



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ: ΔΙΕΘΝΩΝ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΜΣ «ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Επιβλέπων καθηγητής: Τσάλτας Γρ.

ΘΕΜΑ: *«Η εξάλειψη της Φτώχειας και ο αναπτυξιακός στόχος της καταπολέμησης του HIV/AIDS, της ελονοσίας και άλλων ασθενειών. Κριτική αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης, εξελίξεις και προοπτικές. Η περίπτωση της υποσαχάριας Αφρικής»*



ΜΑΪΟΣ 2012

Αλιπράντη Αιμιλία
Α.Μ.:1209Μ041

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ.....	4
-----------------	---

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
-----------------------	---

ΛΙΑΡΘΡΩΣΗ ΚΑΙ ΖΗΤΟΥΜΕΝΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	12
--------------------------------------	----

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΦΤΩΧΕΙΑ	13
2. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ «ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ».....	18
ο 2.1 Στόχος και επιδιώξεις	18
ο 2.2 Παγκόσμια δράση για την καταπολέμηση της φτώχειας.....	18
▪ 2.2.1 Δράσεις του ΟΗΕ.....	19
▪ 2.2.2 Δράσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας.....	23
▪ 2.2.3 Δράσεις του ΠΟΕ.....	26
▪ 2.2.4 Άλλες δράσεις.....	29
3. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	35

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

1. 6ος ΣΤΟΧΟΣ ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ «ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ HIV/AIDS, ΤΗΣ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ».....	42
2. ΜΕΓΑΛΕΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.....	43
▪ 2.1 AIDS.....	43
- 2.1.1 Περιγραφή ασθένειας.....	43
- 2.1.2 Κατάσταση στον κόσμο.....	44
▪ 2.2 Φυματίωση.....	47
- 2.2.1 Περιγραφή ασθένειας.....	47

- 2.2.2 Κατάσταση στον κόσμο.....	48
▪ 2.3 Ελονοσία.....	50
- 2.3.1 Περιγραφή ασθένειας.....	50
- 2.3.2 Κατάσταση στον κόσμο.....	51
▪ 2.4 Άλλες ασθένειες	53
3. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΔΡΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ 6 ^ο ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΣΤΟΧΟ.....	54
▪ 3.1 Δράσεις του ΟΗΕ.....	54
▪ 3.2 Δράσεις του ΠΟΥ.....	60
▪ 3.3 Δράσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας.....	63
▪ 3.4 Άλλες δράσεις	66
4. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	71

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΥΝΔΕΣΗ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ.....	84
▪ 1.1 Η φτώχεια προκαλεί ασθένειες.....	85
▪ 1.2 Οι ασθένειες οδηγούν στη φτώχεια.....	92
2. ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.....	103

ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	107
2. ΑΠΟΚΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ.....	109
3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΣΑΧΑΡΙΑΣ ΑΦΡΙΚΗΣ.....	112
4. ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΑΧΑΡΙΑ ΑΦΡΙΚΗ.....	123
5. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	133
6. ΧΩΡΕΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΑΝ ΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΑ.....	150
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	156

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	160
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	172
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....	173
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	175

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΓΓ	Γενικός Γραμματέας
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΕΑΧ	Ελάχιστα Ανεπτυγμένες Χώρες
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΕ	Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMFM	Affordable Medicines Facility for Malaria
ART	Antiretroviral Treatment
ASYCUDA	Automated SYstem for CUstoms Data
CAADP	Comprehensive Africa Agriculture Development Programme
DAC	Development Assistance Committee
DMFAS	Debt Management Financial and Analysis System
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course
ECOSOC	Economic and Social Council
EDCTP	European and Developing Countries Clinical Trials Partnership
FAO	Food and Agriculture Organization
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GMP	Global Malaria Programme
HDI	Human Development Index
HIV	Human Immune-Deficiency Virus
IDA	International Development Association
IFAD	International Fund for Agricultural Development
ILO	International Labour Organization

