tj. zmanjšanje korupcije in poglobljeno notranje-politično sodelovanje.

Pospeševanje idej dobrega upravljanja, ki je bilo osrednjega pomena ob razvojnih naporih afriških vlad pri uvedbi gospodarskih in političnih reform, je danes bistveno drugačnega pomena kot nekoč. Medtem ko sta prva in druga generacija gospodarskih reform poudarjale predvsem stabilizacijo gospodarstva in strukturne prilagoditve z večjo vlogo trga pri uravnavanju gospodarstva, pa je danes pomembno priznanje, da imajo veliko vlogo pri tem tudi državne institucije. Le redke afriške države so ob uvedbi reform doživele ponovni vzpon gospodarstva. Tudi tam, kjer je bil napredek že viden, je vse upe na trajno stabilnost spodkopala šibkost državnih institucij, prisotnost državljanske vojne in odsotnost političnega pluralizma (Hamdok 2001: 1).

Afriške države so se različno odzvale na notranje in zunanje zahteve po spremembi upravljanja, zato Hamdok (2001: 5–6) na podlagi tega kriterija države razvršča v tri skupine. V prvo in manjšo skupino spadajo države, ki so hitro uvedle tržno liberalizacijo, vendar se morajo lotiti še globljih reform, vključujoč javni sektor in politične reforme. Od začetka 90. let so mnoge že uvedle večstrankarske volitve, pluralistične ustave in legalizacijo zastopnosti opozicijskih strank, kar je postopoma pripeljalo do napredka in razvoja. V drugo skupino spadajo države, ki so uvedle nekatere gospodarske reforme, ne pa tudi političnih, zato niso dosegle vidnejšega napredka. Tretjo skupino predstavljajo države, ki političnih in gospodarskih reform niso uvedle, saj se ukvarjajo s problemi državljanske vojne in propadajočim državnim gospodarstvom. Te države so dosegle zelo malo ali nič napredka.

Zunanje in notranje zahteve po izboljšanju upravljanja so politične voditelje afriških držav postavile pred določene izzive, saj so prisiljeni razmisliti o spremenjeni vlogi države in njenih podpornih strukturah. Potrebno je vzpostaviti zanesljive državne institucije, ki ne ovirajo gospodarskega napredka ter izvesti reformo javnega sektorja, s poudarkom na kvaliteti in ne kvantiteti javnih uslužbencev. Za uspešen razvoj je potrebno zagotoviti primerno finančno vodenje države, s sodobnim finančnim sistemom in nadzornimi organi za preprečevanje korupcije. Za spodbujanje gospodarskega napredka je nujen neodvisni, učinkovit zasebni sektor, seveda ob ustrezni davčni politiki. Najpomembnejša je uvedba svobodnega političnega prostora, vključujoč večstrankarski volilni sistem in svobodne medije, ki vplivajo na povečano politično odgovornost ter spodbujajo sodelovanje v političnem procesu.

Kljub temu pa realnost ni izpolnila pričakovanj, ki so bila spodbujena v 90. letih, ko se je proces reform pričel. Mnoge politične elite se kljub pogojevanemu elementu koncepta dobrega upravljanja, tj. zagotovitvi denarne pomoči, do danes niso spremenile.

3.2.1 *Strateški dokument za zmanjševanje revščine*

Strateški dokument za zmanjševanje revščine (PRSP – *Poverty Reduction Strategy Papers*), ki ga pripravljajo države z nizkimi dohodki, članice IMF in WB, na vsake tri leta in na osnovi tega pridobivajo denarno pomoč za odpravo dolga in pospeševanje razvoja, je idejno nastal leta 1996 ob dogovoru o pomoči odplačevanja dolgov za močno zadolžene revne države (HIPCs – *heavily indebted poor countries*),¹⁴ in bil vpeljan leta 1999. Namen tega poročanja je bilo vzpodbuditi DVR k oblikovanju razvojnih strategij, usmerjenih v zmanjševanje revščine ter zagotavljanje učinkovite porabe denarne pomoči (Maxwell 2006: 29).

Leto kasneje je mednarodna skupnost sprejela Deklaracijo tisočletja in MDG, s katerimi je skušala meriti napredek pri razvoju. Čeprav so bili MDG zastavljeni globalno, pa morajo biti izvedeni s pomočjo državno vodenih strategij, da se doseže cilje na nacionalni ravni. Povezavo med državnimi razvojnimi strategijami in uresničevanjem MDG predstavljajo prav PRSP, ki pomenijo operacionalizacijo obveznosti in odgovornosti – tako za DVR kot za njihove razvojne partnerke – okvirno določenih leta 2002 na Mednarodni konferenci o financiranju za razvoj v Monterreyu (IMF in WB 2004: 11).

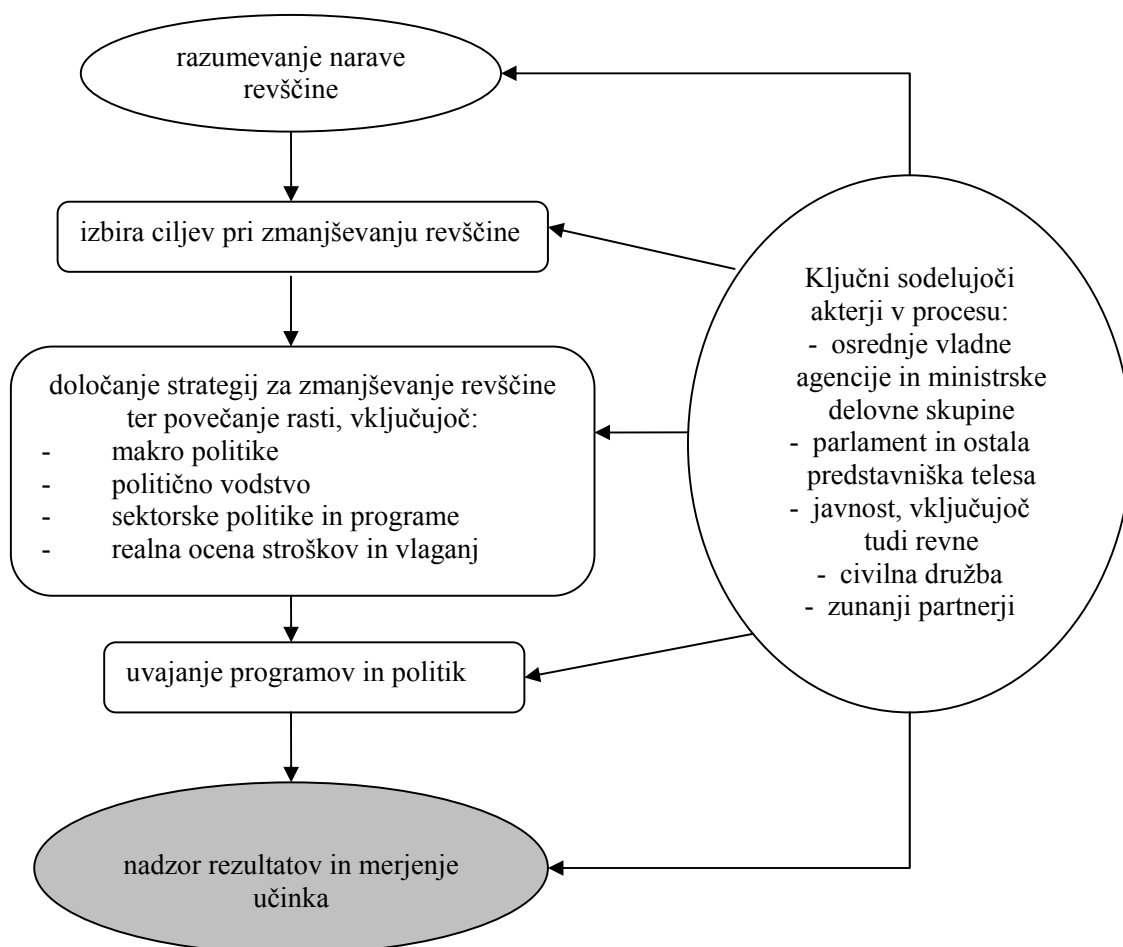
Za pridobivanje delne pomoči mora država imeti pripravljen vsaj začasni PRSP (I-PRSP – *Interim Poverty Reduction Strategy Papers*), celotno pomoč pa pridobi ob pripravi končnega PRSP. Leta 2005 je bilo v proces priprave in oddajanja PRSP udeleženih 60 držav, od tega je 49 držav pripravilo končne PRSP, 11 pa jih je uvedlo I-PRSP (International Monetary Fund 2005). Države v procesu nastajanja končnih PRSP pripravljajo Letna poročila o napredku (*Annual Progress Report*), ki pa nastajajo v začetni

¹⁴ Pobudo HIPC sta vpeljali IMF in WB, kot celovit pristop k zmanjševanju oz. odpravljanju dolga močno zadolženih držav, predvsem z denarno pomočjo ter z izvajanjem reformnih programov. Temelji na usklajenem delovanju mednarodne finančne skupnosti z multilateralnimi organizacijami in vladami držav (International Monetary Fund 2007).

fazi šele po osemnajstih mesecih, kasneje se obdobja med oddajanjem posameznih poročil krajšajo. Do leta 2004 so le tri države oddale vsa tri Letna poročila o napredku, in sicer: Burkina Faso, Tanzanija in Uganda (IMF in WB 2004: 12).

Ni nekega jasnega navodila, kako učinkovito izdelati razvojne strategije, saj je to odvisno od posamezne države, oblike in tipa vlade ter samih razmer v njej. Klugmanova (2002: 5) poda nekaj možnih korakov pri oblikovanju in uvajanju strategij, kar je prikazano v sliki 3.2.1.1.

Slika 3.2.1.1: Prikaz razvoja strategij zmanjševanja revščine v DVR



Vir: prirejeno po Klugman (2002: 5).

Proces poteka v več fazah, čeprav se lahko posamezni elementi (predvsem udeležba ključnih akterjev) pojavljajo v vseh fazah. Na PRSP vpliva predvsem širše sodelovanje civilne družbe, skupin prebivalstva in zunanjih partnerjev glede ključnih politik in prioritet

pri odpravljanju razvojnih zaostankov. Oblika in izvedba procesa sodelovanja pa je seveda odvisna od političnega vodstva oz. vladnih politik (Klugman 2002: 6).

Načela programa PRSP predvidevajo, da bodo te strategije:

- državno vodene, temelječe na procesu širšega družbenega sodelovanja ob oblikovanju in izvajanju teh strategij ter usmerjene v pozitivne rezultate, predvsem v korist revnim;
- vsesplošno obsegajoče, priznavajoč večdimenzionalno naravo vzrokov revščine in načine spopadanja z njo;
- podkrepljene z medsebojnim sodelovanjem, zagotavljajoč osnovo za učinkovito in koordinirano udeležbo razvojnih (bilateralnih, multilateralnih in nevladnih) partnerjev pri podpori razvojnih strategij;
- temelječe na srednje in dolgoročnih pričakovanjih glede zmanjšanja revščine, zavedajoč se, da se to ne bo zgodilo preko noči (Klugman 2002: 3).

3.3 Razvojni cilji tisočletja in zdravje

Ob sprejetju Deklaracije tisočletja so voditelji držav prišli do sklepa, da zdravje ni samo pravica, temveč je pomembno merilo človeškega blagostanja in je ključnega pomena pri zagotavljanju razvoja. Pravica do zdravja je posebej poudarjena v 25. členu Splošne deklaracije človekovih pravic, ki govori o tem, da ima vsaka oseba in njeni družinski člani, pravico do takšne življenjske ravni, ki ji omogoča zdravje in blaginjo, vključno s hrano, obleko in stanovanjem, zdravniško oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami. Do posebne skrbi in pomoči sta še posebej upravičena mati in otrok, ne glede na to, ali se otrok rodi v zakonski ali izvenzakonski zvezi.¹⁵

Učinkoviti zdravstveni sistemi predstavljajo gonilno silo gospodarske rasti, izboljšanje zdravstvenih sistemov povzroča pozitivne gospodarske učinke, zdravo prebivalstvo in izkoreninjenje bolezni v neki državi pa privablja neposredna vlaganja in spodbuja razvoj turizma. Zato je ena izmed ključnih nalog in prioritet MDG izboljšanje zdravstvenih sistemov DVR. To je možno doseči predvsem z učinkovitimi gospodarskimi politikami in vladnimi reformami, ki imajo pozitivne posledice na delovanje zdravstvenega sistema in zagotavljanje zdravstvenih storitev. Vprašanja delovanja in financiranja zdravstvenih

¹⁵ 25. člen Splošne deklaracije človekovih pravic.

sistemov so le redko zajeta v načrtovanje in uvajanje programov zmanjševanja revščine, kar povzroča nadaljnje zastoje pri razvoju zdravstva. Za izboljšanje stanja zdravstvenih sistemov v DVR bi bila potrebna reforma javne uprave, ki bi izboljšala položaj zdravstvenih delavcev, država pa bi morala letno zagotoviti dovolj sredstev v proračunu za nemoteno delovanje zdravstvenega sistema. Glede na neenako razvitost posameznih regij v državi bi bila potrebna decentralizacija zdravstva, kar bi pomenilo večjo dovzetnost za lokalne potrebe. Vendar pa po drugi strani decentralizacija povzroča izziv pri zagotavljanju učinkovite porazdelitve finančne pomoči, namenjene za zdravstvene potrebe. Pri reformi zdravstvenega sistema je pomemben proces udeležbe širše civilne družbe, tudi revnejših slojev in njihovih predstavnikov, ob postavljanju nacionalne razvojne agende (WHO 2005: 46).

Izzivi, s katerimi se soočajo tako revnejše države pri doseganju z zdravjem povezanih MDG, kot tudi razvite države, ki jim pri tem pomagajo, so raznoliki. Eden izmed izzivov je uvajanje enakopravnejših in učinkovitejših zdravstvenih sistemov, brez katerih revne države niso sposobne same voditi programov nadzora in preprečevanja bolezni. Ti programi so ključnega pomena pri doseganju nekaterih MDG, kot so zmanjševanje umrljivosti otrok, izboljševanje zdravstvenega stanja mater, ter preprečevanje zmanjševanja števila novo okuženih z virusom HIV/AIDS, malarijo, tuberkulozo in ostalimi nalezljivimi boleznimi. Prednostna usmeritev razvojnih politik v DVR bi moralo biti odpravljanje vzrokov slabega zdravja, kot so: nizka stopnja izobrazbe, revščina, neenakopravnost med spoloma in okoljska degradiranost. Zaradi specifičnih, raznolikih in razvijajočih se potreb DVR, je potrebno razviti strategije razvoja zdravstva, kar pomeni oblikovanje stroškovno razpoložljivih in učinkovitih strategij, ki bi najboljše razreševale razvojne probleme teh držav. Potrebna je tudi mobilizacija finančnih sredstev ter pravilna razdelitev teh, saj DVR tega pogosto ne zmorejo same (WHO 2005: 8).

Za lažji nadzor napredka pri doseganju MDG, povezanih z zdravjem, je potrebno posebno pozornost nameniti izboljšanju sistema pridobivanja podatkov o zdravstvenem stanju v državi. Ta sistem je potrebno izboljšati tako na nacionalni ravni, za kar so odgovorne vlade držav, kot na regionalni in globalni ravni, za kar so odgovorne mednarodne organizacije, ki se ukvarjajo s temi problemi (ibid.).

Naloge povezane z zdravjem ljudi, so v največji meri zajete v treh od osmih MDG, zato jih v nadaljevanju podrobneje obravnavam, skupaj s kazalniki, s pomočjo katerih je mogoče meriti in nadzorovati napredek.

3.3.1 Četrty cilj: Zmanjšati umrljivost otrok

Četrty MDG (zmanjšanje umrljivosti otrok) vsebuje nalogo pet, ki nalaga v obdobju 1990–2015 dvotretjinsko zmanjšanje stopnje umrljivosti otrok, mlajših od pet let. Za merjenje napredka pri doseganju tega cilja uporabljajo tri kazalce, kakor je prikazano v tabeli 3.3.1.1 spodaj.

Tabela 3.3.1.1: Četrty MDG, s pripadajočo nalogo in kazalniki

MDG/NALOGE	KAZALNIKI
Četrty MDG: Zmanjšati umrljivost otrok	
Peta naloga: Od 1990 do 2015 zmanjšati za dve tretjini stopnjo umrljivosti otrok, mlajših od pet let.	Kazalnik 13: Stopnja umrljivosti otrok, mlajših od pet let (U5MR – <i>Under 5 Mortality Rate</i>) Kazalnik 14: Odstotek umrljivosti dojenčkov Kazalnik 15: Odstotek enoletnih otrok, cepljenih proti ošpicam

Vir: prirejeno po WHO (2005: 11).

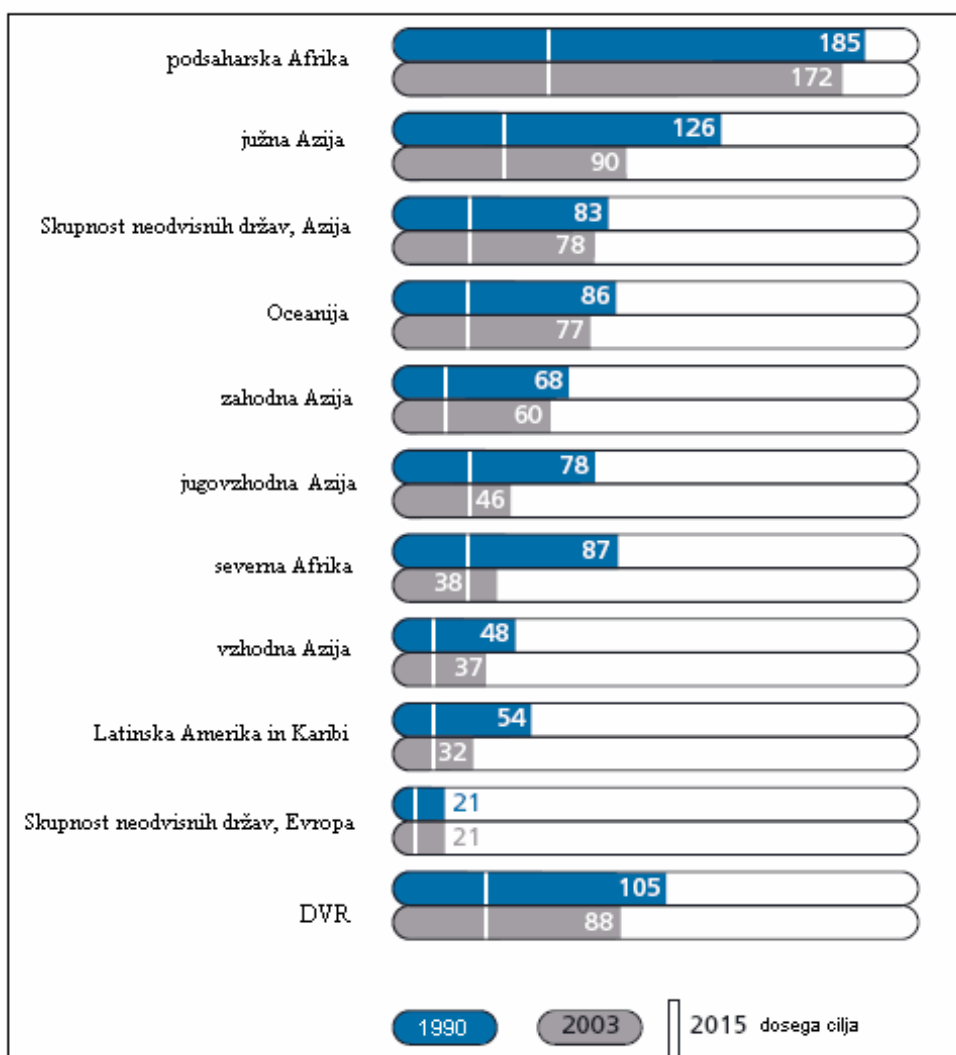
Leta 2000 je umrlo več kot deset milijonov otrok, mlajših od pet let. Med najpogostejše vzroke umrljivosti spadajo pljučnica, diareja, ošpice, malarija, HIV/AIDS in podhranjenost. Če se bodo trendi nadaljevali v enaki stopnji do leta 2015 bo prišlo do zmanjšanja U5MR le za eno četrtno, kar je daleč od zastavljenega cilja. Za doseg četrtega cilja bi bilo potrebno do leta 2015 zmanjševanje U5MR povečati za več kot petkrat (Vandemoortele 2006: 129).

Kazalnik 13: Stopnja umrljivosti otrok, mlajših od pet let

Med leti 1960 in 1990 je državam v razvoju že uspelo prepoloviti U5MR, do leta 2015 pa naj bi se ta stopnja še zmanjšala za dve tretjini. V 73 % primerov, smrtnost otrok, mlajših od pet let, povzroča šest najpogostejših vzrokov, to so: pljučnica, malarija, diareja, prezgodnji porod (nedonošenost), zastrupitev krvi pri novorojenčkih ter zadušitev ob rojstvu. Eden od petih smrtnih primerov pri otrocih, mlajših od pet let, se zgodi v prvem

tednu njihovega življenja, največkrat zaradi podhranjenosti, tako matere kot otroka, kar vodi v nizko porodno težo. K temu pripomorejo še slaba pred- in poporodna zdravstvena oskrba in pomanjkanje izkušenega zdravstvenega osebja ob porodu (WHO 2005: 16). Regionalne ocene glede U5MR se zelo razlikujejo in segajo od zelo nizke v razvitih državah do drastično visoke v podsaharski Afriki, kjer na vsakih 1000 živorojenih umre 172 otrok (graf 3.3.1.1).

Graf 3.3.1.1: Stopnja umrljivosti otrok, mlajših od pet let, na 1000 živorojenih otrok



Vir: WHO (2005: 16).

V obdobju 1990–2003 so nastale velike razlike med samimi regijami pri zmanjševanju U5MR. Največji napredek so dosegle severna Afrika, Latinska Amerika s Karibi in jugovzhodna Azija, medtem ko druge regije vidno zaostajajo. V državah podsaharske

Afrike, z visoko stopnjo okuženosti z virusom HIV/AIDS, lahko višjo U5MR pripišemo prenosu okužbe z matere na otroka (WHO 2005: 16).

Kljub uspehu, ki ga je doživela vzhodna Azija pri zmanjševanju stopnje umrljivosti, pa ostaja podsaharska Afrika še vedno daleč od dosege četrtega MDG. V Afriki letno umre dva milijona dojenčkov, isto število jih ne dočaka svojega petega rojstnega dne (White 2006: 209).

Za veliko večino držav se je napredek pri doseganju naloge pet zmanjšal tudi zaradi neučinkovitosti pri zmanjševanju podhranjenosti, diareje, pljučnice, malarije in ostalih nalezljivih bolezni. Če se bodo trendi zmanjševanja U5MR nadaljevali do leta 2015 z isto stopnjo kot so se v 90. letih prejšnjega stoletja, potem bo prišlo do zmanjšanja le za eno četrtno in ne dve tretjini, kot je bilo napovedano (WHO 2005:16).

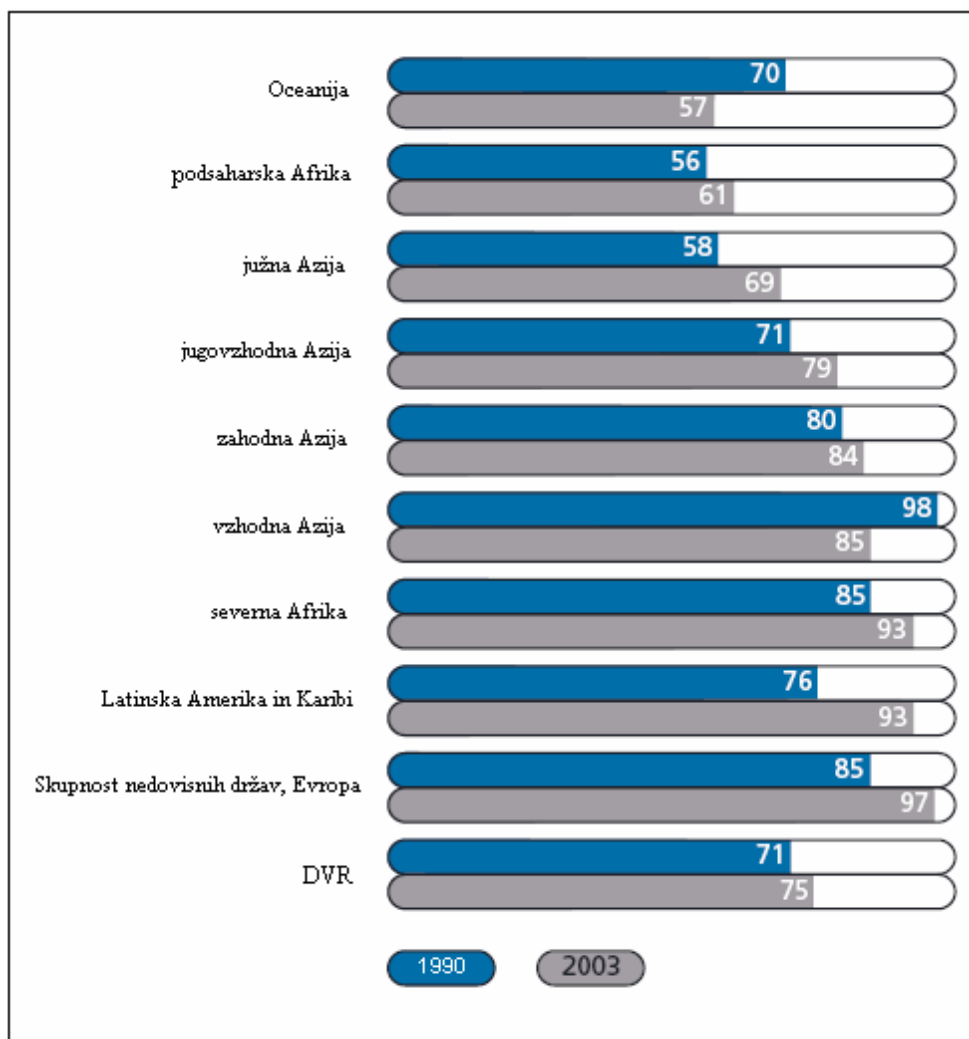
Kazalnik 15: Odstotek enoletnih otrok, cepljenih proti ošpicam

Kljub temu da v razvitem svetu že več kot 40 let uspešno uporabljajo varno, učinkovito in relativno poceni cepivo proti ošpicam, pa ta bolezen ostaja glavni vzrok umrljivosti otrok, saj je vzrok okrog 4 % vseh smrtnih primerov (WHO 2005: 17).

Na globalni ravni odstotek razširjenosti cepljenja proti ošpicam stagnira že od 90. let na 70 %, čeprav bi se za dosego cilja ta moral zvišati na 90 %. Ta odstotek je bil sicer dosežen v Latinski Ameriki in Karibih ter v vzhodni Aziji, a zato upadel s 60 % leta 1990 na 50 % v letu 2000 v podsaharski Afriki (Vandemoortele 2006: 129).

Stopnja razširjenosti cepljenja v letu 1990 in 2003 je prikazana v grafu 3.3.1.2, kjer je tudi tukaj razvidna razlika med posameznimi regijami, še posebej je viden zaostanek podsaharske Afrike.

Graf 3.3.1.2: Stopnja razširjenosti cepljenja proti ošpicam (v odstotkih)



Vir: WHO (2005: 17).

Če zajamemo DVR kot celoto, lahko vidimo, da se stopnja razširjenosti cepljenja proti ošpicam ni vidno zvišala, saj je bila ta 71 % leta 1990, leta 2003 pa 75 %. Pri tem je mogoče ugotoviti, da je na najnižji stopnji še vedno podsaharska Afrika, kjer je bila leta 1990 stopnja razširjenosti cepljenja proti ošpicam 56 %, leta 2003 pa zgolj 5 % višja (tj. 61 %). Razvite države, osrednja in vzhodna Evropa ter neodvisne države Commonwealtha, Latinska Amerika s Karibi in severna Afrika imajo v povprečju odstotek razširjenosti cepljenja proti ošpicam na relativno visoki ravni – 85 %. V južni Aziji je ta odstotek nekoliko nižji (okrog 80 %), vendar se povečuje. V vzhodno azijski regiji je prišlo do upada

iz 98 % leta 1990 na 85 % v letu 2003, predvsem zaradi spremembe v načinu merjenja stopnje razširjenosti cepljenja v Ljudski republiki Kitajski (WHO 2005: 17).

3.3.2 *Peti cilj: Izboljšati zdravstveno stanje mater*

Izboljšanje zdravja mater je glavni namen petega MDG, čigar naloga je v obdobju 1990–2015 zmanjšanje stopnje umrljivosti mater za tri četrtine. Pri tem se za merjenje napredka pri doseganju tega cilja uporabljata dva kazalnika, in sicer: stopnja umrljivosti mater pri porodu in odstotek porodov ob prisotnosti strokovnega zdravniškega osebja. V tabeli 3.3.2.1 je prikazan peti MDG, s pripadajočo nalogo in dvema kazalnikoma.

Tabela 3.3.2.1: Peti MDG, s pripadajočo nalogo in kazalniki

MDG/NALOGE	KAZALNIKI
Peti cilj: Izboljšati zdravstveno stanje mater	
Šesta naloga: Od 1990 do 2015 za tri četrtine zmanjšati stopnjo umrljivosti mater.	Kazalnik 16: Stopnja umrljivosti mater Kazalnik 17: Odstotek porodov ob prisotnosti strokovnega zdravniškega osebja

Vir: prirejeno WHO (2005: 11).

Kazalnik 16: Stopnja umrljivosti mater

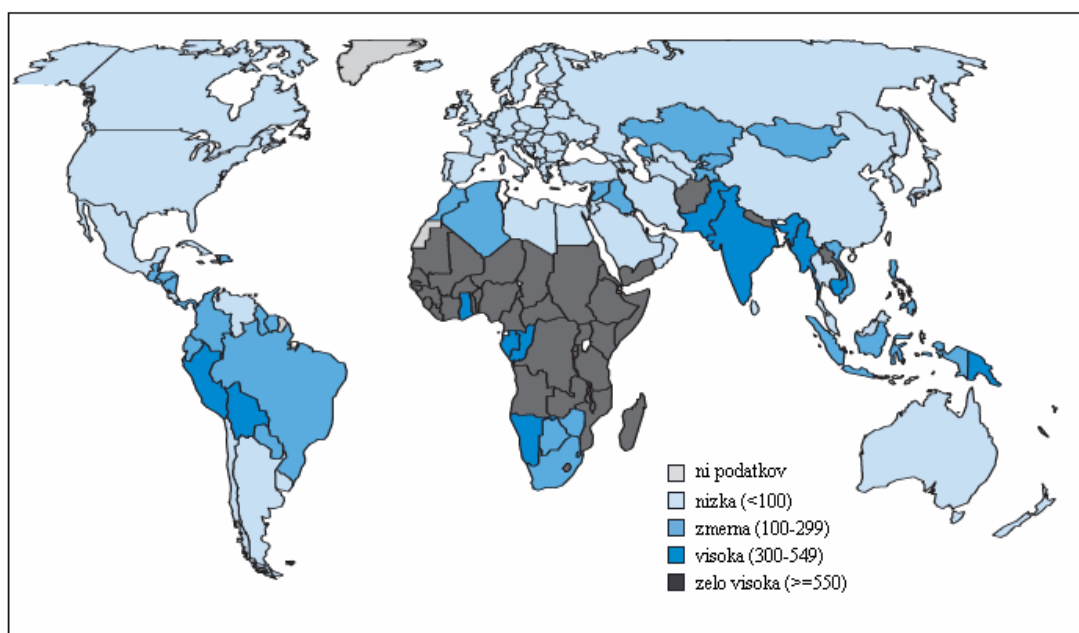
Zapleti pri porodu in porod sta najpogostejša vzroka smrti pri ženskah v rodni dobi v DVR. Leta 2000 je zaradi tega umrlo okrog pol milijona žensk in povzročilo še nekaj milijonov invalidnih in bolnih žensk. Več kot polovico smrtnih primerov pri porodu so našteali v podsaharski Afriki (251.000), okrog 48 % (oz. 253.000 smrtnih primerov) v Aziji, okrog 4 % (22.000) v Latinski Ameriki in Karibih manj kot 1 % pa v razvitih državah (WHO 2005: 18).