ITN	Insecticide-treated mosquito net
LLINs	Long Lasting Insecticidal Net
MAP	Multi-Country AIDS Program
MDR-TB	Multi-drug-resistant tuberculosis
MPI	Multidimensional Poverty Index
NACP	Nation AIDS Co-ordination Programme
NEPAD	New Partnership for Africa's Development
ODA	Official Development Assistance
PEPFAR	US President's Emergency Plan for AIDS Relief
PMTCT	Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV
PRGF	Poverty Reduction Growth Facility
PRSC	Poverty Reduction Support Credit
RBM	Roll Back Malaria
SWAps	Sector-Wide Approaches
TB	Tuberculosis
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNDG	United Nations Development Group
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα, η παγκόσμια κοινότητα έστρεψε το ενδιαφέρον της σε ένα αειφόρο μοντέλο ανάπτυξης και αποφάσισε να συντονίσει και να κατευθύνει τις δράσεις της προς μια σφαιρική αντιμετώπιση των προβλημάτων της παγκόσμιας κοινωνίας που την εμποδίζουν να συναντήσει την ευημερία της. Δημιουργήθηκαν οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας που διαμορφώνουν ένα πλαίσιο αντιμετώπισης των βασικότερων προβλημάτων-προκλήσεων που αντιμετωπίζει η ανθρωπότητα τη σύγχρονη εποχή.

Οι στόχοι για πρώτη φορά αναφέρθηκαν το 1995 στη σύνοδο των Υπουργών Ανάπτυξης των κρατών-μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ)¹ για την Επιτροπή Αναπτυξιακής Βοήθειας (DAC) και αφορούσαν στις επιδιώξεις και στο σχεδιασμό πολιτικών για τον 21^ο αιώνα. Αποκύημα αυτής της συνεδρίασης ήταν η έκθεση “Shaping the 21st Century: The Contribution of development Co-operation”² που εκδόθηκε το 1996. Στην έκθεση διατυπώνεται ένα ευρύ στρατηγικό πλαίσιο υλοποίησης επτά στόχων για την πρόοδο της ανάπτυξης τον αιώνα που ακολουθούσε.³

Το Σεπτέμβριο του 2000 πραγματοποιήθηκε η Διάσκεψη της Χιλιετίας υπό την αιγίδα του ΟΗΕ στη Νέα Υόρκη, με την παρουσία των ηγετών 189 χωρών, όπου καταρτίστηκε η Διακήρυξη της Χιλιετίας⁴ η οποία και περιλαμβάνει τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας. Ουσιαστικά πρόκειται για μια φιλόδοξη δέσμευση για συνεργασία για την οικοδόμηση ενός ασφαλέστερου, δικαιότερου και πιο ευημερούς κόσμου. Στη Διακήρυξη ενσωματώθηκε ένα μεγάλο μέρος των στόχων της DAC αλλά προστέθηκαν και νέοι, όπως ο στόχος για την εξάλειψη της πείνας, την αναστροφή της εξάπλωσης μεγάλων ασθενειών και την πρόσβαση σε πόσιμο νερό.

¹ Βλ. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_36734052_36734103_1_1_1_1_1,00.html

² <http://www.oecd.org/dataoecd/23/35/2508761.pdf>

³ Βλ. Devarajan, Sh., Miller, M. J., Swanson, E. V., *Goals for Development: History, Prospects and Costs*, World Bank Policy Research Working Paper No. 2819, April 2002.

⁴ Για το κείμενο της Διακήρυξης της Χιλιετίας βλ. Παράρτημα Ι

Ουσιαστικά οι 8 Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας⁵ αποτελούν ένα παγκόσμιο σχέδιο δράσης με χρονικό ορίζοντα το 2015. Όλες οι χώρες και οι μεγαλύτεροι οργανισμοί, όπως ο ΟΟΣΑ, ο ΟΗΕ, η Παγκόσμια Τράπεζα καθώς και διάφορες ΜΚΟ έχουν συμφωνήσει την από κοινού δράση για την επίτευξη και επιτυχία των στόχων που θα οδηγήσουν στην ευημερία όλων των ανθρώπων.

Συγκεκριμένα, οι Στόχοι είναι οι εξής:

1. Εξάλειψη της απόλυτης φτώχειας και πείνας.
2. Εξασφάλιση πρόσβασης στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση για όλα τα παιδιά.
3. Προαγωγή της ισότητας των φύλων και ενδυνάμωση των γυναικών.
4. Μείωση της παιδικής θνησιμότητας.
5. Βελτίωση της μητρικής υγείας.
6. Καταπολέμηση του AIDS, της ελονοσίας και άλλων ασθενειών.
7. Εξασφάλιση περιβαλλοντικής αειφορίας.
8. Επίτευξη παγκόσμιας συνεργασίας για την ανάπτυξη.