Da bi izboljšali zdravje mater, je potrebno zagotoviti univerzalen dostop do reproduktivne zdravstvene nege ter strokovno svetovanje pri načrtovanju družine. Še posebej je pomembno zadovoljiti potrebe 1,3 milijona mladih ljudi, ki šele vstopajo v rodno dobo. Trenutno je na svetu 200 milijonov žensk v rodni dobi, ki nima zagotovljenih učinkovitih in varnih kontracepcijskih sredstev, ki bi preprečevale tako nezaželeno nosečnost kot tudi prenosljive spolne bolezni (WHO 2005: 18).

Stopnjo umrljivosti mater merijo v obsegu tveganja v nosečnosti in ob porodu, ki na svetovni ravni znaša 400 smrtnih primerov na 100.000 porodov. Glede na razvitost najvišje mesto zopet zaseda Afrika (830), sledijo Azija (330), Oceanija (240), Latinska Amerika in Karibi (190) ter razvite države (20). Pri tem so na slabšem ženske/matere v DVR, saj je tam praviloma rodnost veliko višja in so te večkrat v življenju izpostavljene tveganju kot ženske/matere v razvitih državah z nižjo stopnjo rodnosti (WHO 2005: 18).

Stopnjo umrljivosti mater je težje zanesljivo meriti, saj v mnogih državah ne obstajajo evidence in ne medicinska potrdila o vzrokih smrti. Ena izmed alternativ je pridobivanje podatkov s pomočjo anketiranja oseb skupnega gospodinjstva, vendar so zajeti vzorci premalo reprezentativni, da bi lahko zanesljivo pokazali spremembe pri doseganju MDG v daljšem časovnem obdobju. Čeprav je v nekaterih državah prišlo do zmanjšanja stopnje umrljivosti mater, pa je ta še vedno zelo visoka v državah, kjer sta nosečnost in porod zelo tvegana. Na sliki 3.3.2.1 je po regijah prikazana stopnja umrljivosti mater na 100.000 porodov v letu 2000 (ibid.).

Slika 3.3.2.1: Stopnja umrljivosti mater ob porodu na 100.000 porodov, leta 2000



Vir: WHO (2005:19).

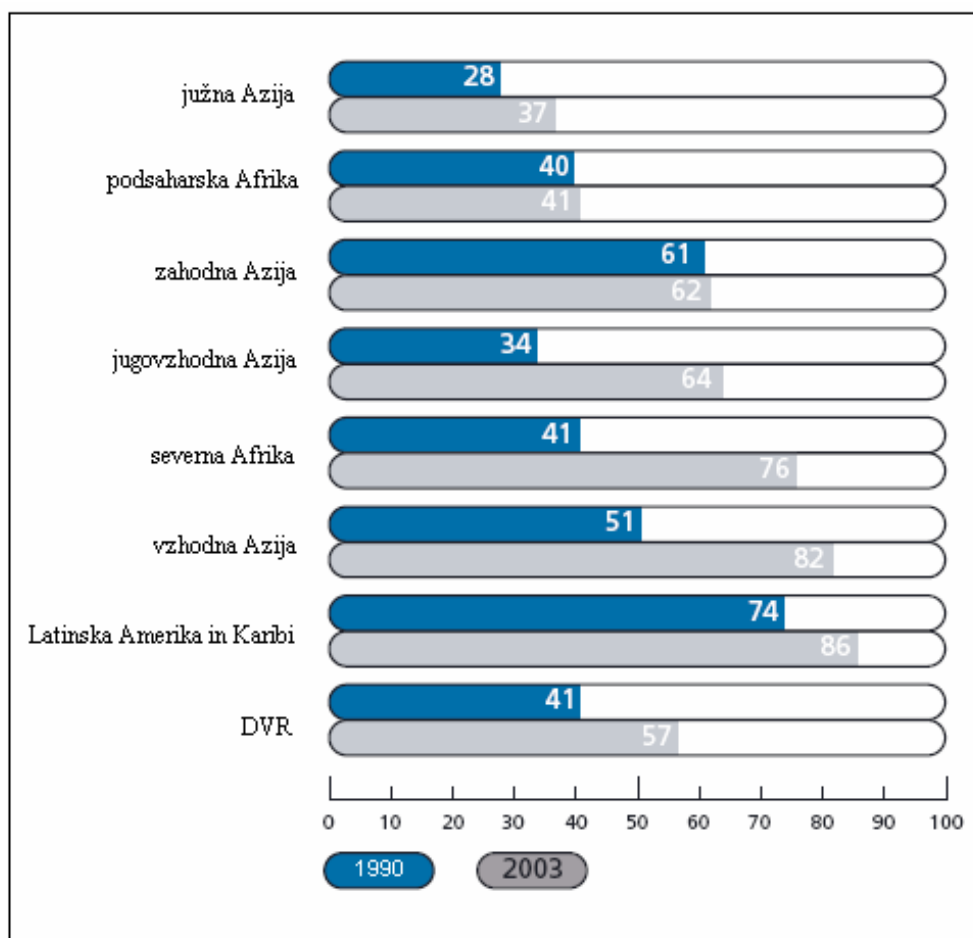
Kazalnik 17: Odstotek porodov ob prisotnosti strokovnega zdravniškega osebja

Strokovna zdravniška oskrba ob porodu je bistvenega pomena za zmanjšanje stopnje umrljivosti mater. Odstotek žensk/mater, ki rodijo ob prisotnosti strokovnega zdravniškega

osebja, tj. zdravnika, medicinske sestre in babice, je visoko povezan s stopnjo umrljivosti mater. V 90. letih 20. stoletja je bil narejen velik napredek v DVR, saj je odstotek porodov ob prisotnosti strokovnega zdravniškega osebja narasel z 41 % leta 1990 na 57 % leta 2003, vendar pa so tudi tukaj nastale velike razlike med regijami.

Kakor je mogoče razbrati iz grafa 3.3.2.1, je podsaharska Afrika izmed vseh regij dosegla najmanj napredka, saj se je kazalnik prisotnosti izkušenega osebja ob porodu skozi vse obdobje gibal okrog 40 %. Tudi v zahodni Aziji je bilo narejeno le malo napredka (zgolj za 2 %), čeprav je bil ta odstotek na splošno višji kot v podsaharski Afriki (okrog 60 %). V primerjavi s tema regijama, se je ta odstotek zelo povečal v severni Afriki ter jugovzhodni Aziji v letu 2003, kjer je od dveh tretjin do treh četrtin žensk ob porodu imelo ob sebi izkušeno zdravniško osebje. Še nižji kot v podsaharski Afriki pa je ta odstotek v južni Aziji, kjer ima le ena od treh žensk ob porodu zagotovljeno primerno zdravniško oskrbo. Največji napredek je v istem obdobju dosegla Latinska Amerika s Karibi, kjer je prišlo do 16 % povečanja v zdravniški oskrbi pri porodu, pa tudi na splošno ima ta regija najvišji delež pri tem kazalniku (WHO: 2005: 19).

Graf 3.3.2.1: Prisotnost izkušenega zdravniškega osebja ob porodu (v odstotkih)



Vir: WHO (2005:19).

3.3.3 Šesti cilj: Boj proti virusu HIV/AIDS, malariji in drugim boleznim

Šesti MDG sestavlja dve nalogi: naloga sedem se osredotoča na zmanjševanje in zaustavitev širjenja epidemije virusa HIV/AIDS, naloga osem pa na zaustavitev širjenja malarije in ostalih nalezljivih boleznim do leta 2015. Šesti cilj s pripadajočima nalogama in kazalniki je prikazan v tabeli 3.3.3.1.

Tabela 3.3.3.1: Šesti MDG, s pripadajočima nalogama in kazalniki

MDG/NALOGE	KAZALNIKI
Šesti cilj: Boj proti virusu HIV/AIDS, malariji in drugim boleznim	
Sedma naloga: Do leta 2015 zaustaviti in zasukati širjenje HIV/AIDS.	Kazalnik 18: Razširjenost okužbe z virusom HIV med nosečimi ženskami, starimi od 15–24 let Kazalnik 19: Odstotek uporabe kondoma kot kontracepcijskega sredstva Kazalnik 20: Delež osirotelih otrok prisotnih pri pouku v primerjavi z deležem prisotnosti ostalih otrok, starih od 10–14 let
Osma naloga: Do leta 2015 zaustaviti in zasukati pojav malarije in drugih hujših boleznim.	Kazalnik 21: Razširjenost okužbe in stopnja umrljivosti, povezane z malarijo Kazalnik 22: Odstotek prebivalstva, ki na tveganih območjih uporablja učinkovito zaščito proti malariji Kazalnik 23: Razširjenost okužbe in stopnja umrljivosti, povezane s tuberkulozo Kazalnik 24: Odstotek primerov okužbe s tuberkulozo, ki jih je odkrila in zdravila DOTS

Vir: prirejeno WHO (2005: 11).

Kazalnik 18: Razširjenost okužbe z virusom HIV med nosečimi ženskami, starimi od 15–24 let

Virus HIV/AIDS je glavni vzrok prezgodnje smrti v podsaharski Afriki, četrti vodilni na svetu. Ob koncu leta 2003 je na svetu živel 39 milijonov okuženih z virusom HIV, leta 2004 je za okužbo z AIDS umrlo 3,1 milijona ljudi, vključno z več kot pol milijona otroških smrti. V podsaharski Afriki je okuženost z virusom HIV dosegla med odraslimi od 7,4 % pa do 20 % v skrajnih primerih, vendar pa se je v večini držav stopnja okuženosti ustalila.

Druga najbolj ogrožena je latinsko-ameriška regija, kjer se odstotek okuženosti z virusom HIV pri odraslih giblje okrog 2,3 %. V preteklih letih je porast širitve epidemije z okužbo virusa HIV bilo mogoče opaziti predvsem v vzhodni Evropi in v nekaterih državah Azije. Globalno je nekaj manj kot polovica vseh okuženih z virusom HIV ženskega spola, vendar se ta stopnja z naraščanjem stopnje okuženosti strahovito povečuje. Pri tem so še posebej ranljiva dekleta in ženske v rodni dobi, predvsem zaradi tipičnega pomanjkanja moči v odnosu do moških. V podsaharski Afriki je od vseh okuženih 57 % žensk, zato bi bilo tam potrebno razširiti službe, ki zagotavljajo ustrezno zaščito pred virusom HIV za ženske, ter zagotoviti primerno izobraževanje in informiranost o prenosu virusa HIV in zaščiti pred njim (WHO 2005: 20).

Kazalnik 19: Odstotek uporabe kondoma kot kontracepcijskega sredstva

Le redko katera država zbira podatke o uporabi kondoma kot kontracepcijskega sredstva. V 19 od 48 držav v podsaharski Afriki (kjer so bile opravljene raziskave), po zbranih podatkih, 41 % moških uporablja kondom pri spolnem odnosu z nezakonsko partnerico, medtem ko je ta odstotek veliko nižji pri ženskah in znaša le 23 % (WHO 2005: 21).

Kazalnik 20: Delež osirotelih otrok prisotnih pri pouku v primerjavi z deležem prisotnosti ostalih otrok, starih od 10–14 let

Leta 2004 je zaradi okužbe z AIDS umrlo približno 3,1 milijona ljudi, zaradi česar je leta 2003 okrog 15 milijonov otrok ostalo brez enega ali obeh staršev v državah Afrike, Azije in Latinske Amerike s Karibi. V državah, kjer je stopnja okuženosti z virusom HIV/AIDS visoka, lahko odstotek osirotelih otrok, mlajših od 15 let, doseže tudi 17 %. Odstotek otrok, ki so izgubili oba od staršev zaradi virusa HIV/AIDS strmo narašča, zaradi neustavljive epidemije tega virusa (WHO 2005: 21).

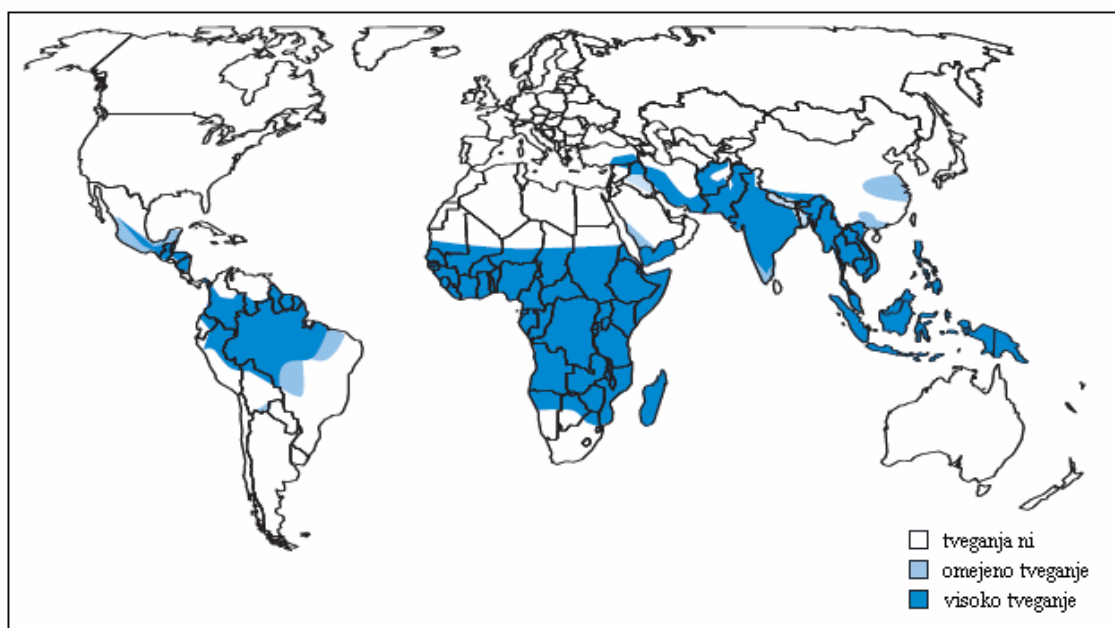
Kazalnik 21: Razširjenost okužbe in stopnja umrljivosti, povezane z malarijo

Ocene o okužbah z malarijo in smrtnih žrtvah zaradi okužbe z malarijo se zelo razlikujejo. Po nekaterih ocenah je z akutno malarijo na svetu okuženih okrog 500 milijonov, letno jih za to boleznijo umre okrog milijon. Okrog 80 % vseh smrtnih žrtev, ki jih povzroči malarija, gre na račun otrok iz podsaharske Afrike. Leta 2002 je zaradi okužbe z malarijo umrlo 800.000 otrok, starih do štirih let. V mnogih delih Afrike, posebej pa še v podsaharski Afriki, so otroci pri enem letu starosti podvrženi že najmanj trem življenjsko ogrožajočim infekcijam in tisti, ki te preživijo velikokrat trpijo zaradi možganskih poškodb

in težav pri učenju. Tudi noseče ženske so velikokrat izpostavljene tveganju okužbe z malarijo, kar povzroča prezgodnjo smrt dojenčkov, nizko porodno težo in slabokrvnost mater.

Na svetu je danes okrog 40 % svetovnega prebivalstva, predvsem prebivalstvo najrevnejših držav, ki vsakodnevno tvegajo okužbo z malarijo. Na sliki 3.3.3.1 so označene regije glede na stopnjo tveganja okužbe z malarijo (WHO 2005: 22).