Ο κάθε αναπτυξιακός στόχος περιλαμβάνει κάποια επιμέρους βήματα που πρέπει να πραγματοποιηθούν για να επιτύχουμε το βασικό σκοπό. Οι στόχοι συσχετίζονται και αλληλοσυμπληρώνονται. Η δράση λαμβάνει χώρα σε δύο επίπεδα, το παγκόσμιο και το εθνικό.

Το τι θα επιτευχθεί σχετικά με τους αναπτυξιακούς στόχους εξαρτάται κυρίως από τις δράσεις των ίδιων των χωρών, όπως βελτίωση της δημόσιας πολιτικής, ορθότερη κατανομή των δημόσιων δαπανών, αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών. Η διεθνής κοινότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο με την παροχή οικονομικής βοήθειας για την υποστήριξη του έργου των χωρών που δεν διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους.

Σήμερα, οι τελευταίες εξελίξεις δείχνουν πως, στο σύνολο του παγκόσμιου πληθυσμού, δυο από τους στόχους της χιλιετίας επιτεύχθηκαν ήδη. Η μία επιτυχία αφορά στο σύνολο του παγκόσμιου πληθυσμού που διαβεί κάτω από τα όρια της φτώχειας που εκτιμάται ότι το 2010 έφθασε στο μισό του συνόλου του 1990.⁶ Η δεύτερη επιτυχία αφορά στο στόχο για την πρόσβαση σε πόσιμο νερό όπου το 2010, το 89%⁷ του

⁵ Βλ. Millennium Development Goals (MDGs) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.un.org/millenniumgoals/>

⁶ Βλ. <http://www.economist.com/node/21548963>

⁷ Το ποσοστό είναι 1% περισσότερο από τον αναμενόμενο στόχο (88%).

παγκόσμιου πληθυσμού, περίπου 6,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, απολάμβαναν την πρόσβαση σε ασφαλές πόσιμο νερό. Εκτιμάται ότι έως το 2015, το 92% του παγκόσμιου πληθυσμού θα έχει πρόσβαση σε βελτιωμένες πόσιμο νερό.⁸

Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση Προόδου για την πορεία των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας για το 2011⁹, από το 2000 μέχρι σήμερα, εκατομμύρια άνθρωποι έχουν καταφέρει να διαφύγουν της απόλυτης φτώχειας, να γλιτώσουν από θανατηφόρες ασθένειες και απέκτησαν πρόσβαση σε πόσιμο νερό. Εκατομμύρια παιδιά απέκτησαν πρόσβαση στην εκπαίδευση και το επίπεδο διαβίωσης αρκετών γυναικών έχει βελτιωθεί μειώνοντας τη μητρική θνησιμότητα και δίνοντας τους νέες ευκαιρίες. Αλλά όπως τόνισε ο Γενικός Γραμματέας του ΟΗΕ¹⁰, Ban Ki Moon, υπάρχουν αρκετοί επιμέρους στόχοι και χρειάζεται ακόμα αρκετός δρόμος, για να υπάρξουν σημαντικά αποτελέσματα¹¹.

Μερικές από τις αναπτυσσόμενες χώρες έχουν σημειώσει σημαντικές επιτυχίες στον αγώνα κατά της φτώχειας. Μάλιστα, βάσει του συνολικού παγκόσμιου ποσοστού της φτώχειας και την ανάπτυξη που παρουσιάζουν χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, φαίνεται να δικαιώνονται κάποιες αρκετά αισιόδοξες απόψεις που έχουν διατυπωθεί, όπως της Παγκόσμιας Τράπεζας, ότι ο στόχος είναι επιτεύξιμος μέχρι το 2015 και ότι αναμένεται να πέσει κάτω από το 15% παρά τις αντιξοότητες που προκαλούνται από τη σημερινή οικονομική, διατροφική και ενεργειακή κρίση.

Η Έκθεση έδειξε, επίσης, πως υπάρχει επιτυχία όσον αφορά στην πρόσβαση σε θεραπείες κατά του HIV/AIDS και πως η εξάπλωση του ιού παρουσιάζει μια πτωτική πορεία. Χάρη στην ενίσχυση της χρηματοδότησης, των εντατικότερων ελέγχων και τη διανομή ειδικών κουνουπιέρων εμποτισμένων με εντομοκτόνο στις περιοχές που υπάρχει ανάγκη, οι θάνατοι από ελονοσία μειώθηκαν κατά 20%. Θετικά νέα υπάρχουν και στην περίπτωση της φυματίωσης.

⁸ Βλ. <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=41465&Cr=MDGs&Cr1>

⁹ Κάθε χρόνο, συντάσσεται η Ετήσια Έκθεση Προόδου των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας. Πρόκειται για μια ετήσια αξιολόγηση για την πρόοδο που έχει επιτευχθεί σε κάθε περιοχή για την πραγματοποίηση των στόχων της χιλιετίας. Περιλαμβάνει τα πιο πρόσφατα και τεκμηριωμένα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από τις περισσότερες υπηρεσίες των Ηνωμένων Εθνών αλλά και παγκόσμιες.

Για την Έκθεση Προόδου του 2011, βλ. UN, *The Millennium Development Goals Report 2011*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf

¹⁰ Την Έκθεση παρουσίασε ο ΓΓ των Ηνωμένων Εθνών, στην ετήσια συνάντηση του ECOSOC (Economic and Social Council) στην Γενεύη στις 7 Ιουλίου 2011.

¹¹ Βλ. ομιλία το ΓΓ του ΟΗΕ στο ECOSOC για την παρουσίαση της Έκθεσης Προόδου 2011 στην Γενεύη, 7 Ιουλίου 2011 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.un.org/apps/sg/sgstats.asp?nid=5401>

Σημαντική πρόοδος στον τομέα της εκπαίδευσης έχει γίνει σε κάποια από τα πιο φτωχά κράτη του κόσμου. Υπάρχουν κράτη όπως το Μπουρούντι, η Ρουάντα, η Σαμόα, το Σάο Τόμε και Πρίνσipe, το Τόνγκο και η Τανζανία που οι προσπάθειες για καθολική πρόσβαση στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση έχουν στεφθεί με επιτυχία και σε άλλες χώρες τα ποσοστά πρόσβασης στην εκπαίδευση το 2009 ήταν αυξημένα κατά 25% από το 1999. Βέβαια, ο στόχος, τώρα, πρέπει να επεκταθεί στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Ο αριθμός των νηπίων κάτω των 5 ετών που πεθαίνουν ετησίως μειώθηκε το 2009 σε 8,1 εκατομμύρια από 12,4 εκατομμύρια που ήταν το 1990, δηλαδή 12.000 παιδιά λιγότερα τη μέρα στον κόσμο. Σε αυτό έχουν συμβάλει προγράμματα όπως οι εκστρατείες εμβολιασμού και για παράδειγμα, τα κρούσματα θανάτου από ιλαρά έχουν μειωθεί κατά 78% από το 1990. Βέβαια, ο μεγάλος αριθμός των παιδικών θανάτων δείχνει πως πρέπει ακόμα να γίνουν πολλά.

Στις θετικές εξελίξεις περιλαμβάνεται και το γεγονός ότι μεταξύ 1990 και 2008, περίπου 1,1 δισεκατομμύρια άτομα που ζουν σε αστικές περιοχές και 723 εκατομμύρια άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές απέκτησαν πρόσβαση σε πόσιμο νερό. Ο στόχος, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, θεωρείται πως έχει επιτευχθεί αλλά η επιτυχία του οφείλεται από τα ποσοστά στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική, τη Βόρεια Αφρική και σε κάποιες περιοχές της Ασίας.

Όμως, όπως φαίνεται από την Έκθεση Προόδου του 2011, η πρόοδος και οι θετικές εξελίξεις στον τομέα των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας δεν αφορούν σε όλες τις παγκόσμιες περιφέρειες ούτε σε όλες τις κοινωνικές ομάδες. Οι μεγάλες ανισότητες συνεχίζουν να επικρατούν στον κόσμο και το χάσμα Βορρά – Νότου συνεχίζει να είναι έντονο. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των αστικών περιοχών και των αγροτικών περιοχών. Επίσης η εξέλιξη των στόχων έχει επηρεάσει διαφορετικά και ελάχιστα αυτούς που βρίσκονται στην κατώτερη οικονομική ή κοινωνική κλίμακα είτε βρίσκονται σε μειονεκτική θέση λόγω φύλου, φυλής, ηλικίας ή ίσως κάποιας αναπηρίας. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε και ο ΓΓ του ΟΗΕ, «*οι φτωχότεροι των φτωχών έχουν μείνει πίσω*»¹².