Slika 3.3.3.1: Tveganje okužbe z malarijo, po regijah



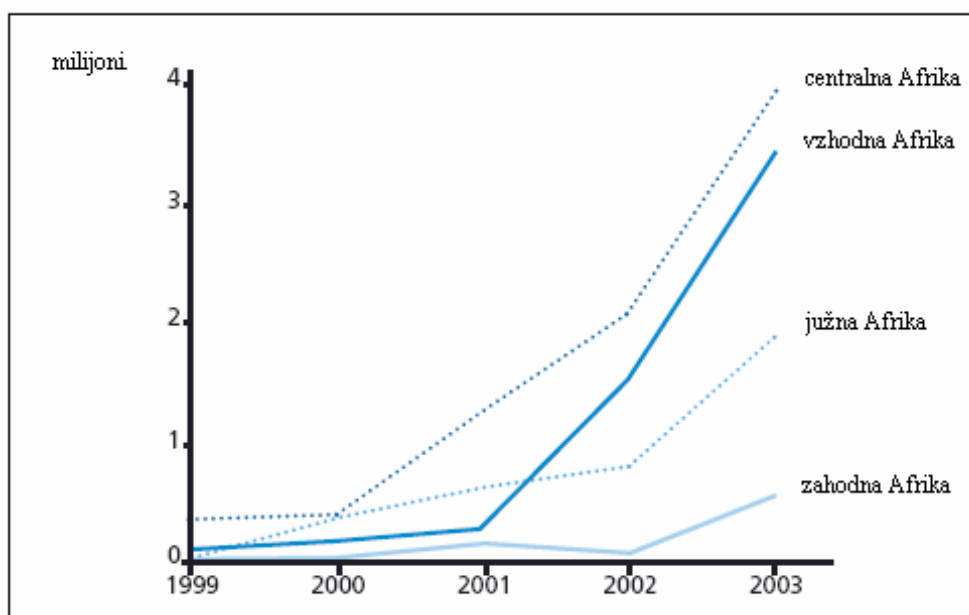
Vir: WHO (2005: 22).

Kazalnik 22: Odstotek prebivalstva, ki na tveganih območjih uporablja učinkovito zaščito proti malariji

Največje breme okužbe z malarijo nosijo otroci, mlajši od pet let, predvsem v podsaharski Afriki, zato je največ pozornosti v raziskavah namenjeno prav njim. Smrtnost strmo narašča, saj je zaščita pred to boleznijo pogosto neučinkovita in nepopolna, kljub cenovno dosegljivim antimalarijskim sredstvom. Tako le okrog 15 % otrok, mlajših od pet let, spi pod mrežo, in le 2 % jih spi pod mrežo, ki so obdelane z učinkovitim insekticidnim sredstvom. V večini afriških držav, kjer so dostopni podatki glede okužbe z malarijo, je najmanj 50 % otrok mlajših od pet let, ki je pred kratkim imelo vročino, bilo zdravljeno z antimalariki. Toda ti podatki ne zajemajo zapoznelih zdravljenj, nezadostnega doziranja zdravil, slabe kvalitete zdravil in odpornosti parazitov na ta zdravila. Kljub temu je bil

storjen velik napredek pri razdeljevanju insekticidno obdelanih mrež, saj se je v obdobju petih let ta številka štirikrat povečala. To je prikazano na sliki 3.3.3.2, ki prikazuje, kako se je v preteklih petih letih zviševala številka razdeljevanja antimalarijskih mrež v Afriki (WHO 2005: 22–23).

Slika 3.3.3.2: Razdeljene ali prodane insekticidno obdelane mreže proti komarjem v podsaharski Afriki, v obdobju 1999–2003 (v milijonih)

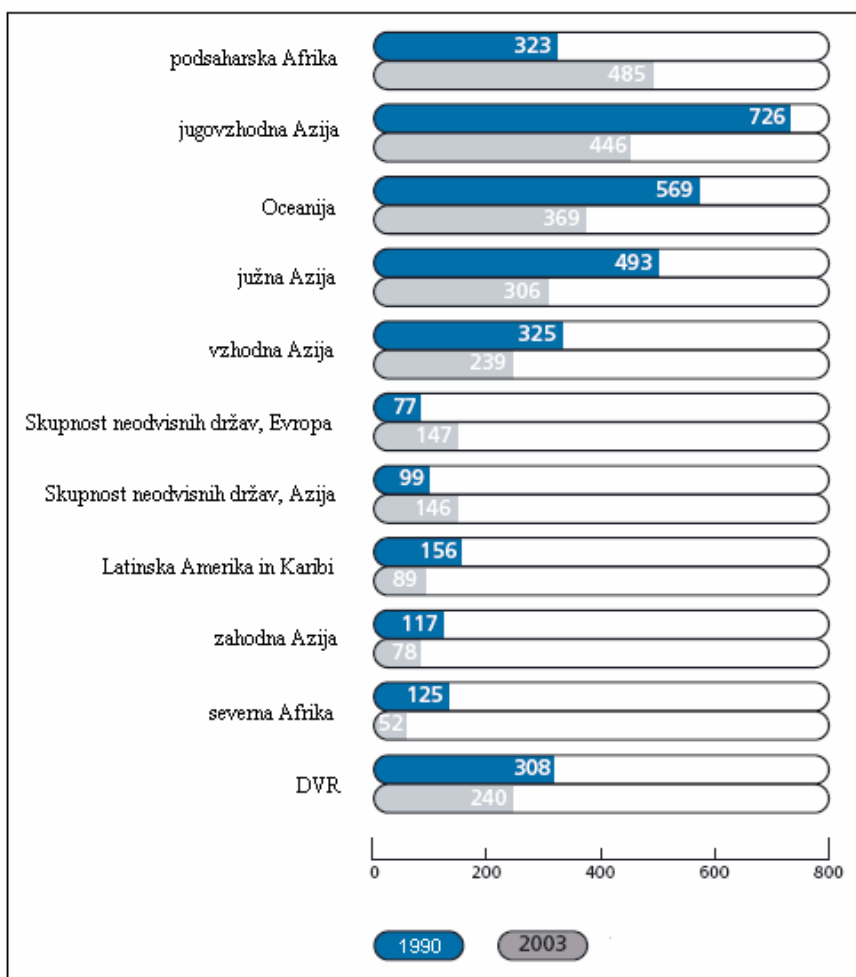


Vir: WHO (2005: 23).

Kazalnik 23: Razširjenost okužbe in stopnja umrljivosti, povezane s tuberkulozo

Letno zaradi tuberkuloze umre skoraj 1,7 milijona ljudi, povprečno največ v starosti od 15–24 let. K razširjenosti tuberkuloze še posebej pripomore pojav na zdravila odpornih različic te bolezni, naraščajoče število beguncev in razseljenih ljudi in razširitev virusa HIV/AIDS, ki poveča dovzetnost za okužbo s tuberkulozo. Letno je 1 % novo okuženih primerov s tuberkulozo, predvsem zaradi epidemije HIV/AIDS v podsaharski Afriki. Leta 2003 je bilo po nekaterih ocenah 8,8 milijona novih primerov okužb s tuberkulozo, vključno s 674.000 ljudmi, okuženih z virusom HIV. V drugih regijah to število počasi upada, upada pa tudi stopnja smrtnosti zaradi okužbe s tuberkulozo, kar je prikazano v grafu 3.3.3.1 (WHO 2005: 23).

Graf 3.3.3.1: Razširjenost okužbe s tuberkulozo (število okužb na 100.000 ljudi)



Vir: WHO (2005: 23).

Kazalnik 24: Odstotek primerov okužbe s tuberkulozo, ki jih je odkrila in zdravila DOTS

DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*) je strategija, ki jo uporablja WHO za nadzor okužbe s tuberkulozo. Uspeh te strategije je odvisen predvsem od hitre zaznave novih okužb in stopnje učinkovitega zdravljenja. Leta 2003 je delovalo 183 programov DOTS in nekateri so skorajda dosegli cilj, zastavljen v partnerstvu Stop TB (*Stop TB Partnership*), tj. 85-odstotna učinkovitost zdravljenja. Nižja učinkovitost zdravljenja proti tuberkulozi je predvsem tam, kjer obstaja visoka odpornost na zdravila ali visoka stopnja razširjenosti okužbe z virusom HIV (WHO 2005: 25).

3.4 Sklep

Namen sprejetih MDG ni bilo samo zmanjšati zaostanka DVR pri doseganju razvoja, temveč tudi izenačenje razlik, ki nastajajo med posameznimi regijami. Žal je v sedmih letih, odkar je bila sprejeta Deklaracija tisočletja, prišlo ravno do nasprotnega. Razlike med regijami so se povečale, pri tem pa je največji zaostanek v razvoju doletel prav podsaharsko Afriko. V preteklih poglavjih sem glede na Poročilo WHO analizirala gibanje podatkov za posamezne kazalce, pri čemer sem dala poudarek podsaharski Afriki. Ugotovila sem, da ta del kontinenta zaostaja za ostalimi pri uresničevanju vseh izbranih ciljev. Stopnja umrljivosti otrok, mlajših od pet let, ostaja še vedno visoko nad svetovnim povprečjem, prav tako je še vedno zelo nizek delež proti ošpicam cepljenih enoletnih otrok. Alarmantno je tudi dejstvo, da se več kot polovica vseh smrtnih primerov ob porodu zgodi v podsaharski Afriki, pri čemer je vzrok mogoče iskati tudi v nizkem odstotku prisotnosti strokovnega zdravniškega osebja ob porodu. Prav tako prepočasi upada stopnja okuženosti s tremi smrtonosnimi boleznimi, ki pa se jih da preprečiti oz. zdraviti, to so okužba z virusom HIV/AIDS, bakterija malarije in tuberkuloza. Čeprav podatki, zajeti na svetovni ravni, v povprečju kažejo na napredek pri doseganju MDG, pa pri podrobni analizi ugotovimo, da ostaja podsaharski del afriške celine v razvitosti in pri uresničevanju MDG daleč za ostalimi regijami.

Vprašanje je, ali lahko države podsaharske Afrike nadoknadijo zamujeno in dosežejo MDG do leta 2015. Kljub naporom in vloženemu trudu, ki jih kažejo tako države donatorke kot države prejemnice razvojne pomoči, dvomim, da se bo stanje na tem področju izboljšalo v nadaljnjih osmih letih. Glede na opravljene analize doseganja MDG v podsaharski Afriki, lahko ocenim, da izbrani cilji v večini držav ne bodo doseženi.

Sledila bo podrobna obravnava uresničevanja MDG v dveh izbranih državah, kjer bom ocenjevala doseganje MDG v povezavi z njuno gospodarsko reformo oz. izdelano strategijo razvoja.

4. UGANDA

V podpoglavjih, ki sledijo, bom na kratko predstavila sodobno politično zgodovino Ugande in proces gospodarske reforme, ki je potekal v 80. letih prejšnjega stoletja. Opisala bom probleme, s katerimi se je ubadala Uganda v preteklosti, načine, s katerimi se je lotila

gospodarske reforme, ter uvedla Akcijski program za zmanjševanje revščine. Prav slednji dokument me zanima, da ocenim, v kolikšni meri je bila država sposobna odgovoriti na pereča razvojna vprašanja in v kolikšni meri je Akcijski program zajel tematska področja MDG. V zadnjem sklopu tega poglavja bom analizirala uresničevanje treh izbranih MDG v državi, kar bom poskušala povezati z obstoječo strategijo razvoja Ugande.

4.1 Zgodovinsko ozadje

Prvi britanski raziskovalci so prišli v Bugando (večji del današnje Ugande) v 60. letih 19. stoletja, leta 1894 je ozemlje postalo protektorat Velike Britanije. Kmalu po drugi svetovni vojni se je pojavilo Gibanje za neodvisnost Ugande, ki ga je britanska vlada skušala zadušiti. Ob vse večjih nemirih leta 1961 pa so predstavniki Velike Britanije in Ugande podpisali sporazum, s katerim je Uganda 9. oktobra 1962 dobila popolno neodvisnost v okviru Commonwealtha. Zaradi državnih udarov in spopadov med številčnimi etničnimi skupinami v državi je razvoj v državi za nekaj desetletij zastal (Natek 2000: 492). V začetku leta 1986 je bila vzpostavljena politična stabilnost v celotni državi, čeprav so nemiri na severu in zahodu vedno znova krhali šibko premirje. Kljub nestabilnosti v državi, pa se je vlada skušala približati načelom dobrega vladanja. Leta 1995 je Uganda sprejela novo ustavo, ki je danes temelj političnega sistema in vladanja države (Holmgren in dr. 2001: 135).

Sodobno politično zgodovino Ugande so v veliki meri zaznamovali diktatorstvo, korupcija, centralizacija in personifikacija oblasti. V grobem bi lahko razvoj političnega sistema Ugande razdelili na ukinitvev federalnega sistema in vpeljavo centraliziranega sistema vladanja v 60. letih, sledilo je desetletje zaznamovano z vojaškimi diktaturami in udari, medtem ko je prva polovica 80. let minila v znamenju državljanske vojne. Šele po letu 1986 pride do politične stabilnosti (ibid.).

4.2 Gospodarska reforma

Uganda, ki ima okrog 24,7 milijonov prebivalcev, spada s 320 USD BDP *per capita* med države z najnižjim dohodkom. Gledano demografsko pa jo zaradi visoke stopnje letne rasti prebivalstva (3,4 %) uvrščajo med najhitreje rastoče države na svetu (EPRC 2002: 1). UNDP (*United Nation Development Programme* – Program Združenih narodov za razvoj)

v svojem poročilu *Human Development Report* (2003: 239), Ugando z vrednostjo HDI (*Human Development Index* – indeks človekovega razvoja) 0,489 uvršča med države z najnižjim indeksom, saj je razvrščena na 147. mesto od skupno 177. držav.

Država ima veliko naravnega bogastva, vključno z rodovitno prstjo, obilnim deževjem in rudninskimi nahajališči bakra in kobalta. Struktura gospodarstva se je od leta 1986 spremenila, saj se je odstotek kmetijstva, merjen kot delež BDP zmanjšal s 57 % leta 1989 na 44 % leta 1999, medtem ko je v istem obdobju narasel odstotek industrijskega sektorja iz 10,7 % na 17,8 % in storitvenega sektorja z 32,5 % na 37,8 % BDP. Kmetijska panoga je v Ugandi še vedno najpomembnejši sektor, saj predstavlja 43 % celotnega BDP oz. 90 % vsega izvoza, od prihodkov v kmetijstvu pa živi 80 % prebivalstva (UN Millennium Project 2004: 180–181).

Reforma iz leta 1986 je imela pozitiven učinek na gospodarstvo v obdobju 1990–1995. Letna stopnja gospodarske rasti se je v 90. letih več kot podvojila in je znašala okrog 5 % (EPRC 2002: 1–2). Tabela 4.2.1 prikazuje stopnje rasti BDP in BDP *per capita* v obdobju 1995–2000 ter zmanjševanje stopnje inflacije v Ugandi.

Tabela 4.2.1: Gibanje izbranih makroekonomskih kazalnikov v Ugandi

leto	1995/1996	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000
kazalniki (v %)					
stopnja rasti BDP	7,8	4,5	5,4	7,4	5,1
rast BDP <i>per capita</i>	4,7	1,7	2,7	4,7	2,5
stopnja inflacije	7,5	7,8	5,8	-0,2	6,2

Vir: prirejeno po EPRC (2002: 1).

Kljub impresivni gospodarski rasti pa država takšnega napredka ni doživela na področju človekovega razvoja, kar lahko razberemo iz tabele 4.2.2. V primerjavi s Kenijo in Tanzanijo je imela Uganda leta 1995, kljub solidnemu gospodarstvu, najnižjo pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu (40,5 let) in najnižji odstotek pismenosti odraslih (62 %).

Tabela 4.2.2: Dohodek in kazalniki človekovega razvoja v državah vzhodne Afrike

kazalniki država	BDP <i>per capita</i> (v USD), 1995	pričakovana življenjska doba (v letih), 1995	pismenost odraslih (v %), 1995
Uganda	240	40,5	62
Kenija	280	53,8	78
Tanzanija	210	50,6	68

Vir: prirejeno po EPRC (2002: 2)

Za oživitev gospodarstva v 90. letih je bilo odločilnega pomena sprejetje pravih makroekonomskih politik, ki so pospešile kmetijsko dejavnost ter industrijsko proizvodnjo (Holmgren in dr. 2001: 124). Eden izmed glavnih ciljev pri uvajanju reform je bilo zmanjšanje revščine, vzpodbujanje investicij in hitre gospodarske rasti. Z neposrednimi intervencijskimi ukrepi, ki so bili zajeti v Akcijskem programu za zmanjševanje revščine (PEAP – *Poverty Eradication Action Plan*), je Uganda skušala izboljšati cestno infrastrukturo, modernizirati kmetijstvo, izboljšati univerzalno osnovnošolsko izobrazbo in omogočiti dostop do osnovne zdravstvene nege, čiste pitne vode in sanitarij. Osredotočila se je torej na reformo sektorjev, od katerih so imeli koristi predvsem najrevnejši sloji prebivalstva (Holmgren in dr. 2001: 126). Pri financiranju razvojnih ciljev, določenih v PEAP, je vlada uporabila tri glavne vire: vladne davke, razvojno pomoč (ki predstavlja 53 % celotnega državnega proračuna)¹⁶ in prihranke, ki jih je pridobila pri odpisu dolgov. Leta 1998 je v namene nadzora učinkovite porabe teh prihrankov za namene odpravljanja revščine v ključnih sektorjih ustanovila poseben Sklad – *Poverty Action Fund* (PAF). Ta predstavlja učinkovit mehanizem nadzora porabe prihrankov, ki nastanejo pri odpravi dolga (EPRC 2002: 4).

¹⁶ Uganda spada med prvih pet afriških držav, ki pridobijo največ Uradne razvojne pomoči (ODA – *Official Development Assistance*). Pet največjih držav prejemnic ODA v obdobju 1995-2003 so bile Egipt z 1,6 bilijona USD letno, sledijo Mozambik z 1,1 bilijona USD letne pomoči, Etiopija z 911 milijoni USD, DR Kongo s 864 milijoni USD ter Uganda s 752 milijoni USD letno, ki so skupaj pridobile v povprečju 32 % letne razvojne pomoči, namenjene Afriki (ECA 2006: 6–7).

Analize anket gospodinjstev v Ugandi so pokazale, da je od leta 1997 naraščala neenakost med prebivalstvom, predvsem zaradi rasti prihodkov v urbanih delih ter upada blaginje v ruralnih predelih severne regije države. V obdobju 1997–2000 je prišlo pri 10 % najbogatejšega prebivalstva do zvišanja potrošnje za 20 %, medtem ko je pri 10 % najrevnejših ljudi ta porast bila le 8 %. Da bi ublažili neenakomerno porazdeljenost gospodarske rasti na prebivalstvo, je vlada dajala manj poudarka makroekonomski stabilizaciji in se osredotočila na zmanjševanje revščine (EPRC 2006: 2).

Uganda je svojevrsten primer države, ki je dokaj uspešno izvedla politično in gospodarsko reformo v 80. letih 20. stoletja. Kljub nestabilni, negotovi in nezanesljivi gospodarski politiki v začetku, je država uspela razviti uspešen razvojni program in navkljub nekaterim težavam uspela rešiti nekatere probleme, ki pestijo večino držav podsaharske Afrike (Holmgren in dr. 2001: 103).

4.3 Akcijski program za zmanjševanje revščine

Akcijski program za zmanjševanje revščine je vlada Ugande sprejela 1997. leta ter revidirala leta 2000, WB in IMF pa sta ga sprejela kot nadomestek PRSP. PEAP vsebuje štiri stebre sektorsko-specifične strategije za razvoj in zmanjševanje revščine. Prvi sklop je bil namenjen cilju ustvarjanja okolja za hitro in trajno gospodarsko rast ter strukturno reformo, s poudarkom na razvoju neodvisnega zasebnega sektorja, kot ključnega akterja hitre in trajne gospodarske rasti. Vlada se je zavezala, da bo povečala stopnjo (tuje in domače) investicije in izboljšala prometne in telekomunikacijske povezave med razvitim mestom in nerazvitim podeželjem. Drugi sklop je natančneje opredelil dobro upravljanje in varnost, s cilji doseči decentralizacijo, povečati transparentnost odločanja v državi, odgovornost pri javni porabi sredstev in informiranje javnosti. Prav tako je vlada skušala izboljšati pravni sistem države z odpravo sodnih zaostankov in reformo sistema kazenskega prava. V tretjem sklopu so bile zajete dejavnosti, ki bi dajale možnost povečanja prihodka najrevnejšim prebivalcem, tj. izboljšanje prometnih povezav med odročnimi kraji do večjih mest, podpora majhnih samostojnih podjetij, modernizacija kmetijske panoge in izboljšanje poklicnega izobraževanja. V četrtem sklopu je PEAP zajel ukrepe za neposredno izboljšanje kvalitete življenja revnih, predvsem s področja zdravstva, vode in sanitarnih ureditev, osnovnošolskega izobraževanja in pismenosti odraslih (EPRC 2002: 2–3).

Vlada je ugotovila, da je zdravje ljudi ključnega pomena pri socialnem in gospodarskem napredku, razvoj zdravstvenega sektorja pa je pomemben zaradi neposrednega vpliva na zmanjševanje revščine. V sklopu četrtega stebra PEAP je razvila strateški načrt razvoja za zdravstveni sektor (HSSP – *Health Sector Strategic Plan*), kjer je definirala minimalni program osnovne zdravstvene nege ter zagotovila dodatna proračunska sredstva nekaterim nevladnim organizacijam, ki so delovale v tem sektorju. HSSP je uskladila s temeljnimi MDG, povezanimi z zdravjem in tako potrdila prizadevanja za zmanjševanje stopnje umrljivosti dojenčkov in otrok, mlajših od pet let. V ta namen so se lotili nadzora nad otroškimi boleznimi, cepljenja in otroške prehrane, tj. najpogostejših vzrokov umrljivosti dojenčkov in otrok, mlajših od pet let (EPRC 2002: 6–8).

V sklopu HSSP je posebej pomembna tema HIV/AIDS, s katero so se v Ugandi začeli ubadati konec 80. let, ko so zaznali povečano stopnjo umrljivosti zaradi te nalezljive bolezni. Po ocenah Skupnega programa Združenih narodov za HIV/AIDS (UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) je bilo leta 1999 v Ugandi okuženih 1,9 milijona prebivalcev, AIDS pa je vodilni vzrok smrti v starostni skupini 15 – 49 let (EPRC 2002: 8). Leta 1986 je vlada znotraj resorja ministrstva za zdravstvo ustvarila Nadzorni program AIDS (*AIDS Control Programm*), s čimer je pokazala voljo in zavezanost k boju proti širjenju virusa HIV/AIDS. Kasneje, leta 1992, je Urad predsednika države ustanovil Komisijo za AIDS (UAC – *Uganda AIDS Commission*), ki je bila pooblaščen za koordinacijo sektorjev pri ustavljanju širitve epidemije. Poleg tega je vlada razvila Državni strateški okvir (*National Strategic Framework*), ki je usklajeval dejavnosti različnih mednarodnih in nacionalnih agencij v boju proti virusu HIV/AIDS. Pri tem so sodelovale UAC, UNAIDS, nekatere nevladne organizacije in zasebni sektor. Skupni napor za ozaveščanje ljudi o nevarnosti te bolezni in možnostjo preprečevanja so se obrestovali, kajti stopnja okuženosti z virusom HIV/AIDS je upadla z 20 % leta 1991 na 6,5 % leta 2001 (MFPED 2003: 18).

Neposredni socialni učinek epidemije virusa HIV/AIDS je bilo povečanje števila osirotelih otrok, ki so izgubili enega ali oba od staršev. Po ocenah programa UNAIDS, naj bi v Ugandi leta 1998 živelo okrog 1,1 milijona osirotelih otrok. Učinek epidemije je bil še bolj viden na gospodarski ravni, saj je prišlo do zmanjšanja delovne sile in posledično tudi do zmanjšanja proizvodnje. Nastala je velika luknja v deležu človeškega kapitala, saj je Uganda zaradi virusa HIV/AIDS izgubila ogromno izkušene in izobražene delovne sile.

Vlada je spoznala, da je bolezen potrebno ustaviti, saj je velika ovira pri nadaljnjem razvoju države (EPRC 2002: 8–9).

Leta 2005 je Uganda sprejela PEAP za obdobje 2004/05 – 2007/08, s petimi stebri gospodarskega in političnega razvoja. Ta poudarja, da je od sprejetja PEAP leta 2000 prišlo do gospodarske rasti in napredka v socialnem varstvu, vendar pa je bila ta rast izrazito neenakomerna, kar je povzročilo zviševanje stopnje revščine v nekaterih predelih (MFPED 2004: 2).

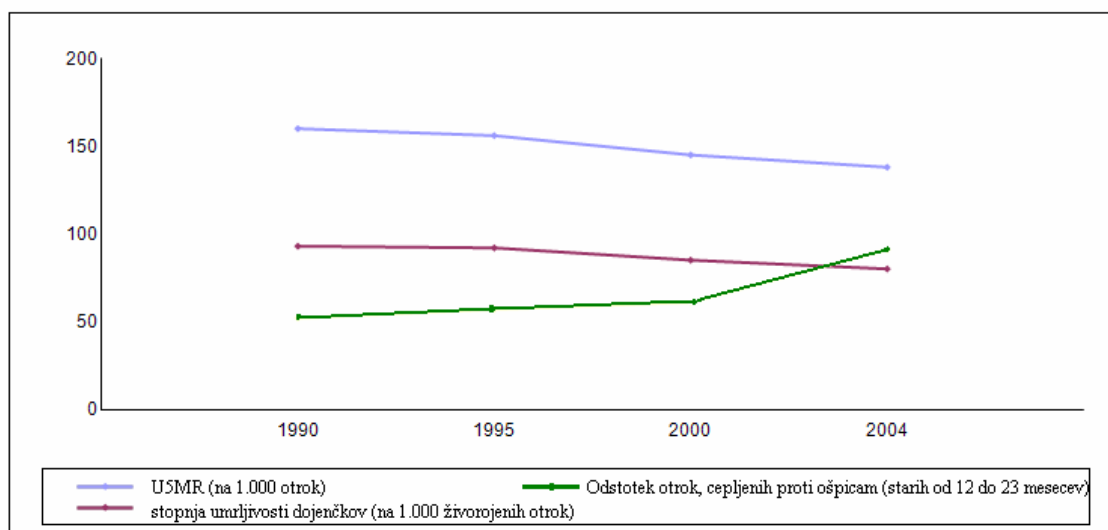
Po predstavitvi sodobne zgodovine države, gospodarske in politične reforme v 80. letih in Akcijskega programa za zmanjševanje revščine, sledi analiza doseganja treh izbranih MDG.

4.4 Uresničevanje razvojnih ciljev tisočletja v Ugandi

4.4.1 Četrty cilj

Po zbranih podatki WB, Uganda napreduje pri doseganju četrtega MDG oz. naloge pet, tj. v obdobju 1990–2015 zmanjšati stopnjo umrljivosti otrok za dve tretjini. Uresničevanje vseh treh kazalnikov, tj. kazalnika 13, 14 in 15, glede na posamezna obdobja meritev je prikazano v grafu 4.4.1.1.

Graf 4.4.1.1: Uresničevanje četrtega MDG (kazalniki 13, 14 in 15) v Ugandi



Vir: World Bank (2007).

Pri kazalniku 13 je prišlo do izboljšanja stanja pri zmanjševanju UM5R. Leta 1990 jih je na 1.000 otrok umrlo 160, leta 2004 pa je bila ta številka že veliko nižja – 138. Do leta 2015 bi morala Uganda zmanjšati U5MR na 56 smrtnih primerov na 1.000 otrok.

Pri kazalniku 14 je prišlo do enakega trenda pri zmanjševanju stopnje umrljivosti dojenčkov, saj se je ta številka zmanjšala. Leta 1990 je na 1.000 živorojenih umrlo 93 dojenčkov, leta 1995 je ta številka upadla na 92, leta 2000 na 85 in leta 2004 na 80. Kljub temu je Uganda v zaostanku, saj bi morala do leta 2015 to stopnjo zmanjšati na 31 smrtnih primerov na 1.000 živorojenih dojenčkov.

Pri kazalniku 15, je po podatkih WB, odstotek otrok cepljenih proti ošpicam narasel iz 52 % leta 1990 na 91 % v letu 2004 (World Bank 2007).

Kljub obetavnim poročilom mednarodnih organizacij, glede napredka pri uresničevanju četrtega MDG, pa naletimo na drugačne podatke pri Poročilu o napredku pri doseganju MDG za Ugando iz leta 2003 (v nadaljevanju Poročilo). Povečana stopnja umrljivosti dojenčkov v obdobju 1995–2000 (z 81 na 88) ter zvišana stopnja U5MR (s 147 na 152) lahko v prihodnosti predstavlja oviro pri uresničevanju četrtega MDG. Poročilo ugotavlja nekatere možne vzroke poslabševanja razmer na področju zdravstvenega stanja dojenčkov in otrok, kot so:

- povečanje odpornosti prenašalcev malarije na klorokvin, osnovno zdravilo, ki se uporablja pri zdravljenju malarije;
- neprimerne in nezadovoljive zdravstvene ustanove, ki bi ustrezno zdravile diarejo – ter z njimi povezana ignoranca, neizobraženost, slaba sanitarna ureditev in dostop do čiste pitne vode;
- visoka stopnja prenosa okužbe virusa HIV/AIDS z matere na otroka;
- visoka stopnja umrljivosti mater, predvsem pa visoka podhranjenost, ki se pojavlja pri 40 % najrevnejših žensk.

K visoki stopnji umrljivosti dojenčkov pripomorejo še nekateri dejavniki: ena izmed višjih stopenj rodnosti pri ženskah na svetu (6,9 otrok na žensko), nizka stopnja cepljenja žensk in otrok ter številni porodi, brez strokovnega zdravniškega nadzora, ki se ponavadi končajo s smrtjo dojenčkov in/ali mater (MFPED 2003: 13–14).

Kljub naporom Ugande četrty MDG do leta 2015 najverjetneje ne bo dosežen. Za zmanjšanje stopnje umrljivosti otrok bo potrebno vložiti še veliko truda pri odstranjevanju ovir, ki onemogočajo dosego cilja. Kljub temu da je Uganda veliko storila na področju

zmanjševanja revščine, pa je še vedno revna država, s 35 % prebivalstva, živečega z manj kot enim USD na dan. Za ta gospodinjstva so mreže proti komarjem, kontracepcijska sredstva in nekatera osnovna zdravila že pravo razkošje, ki si ga ne morejo privoščiti. Veliko bi bilo potrebno ukreniti na področju politike družinskega načrtovanja in cepljenja, ki bi moralo postati obvezno. Vlada bi morala prebivalstvu predati jasno sporočilo o negativnem vplivu visoke stopnje rodnosti na zdravje žensk. Prav tako bi bilo potrebno odpraviti nekatere nezaželene predsodke moških do uporabe kondoma, tradicije dlje trajajočega izobraževanja za dečke kot za deklice ter povišati stopnjo sodelovanja žensk pri odločanju o pomembnih vprašanjih glede načrtovanja družine (MFPED 2003: 14).

4.4.2 *Peti cilj*

Pri spremljanju napredka pri uresničevanju šeste naloge petega MDG, tj. v obdobju 1990–2015, zmanjšati stopnjo umrljivosti mater za tri četrtine, naletimo na težave pri primerjanju podatkov, saj v nekaterih primerih ti podatki sploh ne obstajajo, ali pa so zgolj ocene približne vrednosti za določeno leto. Odločila sem se, da bom upoštevala podatke, ki jih je posredovala država sama v svojem Poročilu iz leta 2003, in podatke, ki jih je objavil Statistični oddelek Združenih narodov (UNSTATS – *United Nations Statistic Division*) na svoji spletni strani.

Po podatkih Poročila je v obdobju 1989–2001 stopnja umrljivosti mater le rahlo upadla, in sicer s 523 na 505 smrti na 100.000 porodov. Da bi dosegla peti MDG, bo Uganda morala to številko znižati na 131 smrtnih primerov ob porodu na 100.000 porodov. Ta cilj bo težko dosežen, če država ne bo izboljšala sistema osnovne zdravstvene reproduktivne nege. Uganda je namreč ena izmed osmih držav na svetu z najvišjo stopnjo umrljivosti mater zaradi zapletov v nosečnosti in ob porodu (MFPED 2003: 15).

Po podatkih UNSTATS je bila ocenjena umrljivost mater leta 1990 veliko višja, kot to navaja Poročilo, saj naj bi na 100.000 porodov umrlo 1.200 mater. Glede na podatke, ki jih je UNSTATS pridobila s pomočjo anketne metode, se je ta številka zmanjšala na 1.100 leta 1995, v naslednjih petih letih pa se je spustila na 880. Seveda pa moramo pri tem upoštevati, da za leto 1990 ni nacionalnega podatka o umrljivosti mater in gre pri tem zgolj za oceno, prirejeno glede na ostale spremenljivke, za katere so podatki dostopni in lahko pojasnjujejo ta kazalnik (United Nations Statistics Division 2006).