¹² «{..} *The poorest of the poor are being left behind.*» από την ομιλία το ΓΓ του ΟΗΕ, Ban Ki Moon, στο ECOSOC για την παρουσίαση της Έκθεσης Προόδου 2011 στην Γενεύη, 7 Ιουλίου 2011 διαθέσιμο στο <http://www.un.org/apps/sg/sgstats.asp?nid=5401>

Η μεγάλη πρόοδος στο θέμα της καταπολέμησης της φτώχειας και τα παγκόσμια ποσοστά που σημειώνονται δείχνοντας ότι ο στόχος θα είναι επιτεύξιμος μέχρι το 2015, οφείλονται κυρίως στην ταχεία ανάπτυξη που έχουν ασιατικές χώρες, ιδιαίτερα οι χώρες της Ανατολικής Ασίας, και κυρίως η Κίνα.. Στην περιφέρεια της Υποσαχάριας Αφρικής δεν έχει φανεί καμιά σημαντική βελτίωση των ποσοστών φτώχειας εδώ και είκοσι χρόνια και γενικά οι ελάχιστα αναπτυγμένες χώρες ανά την υφήλιο εξακολουθούν να υστερούν στις προσπάθειες για τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης των πληθυσμών τους. Μεγάλες διαφορές εντοπίζονται και στο εσωτερικό των χωρών με τις κοινωνικές ανισότητες να έχουν αυξηθεί υπερβολικά.¹³ Τα ποσοστά ανεργίας που υφίστανται οι φτωχές χώρες συνεχίζουν να είναι ιδιαίτερα υψηλά και το φαινόμενο αυτό έχει αρχίσει να πλήττει και τις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου δυσχεραίνοντας την κατάσταση. Επίσης, το χάσμα καταμερισμού του πλούτου συνεχίζει να διευρύνεται μεταξύ των εύπορων και περιθωριοποιημένων κοινωνικών ομάδων και μεταξύ του αστικού και αγροτικού πληθυσμού.

Σύμφωνα με την Έκθεση, τα παιδιά που διαβιών κάτω από το όριο της φτώχειας είναι αυτά που πλήττονται περισσότερο από προβλήματα υγείας και διατροφής. Το 2009, σχεδόν το ¼ των παιδιών στον αναπτυσσόμενο κόσμο ήταν υποσιτισμένα, εκ των οποίων τα φτωχότερα βρίσκονταν σε δυσχερέστερη θέση. Τα παιδιά των πιο φτωχών οικογενειών του αναπτυσσόμενου κόσμου έχουν διπλάσιες πιθανότητες να μην επιβιώσουν μέχρι τα πέντε τους χρόνια από ότι τα παιδιά των οικογενειών που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική μοίρα.

Περίπου το 42% των παιδιών, παγκοσμίως, δεν εγγράφονται στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Οι παράγοντες, όπως να είναι το παιδί κορίτσι ή φτωχό ή να ζει σε εμπόλεμη ζώνη αυξάνουν την πιθανότητα να μην πάει σχολείο.

Οι γυναίκες, περιθωριοποιημένη κοινωνική ομάδα συνήθως στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, συνεχίζουν να συναντούν εμπόδια σε πολλούς τομείς όπως την εξεύρεση αξιοπρεπούς αμειβόμενης εργασίας.

Η Έκθεση, επίσης, αναφέρει ότι οι συνθήκες υγιεινής δεν έχουν βελτιωθεί σε περιπτώσεις πολύ φτωχών ή για όσους ζουν σε αγροτικές περιοχές των αναπτυσσόμενων

¹³ Δήλωση του ΓΓ του ΟΗΕ, Ban Ki Moon, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.un.org/apps/sg/offthecuff.asp?nid=1875>

χωρών. Υπολογίζεται πως πάνω από 2,6 δισεκατομμύρια άνθρωποι εξακολουθούν να μην έχουν τουαλέτες ή άλλες βελτιωμένες μορφές αποχέτευσης.¹⁴ Επίσης, όποια πρόοδος και να έχει γίνει σε αυτό τον τομέα, συνήθως, δεν αφορά τα πολύ φτωχά κοινωνικά στρώματα¹⁵.