Glavni vzroki umrljivosti mater so: krvavitev, infekcije, zvišan krvni pritisk, prezgodnji porod ali splav. Pri kazalniku 16 v Ugandi ni prišlo do napredka, saj je v državi še vedno veliko podhranjenih nosečnic, ki so mnogokrat še najstnice, rojevajo v prekratkih časovnih razmakih in brez ustreznega strokovnega zdravniškega nadzora. V preteklih petih letih ni prišlo do izboljšanja stanja na področju podhranjenosti nosečih žensk oz. mater, saj je ta ostala nespremenjena – okrog 10 %. Prav tako je ostala nespremenjena stopnja časovnega razmaka med posameznimi rojstvi – ta je najnižji med državami podsaharske Afrike. K velikemu številu smrtnih primerov mater pripomore tudi oddaljenost in slabe prometne povezave med večjimi mesti in vasmi. Nekatere noseče ženske se raje odločijo roditi doma, saj v mnogih bolnišnicah prevladuje slab odnos do rojevajočih žensk; mnoge izmed njih so bile priča zasramovanju s strani zdravstvenih delavcev (MFPED 2003: 15).

Podatki za kazalnik 17, ki meri odstotek porodov ob prisotnosti strokovnega zdravniškega osebja, so bili zbrani leta 2001, za prejšnja leta pa ni podatkov niti ocen. Pri tem je v Ugandi le v 39 % ob porodih prisotno zdravniško osebje, kar uvršča Ugando na sam konec lestvice med državami podsaharske Afrike (United Nations Statistics Division 2006).

Tudi peti MDG v Ugandi do leta 2015 najverjetneje ne bo dosežen. Potrebno bi bilo izvesti veliko ukrepov, predvsem izboljšati kvaliteto delovanja zdravstvenih ustanov in zdravstvenih delavcev, izboljšati prometno povezavo med oddaljenimi vasmi in porodnišnicami v mestih ter omogočiti lažji dostop do modernih kontracepcijskih sredstev (MFPED 2003: 16).

4.4.3 Šesti cilj

Uganda je primer države, ki je z uspešnim načrtovanjem uspela zmanjšati visoke stopnje okuženosti z virusom HIV/AIDS. Sedmo nalogo, tj. do leta 2015 zaustaviti in zasukati širjenje HIV/AIDS, je dosegla že leta 1996, skoraj 20 let pred določenim časovnim rokom. Še leta 1991 je stopnja okuženosti z virusom HIV bila 20 %, ki pa je kasneje strmo upadala in se spustila pod 10 %. Toda pomembno je, da vlada ne zaspi na lovorikah slave, temveč se še naprej trudi v boju proti tej epidemiji. Bolezen še ni čisto ustavljena, nekateri podatki kažejo celo na to, da je prišlo do majhnega zvišanja stopnje okuženosti z virusom HIV/AIDS s 6,1 % leta 2000 na 6,5 % leta 2001 (MFPED 2003: 18).

Čeprav je med državljani velika stopnja ozaveščenosti o epidemiji virusa, pa je še vedno veliko neizobraženih ljudi, ki ne poznajo nobenega načina preprečevanja okužbe z virusom HIV/AIDS. Pomembno je, da država spodbuja različne oglaševalske kampanje, ki bi ozaveščale ljudi o načinih preprečevanja okužbe z virusom. Potrebno bi bilo izkoreniniti nekatere tradicije in navade, ki ljudi odvrtaajo od uporabe kontracepcijskih sredstev za preprečevanje okužbe z virusom, predvsem kondomov. Po podatkih le 7 % žensk in 15 % moških redno uporablja kondome kot kontracepcijsko sredstvo. Država bi morala zagotoviti brezplačen dostop do kondomov in do svetovalnih ustanov za testiranje okužbe z virusom HIV/AIDS. Poleg tega je posebej pomembno ukvarjanje s tematiko stigmatiziranja ljudi, okuženih z virusom HIV/AIDS in preprečevanje diskriminacije proti tem ljudem. Okuženim z virusom HIV/AIDS bi bilo potrebno zagotoviti dostop do protiretrovirusnih zdravil, do katerih ima trenutno dostop le 10 % okuženih državljanov v Ugandi (ibid.).

Dodaten izziv predstavlja tudi dva milijonska množica osirotelih otrok, z nujnimi potrebami po bivališču, hrani in izobraževanju. Za njihov normalni razvoj je potrebno zagotoviti razvoj primernih ustanov, ki bi jim nudile zadostno podporo ter osnovne družinske norme in vrednote (ibid.).

Osma naloga šestega MDG, tj. do leta 2015 zaustaviti in zasukati pojav malarije in drugih nalezljivih bolezni, predstavlja velik izziv za večino DVR, saj je malarija še vedno vodilni vzrok umrljivosti v svetu in Uganda pri tem ni izjema. Malarija predstavlja posebno grožnjo za otroke, stare manj kot pet let, in za noseče ženske, saj je vodilni vzrok njihove umrljivosti. Po podatkih letnega poročila Ministrstva za zdravje za leto 2000/01, je povprečna stopnja umrljivosti otrok in odraslih zaradi malarije leta 1995 znašala 25 %, leta 2000 pa je narasla na 37 %. Glede na ocene le 13 % gospodinjstev uporablja zaščitne mreže proti komarjem in le 8 % otrok, mlajših od pet let, ima dostop do njih. Alarmanten je tudi podatek, da le ena tretjina žensk med nosečnostjo jemlje antimalarike (MFPED 2003: 17).

Povečano stopnjo okužbe in umrljivosti, povezano z malarijo, lahko pripišemo dejstvu, da je prišlo do odpornosti parazitov na temeljno zdravilo proti malariji – klorokvin. Na to so vplivale tudi podnebne spremembe, ki so povzročile širjenje okužbe z malarijo tudi v nekatere države, kjer malarije prej ni bilo. Država je leta 2000 ukinila davek na mreže proti komarjem, kar je koristilo predvsem najrevnejšim slojem prebivalstva, ki prej niso imeli dostopa do mrež. Kljub temu je potrebno zagotoviti več finančne podpore zdravstvenemu

sistemu za nepretrgano dobavo antimalarikov ter sredstev za preprečevanje okužbe z malarijo in osnovnih zdravil, ki bi bili na voljo tudi najrevnejšim (ibid.).

Sedma naloga šestega MDG, tj. do leta 2015 zaustaviti in zasukati širjenje HIV/AIDS, je bila v Ugandi dosežena že leta 1996, medtem ko je nalogo osem mogoče doseči do predvidenega roka.

4.5 Sklep

Uganda je s pomočjo učinkovitih državnih strategij, predvsem s PEAP, dala več poudarka razvoju socialnih sektorjev (predvsem zdravstvu in šolstvu), kar se ji je delno obrestovalo pri uresničevanju MDG. Pri analizi doseganja izbranih nalog oz. MDG, lahko ugotovimo, da je prišlo do izpolnitve sedme naloge šestega MDG, tj. zaustavitev in zasuk širjenja HIV/AIDS, saj je bila ta naloga dosežena predčasno. Tudi za nalogo osem šestega MDG, tj. zaustavitev pojava malarije in ostalih hujših bolezni, se predvideva, da bo uresničena do predvidenega roka (tj. do leta 2015).

Toda država bo morala v prihodnje dati večji poudarek izboljšanju zdravja otrok in mater, saj sta ti dve nalogi še vedno daleč od končnega dosega cilja. Kljub učinkoviti gospodarski in socialni politiki ter spoštovanju načelom dobrega upravljanja, se država še vedno znajde na mrtvi točki pri uresničevanju nalog četrtega in petega cilja, predvsem zaradi revščine, konzervativnih tradicionalnih kultur in onemogočenega dostopa do zdravstvenih ustanov ter osnovne zdravstvene nege.

Skrb zbujajoče je dejstvo, da se razlike pri doseganju MDG povečujejo med posameznimi regijami v državi, pa tudi podatki, da pri zagotavljanju enakopravnega razvoja najmanj pridobijo najrevnejši sloji prebivalstva. Zato bo morala Uganda vložiti še veliko truda na področju zmanjševanja razlik in izboljševanja položaja najrevnejših slojev. Potrebna bo še bolj usmerjena obravnava najbolj prizadetih slojev prebivalstva, predvsem na področju izboljševanja zdravja otrok in mater.

5. DEMOKRATIČNA REPUBLIKA KONGO

V tem poglavju bom, podobno kot v prejšnjem, opisala zgodovinsko ozadje Demokratične republike Kongo, predstavila njeno gospodarsko stanje in Strateški dokument za zmanjševanje revščine. Zanimalo me bo, na kakšen način je država skušala

rešiti razvojne probleme in ali je bila pri tem vsaj tako uspešna kot Uganda. V zadnjih podpoglavjih bom na podlagi obstoječih podatkov analizirala uresničevanje izbranih MDG v tej državi.

5.1 Zgodovinsko ozadje

Prvi Evropejci so v notranjost današnje DR Kongo prišli sredi 19. stoletja, ko je država že bila pokristjanjena in je bila vpletena v trgovino s sužnji. Belgijski kralj Leopold II. je izkoristil priložnosti in ob toku reke Kongo dal postaviti vrsto trgovinskih postojank, zato mu je bila omogočena ustanovitev Neodvisne države Kongo z njim na čelu. Krvavo zatiranje uporov je izzvalo proteste v mednarodni skupnosti, zato je ozemlje prepustil Belgiji, ki je preimenovala državo v Belgijski Kongo.

Zahteve po neodvisnosti Demokratične republike Kongo so se pojavile v 50. letih 20. stoletja. Nepripravljenost Konga na neodvisnost se je odrazila v zmedi in državljanski vojni, ki je nastala kmalu po razglasitvi leta 1960 (Natek 2000: 428). Država je več kot 30 let živela pod vodstvom skorumpiranih diktatorjev, katerih neustavljiva želja po denarju in oblasti, je državo vedno znova pahnila v državljanske in meddržavne vojne ter še večjo bedo. Nenehni spopadi so terjali ogromno škodo na gospodarskem, socialnem, političnem in okoljskem področju. V državi je bilo več kot tri milijone mrtvih, skoraj štiri milijone razseljenih ljudi ter okrog 15.000 otrok, prisiljenih bojevati se za interese pohlepnih samodržcev. Spori so zamajali institucionalno stabilnost v državi in spodkopali družbeno-ekonomsko infrastrukturo (Democratic Republic of the Congo 2002: 4). Kakor Kuba in Vietnam, tudi DR Kongo spada med države, ki so plačale visok davek, zaradi osrednje vloge, ki so jo odigrale v konfliktu med velikima silama v času hladne vojne. Zaradi ogromnih zalog naravnih bogastev, predvsem rud in mineralov, njene velikosti in strateške lokacije v osrčju kontinenta, je DR Kongo postala žariščna točka v sporu med vzhodom in zahodom (Kiakwama in Chevallier 2001: 630).

DR Kongo doživlja post-konfliktno obdobje, ki je sledilo dolgotrajni in utrujajoči vojni. Leto 2002 je bilo odločilno, saj je s podpisom mirovnih pogodb stopila na pot proti miru, leto kasneje pa je bila sprejeta prehodna ustava, vlada, parlament in senat (UNAIDS 2004: 112). Ob postopni umiritvi razmer, je bila leta 2005 sprejeta novo potrjena ustava, ki je začela veljati februarja 2006. Po štirih desetletjih je DR Kongo julija 2006 končno stopila med demokratične države, saj je izvedla predsedniške in parlamentarne volitve, ki jih je

nadzorovala mednarodna skupnost. Nemiri, ki so zajeli severni del države konec leta 2006, so dokaz, da država še vedno ni politično stabilna, kar povzroča zaskrbljenost mednarodne skupnosti. Prihodnost DR Kongo je žal še vedno prepuščena vodilnim politikom v državi in njihovim nasprotnikom, ki jim pridobljeno oblast skušajo nasilno odvzeti. Ob tem se največkrat pozablja na nedolžne državljane, ki se jim v tej državi najbrž ne obeta svetla prihodnost (BBC News 2007).

5.2 Gospodarska reforma

DR Kongo ima danes približno 56 milijonov prebivalcev, katere letna rast prebivalstva znaša od 3 % do 3,5 %. Kljub velikim naravnim bogastvom spada DR Kongo med najrevnejše države sveta, nekateri indikatorji jo uvrščajo med najbolj obubožane države podsaharske Afrike. Okrog 80 % prebivalstva živi na skrajni meji človeškega preživetja, z manj kot 0,20 USD na dan. Najmanj 60 % prebivalstva poseljuje ruralne predele države, njihov edini vir dohodka predstavljajo kmetijstvo, lov in ribolov (Democratic Republic of the Congo 2002: 4). Human Development Report (2003: 240) uvršča DR Kongo med države z najnižjim HDI, saj je pristala na 167. mestu od skupno 177. držav.

Država je v preteklosti že večkrat poskušala oživiti oz. uravnovesiti svoje gospodarstvo, vendar je bila gospodarska rast le kratkotrajna. Prvi stabilizacijski poskus iz leta 1967 je bil koristen za razvoj privatnega sektorja, kar je vplivalo na povečano stopnjo tujih neposrednih investicij, predvsem v industrijske panoge. Žal gospodarski vzpon ni doživel razcveta, saj sta ga zaustavila dva zunanje pogojena šoka: naftna kriza v letih 1973/1974 in drastično znižanje bakra na svetovnem trgu (Kiakwama in Chevallier 2001: 630–631). Kljub naporom razvojnih agencij (predvsem IMF in WB) v naslednjih desetletjih stabilizirati razmere v državi, se je ta vseskozi ubadala z visoko stopnjo inflacije, zadolženostjo in nezmožnostjo odplačevanja, nezanesljivo proračunsko disciplino in skorumpirano vlado. Njena velika odvisnost od gibanja cen naravnih materialov na svetovnem trgu je državo naredila ranljivo, kaos znotraj države pa ji je preprečeval dostojen razvoj.

DR Kongo se danes poleg vseh ostalih razvojnih problemov ukvarja tudi z izjemno nizko stopnjo zaposlenosti. Leta 2000 je bilo zaposlenega 2 % celotnega prebivalstva, oz. 4 % vse delovne sile, kar je bistveno manj, kot v letu 1958 (8 % in 18 %). Vse to so poslabšali socialna in politična kriza ter konflikti v 90. letih. Nezaposlenost in odsotnost

poklicnega izobraževanja sta glavna vzroka socialnih nemirov v državi, saj se povečuje revščina in ranljivost prebivalstva in hkrati večja nezaposlenost v mestih. V gospodarstvu prevladuje neformalni sektor, kajti plače v javnem sektorju so nečloveško nizke in dosegajo povprečno 15 USD mesečno. V privatnem sektorju ni urejena politika plač, prav tako niso zagotovljene minimalne plače. Podjetja plačujejo delavce zgolj za preživetje (Democratic Republic of the Congo 2002: 13).

V obdobju 2000–2004 je spadala DR Kongo med pet držav, z najvišjim deležem prejete razvojne pomoči, saj je pridobila 8 % celotne ODA namenjene Afriki. Toda glede na odstotek ODA *per capita*, so jo prehitele druge države, predvsem tiste z majhnim številom prebivalstva (ECA 2006: 67).

V letu 2001 se je vlada zavezala k vzpostavitvi miru. Prav tako je skušala zgraditi moderno državo, zmanjšati neekonomske stabilnosti in popraviti neprecenljivo škodo, ki so jo povzročile državljanska vojna in naravne katastrofe. S pomočjo mednarodne skupnosti in razvojnih agencij je vlada s svojim gospodarskim programom neutrudljivo skušala vzpostaviti ugodno klimo, ki bi privabila tuj kapital in vzpodbudila gospodarsko rast. Prvič v 13 letih je rast BDP dosegla pozitivne trende in je bila leta 2002 3,5 %, leto dni kasneje pa 5,6 %. Leta 2005 je stopnja gospodarske rasti znašala 6,5 % (ECA 2006: 38).

DR Kongo je leta 2003 prešla iz stabilizacijske faze v rekonstrukcijsko, kakor je bilo to načrtovano v I-PRSP. Iste leta je ustanovila nadzorni odbor (*Pro-poor Spending Monitoring Committee*), ki nadzoruje vlaganje v dobrobit revnih. Vlada je namreč v tem letu vložila v namene izboljšanja položaja revnih 1,5 % BDP, leta 2004 pa bo skušala to mejo dvigniti na 6,5 % in več (UPPE-SRP 2004: 3–4).

5.3 Strateški dokument za zmanjševanje revščine

DR Kongo je Vmesni strateški dokument za zmanjševanje revščine (I-PRSP) sprejela leta 2002. Najbolj problematično je bilo pomanjkanje dostopa do zanesljivih in aktualnih podatkov o stopnji revščine na državni ravni in podatkih o življenju državljanov po posameznih gospodinjstvih. Zagotavljanje ažurnosti in točnosti podatkov je tako eden izmed izzivov I-PRSP, saj je večina podatkov pridobljenih z anketnimi metodami v 80. letih prejšnjega stoletja zastarelih in praktično neuporabnih (Democratic Republic of the Congo 2002: 9).

Vlada je I-PRSP razdelila na tri sklope, glede na posamezna obdobja in programe, ki jih zajema. Prva, stabilizacijska faza I-PRSP, je pokrivala obdobje 2000–2002, ko naj bi se je vlada s pomočjo mednarodne skupnosti osredotočila na doseg miru in dobrega upravljanja, poleg tega pa bi se je lotila stabilizacije makroekonomskega okolja. Druga faza oz. faza obnove, zajema obdobje 2002–2005 in predstavlja povezavo med stabilizacijo in trajnostnim razvojem, ki bi koristil revnejšim slojem. V tej fazi naj bi vlada z učinkovitimi ukrepi odstranila negativne posledice krize in vojne na življenje revnejših slojev – predvsem ranljivejših skupin prebivalstva, tj. otrok, žensk, žrtev vojn, nezaposlenih in brezdomcev oz. razseljencev. V tem obdobju bo primarna naloga rehabilitacija gospodarske in socialne infrastrukture ter človeškega kapitala, prav tako pa bo pomembno pospeševanje dobrega upravljanja na vseh ravneh. V tej fazi naj bi se začela izdelava končnega PRSP. Zadnja faza zajema obdobje 2005–2010, ko naj bi DR Kongo zaključila proces gospodarske obnove in začela s potjo trajnostne rasti enakomernega razvoja za vse državljane. Uspeh v tej fazi bo odvisen od sposobnosti države privabljati kapitalne vloške s pomočjo odprtega gospodarstva in od tega, koliko bo uspela v tem času prihraniti (Democratic Republic of the Congo 2002: 27–28).

Poseben izziv I-PRSP predstavlja prav obnova in razvoj zdravstvenega sistema, saj je v burni zgodovini države doživel precejšnje zanemarjanje. Nekateri podatki, zajeti v I-PRSP kažejo na to, da okrog 37 % prebivalstva oz. približno 18,5 milijona ljudi nima dostopa do kakršnekoli zdravstvene nege. Visoka stopnja umrljivosti prizadene predvsem revne in najbolj ranljive, ljudi, živeče v ruralnih oz. sub-urbanih področjih, noseče ženske in otroke, stare manj kot pet let. Glavni vzroki umrljivosti so nizka stopnja osnovnih zdravstvenih kazalnikov, npr. podhranjenost in okužba z virusom HIV/AIDS (Democratic Republic of the Congo 2002: 12).

Glede na Drugo poročilo o napredku pri doseganju I-PRSP je DR Kongo naredila velik korak na področju zagotavljanja miru in dobrega upravljanja, s pomočjo mednarodne skupnosti je uspela zediniti državo in uvesti svobodne, transparentne in demokratične volitve (UPPE-SRP 2004: 2–3). Kljub temu bi morala še veliko postoriti na področju zagotavljanja varnosti in socialne blaginje svojih državljanov. Zaradi svoje krvave preteklosti in velikosti svojega ozemlja bo morala paziti, da se konflikt ne ponovi, predvsem v vzhodni regiji države.

V nadaljevanju bom analizirala uresničevanje MDG v DR Kongo.

5.4 Uresničevanje razvojnih ciljev tisočletja v DR Kongo

5.4.1 Četrty cilj

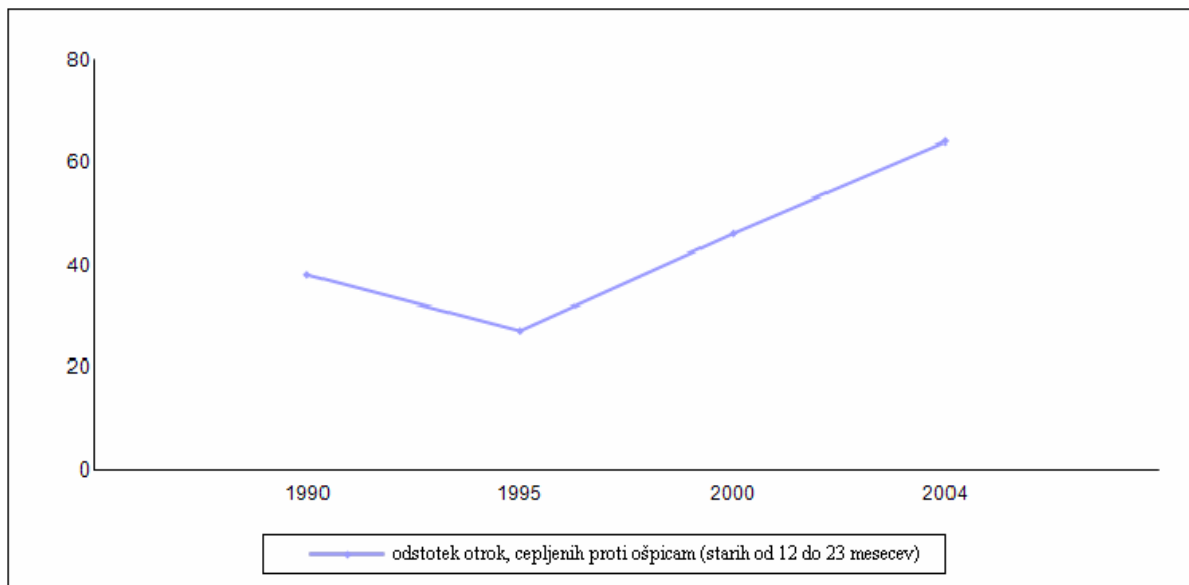
Stopnja umrljivosti dojenčkov je leta 2001 bila zelo visoka, saj je na 1000 živorojenih otrok umrlo 129 dojenčkov, v ruralnih predelih je ta številka bila še višja – 138. Leta 1998 je na 1000 otrok, mlajših od pet let, umrlo 213 otrok. DR Kongo je v primerjavi z Ugando v neprimerno slabšem položaju pri zagotavljanju osnovne zdravstvene nege za otroke, saj ima višjo U5MR kot tudi stopnjo umrljivosti dojenčkov. Glede na nedostopnost in zastarelost podatkov v DR Kongo je mogoče sklepati, da so te številke še višje (Democratic Republic of the Congo 2002: 12).

Tudi na področju cepljenja otrok je država v preteklih letih zaznala le malo ali nič napredka, saj je delež cepljenih otrok nizek. Pri tem predstavlja težavo predvsem finančna dostopnost cepiv, saj dobi država premalo razvojne pomoči, da bi jih lahko kupila (Democratic Republic of the Congo 2002: 12).

Graf 5.4.1.1 prikazuje upad, nato pa naraščanje krivulje, ki predstavlja odstotek cepljenih otrok proti ošpicam v DR Kongo v obdobju 1990 – 2004. Leta 1990 je bilo proti ošpicam cepljenih 38 % otrok, vendar pa je ta odstotek do leta 1995 upadel na 27 %. Čez pet let je bil nekoliko višji od začetnega deleža, saj je znašal 46 %, zadnji podatki iz leta 2004 pa kažejo, da je le 64 % otrok cepljenih proti ošpicam. DR Kongo ima v primerjavi z Ugando veliko nižji odstotek cepljenih otrok – približno na takšni ravni je bila Uganda leta 2000 (z 61 %) (World Bank 2007).

Glede na gibanje kazalnikov in trende v prihodnosti, je mogoče trditi, da DR Kongo do leta 2015 ne bo uspela doseči četrtega MDG.

Graf 5.4.1.1: Odstotek otrok, cepljenih proti ošpicam v starosti od 12 do 23 mesecev v DR Kongo



Vir: World Bank (2007).

5.4.2 Peti cilj

V DR Kongu od 65 % – 85 % porodov ni v navzočnosti strokovnega zdravniškega osebja, kar se odraža v visoki stopnji umrljivosti mater zaradi zapletov v nosečnosti ali pri porodu. Tako je bila leta 1995 po nacionalnih podatkih stopnja umrljivosti mater na 100.000 porodov 870, a se je to število do leta 2000 povzpelo na 1289 mrtvih na 100.000 porodov. Ta podatek DR Kongo uvršča med države z najvišjim deležem umrljivosti mater¹⁷ (Democratic Republic of the Congo 2002: 12).

Glede na skope podatke lahko ugotovimo, da v DR Kongu pri petem MDG ni prišlo do napredka, temveč se je stanje celo poslabšalo. Do leta 2015 peti MDG v DR Kongu najverjetneje ne bo dosežen.

¹⁷ Povprečna umrljivost mater za Afriko je 500 smrtnih primerov na 100.000 porodov, medtem ko je povprečna umrljivost dojenčkov 80 mrtvih na 1.000 živorojenih otrok (Democratic Republic of the Congo 2002: 12).

5.4.3 Šesti cilj

Stopnja razširjenosti virusa HIV/AIDS je leta 1999 znašala 5,07 %, kar je pomenilo 300.000 smrtnih žrtev letno. Od teh je bilo kar 80 % populacije v starosti od 15–49 let, kar predstavlja hudo breme za državo. Kar 8 % nosečih žensk je bilo leta 1999 okuženih z virusom HIV/AIDS, ta delež je narasel predvsem v vzhodnem delu države, kjer so potekali boji in je prišlo do množičnih posilstev žensk. Po nekaterih podatkih UNAIDS kar 90 % ljudi ne ve, da so okuženi. Mnogi zavračajo testiranje glede okuženosti z virusom, saj je plačljiv in pomeni veliko finančno breme za gospodinjstvo (Democratic Republic of the Congo 2002: 15). Leta 2000 je Ministrstvo za zdravje izdalo poročilo, v katerem ugotavlja, da je izmed dvanajstih nalezljivih bolezni najbolj razširjena malarija in je tudi na prvem mestu kot vzrok smrti otrok, mlajših od pet let (52,4 % vseh registriranih smrti je povezanih z malarijo). DR Kongo ima letno več kot 120 milijonov akutnih primerov okužbe z malarijo in 500.000 smrtnih primerov letno. Bolezen predstavlja veliko finančno breme za družino oz. gospodinjstvo, zato posamezniki redko poiščejo zdravniško pomoč, kar je velikokrat za mnoge usodno. Posebej ranljivi so otroci, mlajši od pet let, predvsem tisti, ki izhajajo iz revnejših družin. Leta 2001 naj bi le 6,3 % otrok uporabljalo mreže proti komarjem, obdelane z učinkovitim insekticidnim sredstvom (Democratic Republic of the Congo 2002: 15–16). Druga izmed najbolj razširjenih bolezni in glavni povzročitelj smrti pri odraslih, je tuberkuloza, ki je osiromašila tako družine kot tudi državo. Porast pojavnosti te bolezni sta povzročila epidemija virusa HIV/AIDS, kot tudi vojaški spori (Democratic Republic of the Congo 2002: 16).

Vlada je vložila veliko truda v izboljševanje zdravstvenega sektorja, predvsem v boju proti virusu HIV/AIDS z večsektorskim anti-AIDS programom in v boju proti malariji z različnimi akcijami, kot so razdeljevanje mrež proti komarjem, idr. S pomočjo mednarodnih organizacij je država skušala povečati število zdravstvenih ustanov in omogočiti dostop do njih tudi najrevnejšim slojem prebivalstva (UPPE-SRP 2004: 5). Kljub naporom vlade tudi šesti MDG do leta 2015 najverjetneje ne bo dosežen.

5.5 Sklep

Stanje v DR Kongo se po desetletjih sporov in vojn počasi umirja, toda nemiri, ki se občasno pojavljajo v državi po predsedniških in parlamentarnih volitvah leta 2006, pričajo

o tem, da so razmere še vedno nestabilne. Država je še zdaj v fazi obnove, kar jo ovira pri reševanju perečih razvojnih problemov, ki so se nakopičili. DR Kongo je po dolgotrajni vojni šele leta 2002 sprejela Vmesni strateški dokument za zmanjševanje revščine, s katerim je poskušala stabilizirati gospodarstvo in omogočiti razvoj ključnih gospodarskih sektorjev. Kljub temu da je I-PRSP uskladila z načeli MDG, pa to ni privedlo do uresničevanja izbranih MDG.

Pri analizi doseganja MDG v DR Kongo sem upoštevala dejstvo, da so podatki skopi, nekateri so zastareli ali pa predstavljajo zgolj približno oceno. Vendar pa lahko na podlagi zbranih podatkov z gotovostjo trdim, da država do leta 2015 ne bo dosegla nobenega izmed izbranih MDG. Vzrok za to lahko pripišemo desetletja trajajoči vojni in nemirni politični zgodovini ter revnemu gospodarstvu, ki se utaplja v težavah. Pomemben dejavnik pa vsekakor predstavlja neobstoječa učinkovita strategija razvoja, ki bi pospešila doseganje MDG in hkrati delovala kot spodbuda razvoju in splošnemu napredku države. Morda bi ob pravočasnem sprejemu izdelanih strategij razvoja in dobrem upravljanju lahko prišlo do doseganja ciljev, toda zdi se, da je DR Kongo ta čas že zamudila.

6. SKLEPNE MISLI

Po sedmih letih spremljanja in analiziranja podatkov pri doseganju MDG lahko ugotovimo, da se ti ne uresničujejo enakomerno, saj so nastale velike razlike med posameznimi kontinenti in državami, pa tudi med regijami znotraj držav samih. Optimistične napovedi mednarodne skupnosti o usklajenem uresničevanju MDG, predvsem pa o odpravi razlik pri doseganju razvoja, se žal niso uresničile. Prav tako so bila zmotna pričakovanja hitrega razvoja in doseganja MDG na področju podsaharske Afrike, saj ostaja to eno izmed najmanj razvitih regij na svetu.

V mednarodni skupnosti se vse bolj poudarja pomen dobrega upravljanja in izdelanih strategij razvoja v državah, zato sem v diplomskem delu poskušala poiskati povezavo med učinkovitimi strategijami razvoja in uresničevanjem treh (z zdravjem povezanih) MDG v dveh državah podsaharske Afrike. Glede na dosedanje ugotovitve diplomskega dela, mi v tem poglavju ne preostane drugega kot potrditev hipoteze, postavljene na začetku. Uganda, z izdelanimi strategijami razvoja ter učinkovitejšo gospodarsko in socialno politiko, bo prej dosegla izbrane MDG (enega je namreč že dosegla), medtem ko je DR Kongo pri tem v precejšnjem zaostanku. Slednja je v primerjavi z Ugando dokaj pozno sprejela Vmesni strateški dokument za zmanjševanje revščine, zato je morda še prezgodaj, da bi lahko ugotovili vpliv izdelanih strategij razvoja na doseganje MDG. Ne glede na to, pa DR Kongo, po napovedih sodeč, ne čaka svetla prihodnost, saj je ocena doseganja MDG izrazito pesimistična. Kljub temu da je pri tem Uganda v neprimerno boljšem položaju, pa bo morala v prihodnje pri izdelavi strategij razvoja dati več poudarka nekaterim najbolj izpostavljenim sektorjem, predvsem pa še veliko postoriti na področju izenačevanja razlik med posameznimi regijami v državi.

Iz analize lahko sklepamo, da je obstoj učinkovitih razvojnih strategij v DVR zadostni, ne pa tudi nujni pogoj pri uresničevanju MDG. Preprosto povedano, ima neka država lahko izdelane strategije razvoja, a jo pri doseganju MDG ovirajo nekateri zunanji ali notranji dejavniki (gospodarski šoki, vojne, politična nestabilnost itd.). Vseh dejavnikov, ki vplivajo na doseganje MDG seveda ne moremo skrčiti zgolj na enega samega, tj. učinkovitost strategij razvoja, toda dejstvo je, da je brez izdelanih in usklajenih gospodarskih in socialnih politik uresničevanje MDG upočasnjeno ali pa celo ustavljeno.

In kako bi lahko izkušnje obeh držav koristile ostalim DVR, predvsem državam podsaharske Afrike, pri hitrejšem doseganju izbranih MDG? Kakor kažejo izkušnje Ugande, razvojni cilji tisočletja niso neuresničljivi, toda potrebno je veliko truda, pa tudi nekaj časa, za nastanek učinkovitih strategij razvoja. Poseben poudarek bi morale DVR nameniti usklajevanju razvojnih strategij z načeli MDG, pri tem pa upoštevati specifično situacijo v državi in se temu prilagoditi. Ena izmed pomanjkljivosti pri nastajanju in izvajanju strategij razvoja, je vsekakor pomanjkanje nadzora pooblaščenih mednarodnih razvojnih agencij, pa tudi nezanimanje bogatih držav za razvojne probleme najrevnejših držav. In čeprav obstaja bojazen, da mnoge države podsaharske Afrike razvojnih ciljev ne bodo uresničile v predvidenem roku, upam, da jih bo večina sledila razvojni viziji Ugande in se hkrati učila iz napak DR Kongo.

Diplomsko delo predstavlja določen izziv, saj bo čez nekaj let potreben pregled zbranih podatkov in analiza stanja, da bi lahko ugotovili, v kolikšni meri so bile napovedi glede doseganja izbranih MDG (predvsem s pomočjo učinkovitih razvojnih strategij) v prihodnosti pravilne. Še vedno ostaja upanje, da se prvo desetletje 21. stoletja pri doseganju razvoja ne bo uvrstilo med »izgubljena desetletja« za podsaharsko Afriko, kakor sta bila to osmo in deveto desetletje 20. stoletja (Todaro in Smith 2006: 796). Žal je upanja z vsakim izgubljenim dnevom, uro, minuto in sekundo, predvsem pa z vsakim izgubljenim življenjem, vse manj.

SEZNAM VIROV

Dokumenti

1. *Copenhagen Declaration on Social Development and Programme of Action of the World Summit for Social Development*, sprejeta ob svetovnem vrhu o socialnem razvoju v Kopenhagenu, 12. marca 1995 in potrjena z resolucijo Generalne skupščine 50/161, 1. marca 1996. Dostopno na <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N96/769/39/pdf/N9676939.pdf?OpenElement> (7. maj 2007).
2. Kofi Annan (2001): *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration: Report of the Secretary General*, objavljeno na 56. zasedanju Generalne skupščine, 6. septembra 2001. Dostopno na <http://www.un.org/documents/ga/docs/56/a56326.pdf> (7. maj 2007).
3. Kofi Annan (2005): *V večji svobodi: za razvoj, varnost in človekove pravice za vse. Poročilo generalnega sekretarja Združenih narodov kot osnova za odločanje vodij držav in vlad na Vrhu septembra 2005*, objavljeno na 59. zasedanju Generalne skupščine, 21. marca 2005.
4. *Monterrey Consensus of the International Conference on Financing Development*, sprejet ob zaključku Mednarodne konference o financiranju za razvoj v Monterreyu, 22. marca 2002 ter razglašen z resolucijo Generalne skupščine 56/210B, 1. avgusta 2002. Dostopno na <http://www.un.org/esa/ffd/> (7. maj 2007).
5. *Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation*, sprejet na 43. visokem srečanju DAC/OECD, 6. in 7. maja 1996. Dostopno na <http://www.oecd.org/dataoecd/23/35/2508761.pdf> (7. maj 2007).
6. *Splošna deklaracija človekovih pravic*, sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 217 A (III), 10. decembra 1948. Dostopna na <http://www.varuh-rs.si/index.php?id=102> (7. maj 2007).
7. *United Nations Millennium Declaration*, sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine 55/2, 8. septembra 2000. Dostopna na <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> (7. maj 2007).

Literatura

1. Alarcon, Diana (2003): The MDGs in National Policy Frameworks. *Development Policy Journal* 3, 37–46.
2. Bučar, Maja in Matija Rojec (2003): *Odnosi sever-jug: Študijsko gradivo, I. del.* Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
3. Democratic Republic of the Congo (2002): “*Interim Poverty Reduction Strategy Paper*”. Kinshasa. Dostopno na http://poverty2.forumone.com/files/DRC_IPRSP.pdf (26. januar 2007).
4. Doornbos, Martin (2003): 'Good governance': The Rise and Decline of a Policy Metaphor? *Journal of Development Studies* 57(1), 3–17.
5. Economic Commission for Africa (2005): *The Millennium Development Goals in Africa: Progress and Challenges*. Addis Ababa: Economic Commission for Africa. Dostopno na http://www.uneca.org/mdgs/MDGS_in_Africa.pdf (18. marec 2007).
6. Economic Commission for Africa (2006): *Economic Report on Africa 2006: Capital Flows and Development Financing in Africa*. Addis Ababa: ECA. Dostopno na http://www.uneca.org/eca_resources/publications/books/era2006/full.pdf (19. marec 2007).
7. Economic Policy Research Centre – EPRC (2002): *Costing the Millennium Development Goals: Uganda Country Study*. Kampala: Makerere University. Dostopno na http://www.undg.org/documents/2292-Uganda_-_MDG_Costing_Study_-_Uganda_Country_Study.doc (17. julij 2006).
8. Grugel, Jan (1999): Development and Democratic Political Change in the South. *Journal of International Relations and Development* 2(4), 403–425.
9. Hamdok, Abdalla (2001): “*Governance and Policy in Africa: Recent Experiences*”. Helsinki: United Nations University, World Institute for Development Economics Research, UNU/WIDER Discussion Paper, 2001/126. Dostopno na <http://www.wider.unu.edu/publications/dps/dp2001-126.pdf#search=%22Hamdok%20Governance%20and%20Policy%20in%20Africa%3A%20> (20. november 2006).
10. Hettne, Björn, Anthony Payne in Fredrik Söderbaum (1999): Rethinking Development Theory: Guest Editors' Introduction. *Journal of International Relations and Development* 2(4), 354–357.

11. Hobden, Stephen in Richard Wyn Jones (2001): Marxist theories of International Relations. V Baylis, John in Steve Smith (ur.) *The Globalization of World Politics: An Introduction to International Relations*, 200–221. New York: Oxford University Press.
12. Holmgren, Torgny, Louis Kasekende, Michael Atingi-Ego in Daniel Ddamulira (2001): Uganda. V Devarajan Shantayanan, David Dollar in Torgny Holmgren (ur.) *Aid and reform in Africa: a report from ten countries*, 101–163. Washington, DC: the World Bank.
13. International Monetary Fund in World Bank (2004): “*Poverty Reduction Strategy Paper – Progress in Implementation*”. Washington D.C.: International Monetary Fund and the World Bank. Dostopno na <http://www.imf.org/external/np/prspgen/2004/09/2004.pdf> (26. januar 2007).
14. Kiakwama, Gilbert in Jerome Chevallier (2001): Democratic Republic of Congo. V Devarajan Shantayanan, David Dollar in Torgny Holmgren (ur.) *Aid and reform in Africa: a report from ten countries*, 627–644. Washington, DC: The World Bank.
15. Kiely, Ray (2005): Capitalist expansion and the imperialism – globalization debate: contemporary Marxist explanations. *Journal of International Relations and Development* 8(1), 27–57.
16. Klugman, Jeni (2002): Overview. V Klugman, Jeni (ur.) *A sourcebook for poverty reduction strategies: core techniques and cross-cutting issues*, 1–24. Washington, D.C.: The World Bank. Dostopno na http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/08/18/000112742_20040818172234/Rendered/PDF/2980000182131497813.pdf (15. januar 2007).
17. Maxwell, Simon (2006): Heaven or hubris: Reflections on the new 'New Poverty Agenda'. V Black, Richard in Howard White (ur.) *Targeting Development: Critical Perspectives on the Millennium Development Goals*, 25–46. London in New York: Routledge.
18. Ministry of Finance, Planning and Economic Development – MFPED (2003): “*The Millennium Development Goals Progress Report for Uganda*”. Kampala. Dostopno na http://www.undg.org/documents/5263-Uganda_MDG_Report__2003_.pdf (24. julij 2006).

19. Ministry of Finance, Planning and Economic Development – MFPED (2004): “*Poverty Eradication Action Plan 2004/5-2007/8*”. Kampala, IMF Country Report, 05/307. Dostopno na <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2005/cr05307.pdf> (1. avgust 2006).
20. Natek, Karel in Marjeta (2000): *Države sveta 2000*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
21. Payne, Anthony (1999): Reframing the Global Politics of Development. *Journal of International Relations and Development* 2(4), 369–379.
22. Pease, Kelly-Kate S. (2003): *International Organizations: perspectives on governance in the twenty-first century*. New Jersey: Prentice Hall.
23. Preston, Peter Wallace (1996): *Development Theory: an Introduction*. Oxford, Cambridge Massachusetts: Blackwell.
24. Steering Committee for the Poverty Reduction Strategy Preparation Process – UPPE-SRP (2004): “*Second Progress Report on the I-PRSP Implementation and the Formulation of the Full PRSP: June 2003-June 2004*”. Kinshasa, IMF Country Report, No. 04/223. Dostopno na <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2004/cr04223.pdf> (1. avgust 2006).
25. Thomas, Caroline (1999): Poverty, Development and Hunger. V Baylis, John in Steve Smith (ur.) *The Globalization of World Politics: An Introduction to International Relations*, 449–469. New York: Oxford University Press.
26. Todaro, Michael P. (1991): *Economic Development in the Third World*. New York, London: Longman.
27. Todaro, Michael P. in Stephen C. Smith (2006): *Economic Development*. Harlow: Pearson Education Limited.
28. Tooze, Roger (1999): International Political Economy in an Age of Globalization. V Baylis, John in Steve Smith (ur.) *The Globalization of World Politics: An Introduction to International Relations*, 212–231. New York: Oxford University Press.
29. UN Millennium Project (2004): “*Millennium Development Goals Needs Assessments: Country Case Studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda*”. Working paper. Dostopno na http://www.unmillenniumproject.org/documents/mp_cc_spaper_jan17_04.pdf (24. julij 2006).

30. UN Millennium Project (2005): *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. New York: Earthscan. Dostopno na <http://www.unmillenniumproject.org/documents/MainReportComplete-lowres.pdf> (17. april 2006).
31. White, Howard in Richard Black (2006): Millennium Development Goals: A drop in the ocean? V Black, Richard in Howard White (ur.) *Targeting Development: Critical Perspectives on the Millennium Development Goals*, 1–24. London in New York: Routledge.
32. White, Howard (2006): Reducing infant and child death. V Black, Richard in Howard White (ur.) *Targeting Development: Critical Perspectives on the Millennium Development Goals*, 209–234. London in New York: Routledge.
33. White, Howard (2006a): Using development goals and targets for donor agency performance measurement. V Black, Richard in Howard White (ur.) *Targeting Development: Critical Perspectives on the Millennium Development Goals*, 47–76. London in New York: Routledge.
34. World Health Organization – WHO (2005): “*Health and the Millennium Development Goals*”. Geneva: World Health Organization. Dostopno na http://www.who.int/hdp/publications/mdg_en.pdf (11. julij 2006).

Elektronski viri

1. BBC News (2007): *Timeline: Democratic Republic of Congo*. Dostopno na http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/country_profiles/1072684.stm (28. marec 2007).
2. International Monetary Fund (2005): *Factsheet - Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP)*. Dostopno na <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/prsp.htm> (26. januar 2007).
3. International Monetary Fund (2007): *Factsheet - Debt Relief Under the Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative*. Dostopno na <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/hipc.htm> (20. april 2007).
4. United Nations Statistics Division (2006): *Unstats: Millennium Indicators*. Dostopno na <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx> (26. januar 2007).
5. World Bank (2007): *DDP Quick Query*. Dostopno na <http://ddp-ext.worldbank.org/ext/DDPQQ/report.do?method=showReport> (31. januar 2007).

PRILOGE

Priloga A: Razvojni cilji tisočletja in pripadajoče naloge

Prvi cilj: Izkoreninjenje skrajne revščine in lakote	Prva naloga: V obdobju od 1990 do 2015 prepoloviti število ljudi, katerih prihodki so nižji od enega USD na dan. Druga naloga: V obdobju od 1990 do 2015 prepoloviti število ljudi, ki trpijo zaradi lakote.
Drugi cilj: Zagotoviti osnovnošolsko izobraževanje po vsem svetu	Tretja naloga: Zagotoviti, da bodo imeli otroci po vsem svetu, dečki in deklice, do leta 2015 možnost končati celotno osnovnošolsko izobraževanje.
Tretji cilj: Spodbujati enakost med spoloma in pooblašanje žensk	Četrta naloga: Odpraviti neenakost med spoloma v osnovnošolskem in srednješolskem izobraževanju, najbolje do leta 2005, in na vseh stopnjah izobrazbe najpozneje do leta 2015.
Četrty cilj: Zmanjšanje umrljivosti otrok	Peta naloga: Od 1990 do 2015 zmanjšati za dve tretjini stopnjo umrljivosti otrok, mlajših od pet let.
Peti cilj: Izboljšati zdravstveno stanje mater	Šesta naloga: Od 1990 do 2015 za tri četrtine zmanjšati stopnjo umrljivosti mater.
Šesti cilj: Boj proti virusu HIV/AIDS, malariji in drugim boleznim	Sedma naloga: Do leta 2015 zaustaviti in zasukati širjenje HIV/AIDS. Osma naloga: Do leta 2015 zaustaviti in zasukati pojav malarije in drugih hujših bolezni.
Sedmi cilj: Zagotoviti okoljsko trajnost	Deveta naloga: Vključiti načela trajnostnega razvoja v državno politiko in programe ter zaustaviti izgubo okoljskih virov. Deseta naloga: Do leta 2015 prepoloviti število ljudi, ki nimajo trajnostnega dostopa do varne pitne vode in osnovnega zdravstva. Enajsta naloga: Do leta 2020 doseči znatno izboljšanje življenja za najmanj 100 milijonov prebivalcev barakarskih naselij.

<p>Osmi cilj: Razviti svetovno partnerstvo za razvoj</p>	<p>Dvanajsta naloga: Nadalje razviti odprto, po pravilih osnovano, napovedljivo, nediskriminatorno trgovino in finančni sistem (vključno z obveznostjo do dobrega upravljanja, razvoja in zmanjšanja revščine – na državni in mednarodni ravni).</p> <p>Trinajsta naloga: Obravnavati posebne potrebe najmanj razvitih držav (vključno z dostopom brez tarif in kvot za izvoz najmanj razvitih držav; razširjen program oprostitev od davka za močno zadolžene revne države in ukinitvev uradnega dvostranskega dolga; in bolj velikodušna uradna razvojna pomoč za države, ki so se obvezale, da bodo zmanjšale revščino).</p> <p>Štirinajsta naloga: Obravnavati posebne potrebe kopenskih držav in manjših otoških držav v razvoju (s Programom ukrepov za trajnostni razvoj manjših otoških držav v razvoju in rezultatom 22. posebnega zasedanja Generalne skupščine).</p> <p>Petnajsta naloga: Vsestransko obravnavati težave zadolženosti v državah v razvoju prek državnih in mednarodnih ukrepov, da bi postal dolg dolgoročno trajnosten.</p> <p>Šestnajsta naloga: V sodelovanju z državami v razvoju razviti in izvajati strategije za spodobno in produktivno delo za mlade.</p> <p>Sedemnajsta naloga: Omogočiti v državah v razvoju v sodelovanju s farmacevtskimi podjetji dostop do osnovnih zdravil, ki si jih je mogoče privoščiti.</p> <p>Osemnajsta naloga: V sodelovanju z zasebnim sektorjem omogočiti dostop do prednosti novih tehnologij, predvsem informacij in komunikacij.</p>
---	---

Vir: prirejeno po (Annan 2005: 29–31).