Σημαντικός παράγοντας στις όποιες θετικές εξελίξεις και πρόοδο έχει πραγματοποιηθεί σχετικά με τους στόχους της χιλιετίας είναι η διεθνής χρηματοδότηση μέσω της οποίας προωθήθηκαν σημαντικά προγράμματα και δράσεις. Όπως είχε συμφωνηθεί στη Σύνοδο Κορυφής των Ηνωμένων Εθνών, το Σεπτέμβριο του 2010, απαραίτητη για την επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας είναι η ενίσχυση της συντονισμένης συλλογικής δράσης και η διερεύνηση των προσεγγίσεων. Χρειάζεται επιτακτικά, *μια ανανεωμένη παγκόσμια εταιρική σχέση για την ανάπτυξη και την παγκόσμια κοινωνική πρόοδο*¹⁶.

Στην επικείμενη Συνδιάσκεψη στο Ρίο, που θα λάβει χώρα τον Ιούνιο του 2012, η Διεθνής Κοινότητα θα επανεξετάσει και θα συζητήσει τη μετεξέλιξη των στόχων για την ανάπτυξη της ανθρωπότητας με στόχο τη διαμόρφωση εκ νέου του πεδίου δράσεως για τη φτώχεια, την κοινωνική ισότητα και την προστασία του περιβάλλοντος. Η Διάσκεψη επιδιώκει να επικεντρωθεί στην προώθηση μιας πράσινης οικονομίας στο πλαίσιο της αειφόρου ανάπτυξης για την εξάλειψη της φτώχειας. Απώτερος στόχος είναι να ληφθούν νέα μέτρα για τη μείωση της φτώχειας, την πρόσβαση όλων των ατόμων σε αξιοπρεπής εργασία, την καθαρή ενέργεια και για μια πιο βιώσιμη και δίκαιη χρήση των φυσικών πόρων.¹⁷ Για το αν η Διάσκεψη θα ανταποκριθεί στις φιλοδοξίες που έχουν δημιουργηθεί γύρω από αυτήν, θα κριθεί από αν θα υπάρξει η συμμετοχή μεγάλων παραγόντων της διεθνούς κοινότητας αλλά και από τη διάθεση των συμμετεχόντων να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα εις βάθος και με συλλογικότητα έχοντας ως κινητήριο μοχλό το κοινό συμφέρον και όχι το ιδιον κέρδος.

¹⁴ Μόνο 63% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει πρόσβαση σε βελτιωμένες εγκαταστάσεις υγιεινής και προβλέπεται να αυξηθεί μόλις στο 67% έως το 2015 κάτι που υπολείπεται πολύ του στόχου που είναι το 75%.

¹⁵ Παράδειγμα οι περιοχές της Νότιας Ασίας όπου οι συνθήκες υγιεινής για το 40% των φτωχών νοικοκυριών δεν έχει βελτιωθεί καθόλου από τα επίπεδα του 1990.

¹⁶ Δηλώσεις του ΓΓ του ΟΗΕ, Ban Ki Moon, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.un.org/apps/sg/offthecuff.asp?nid=1875> και <http://www.un.org/apps/sg/sgstats.asp?nid=5401>

¹⁷ Βλ. <http://www.uncsd2012.org/rio20/index.html>

Διάρθρωση και ζητούμενο έρευνας

Ο σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί η σύνδεση που υπάρχει μεταξύ δυο μειζόνων παγκόσμιων προβλημάτων, της φτώχειας και των ασθενειών που αποτελούν παράγοντες αλλά και προϊόντα της υπανάπτυξης, κυρίως στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Αρχικά, γίνεται μια εισαγωγική παρουσίαση των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας και αναφέρονται τα πρόσφατα δεδομένα σχετικά με την εξέλιξή τους.

Ακολουθεί η περιγραφή και ανάλυση των θέματος της φτώχειας και των μεγάλων ασθενειών αναδεικνύοντας την παγκόσμια κατάσταση μέσω της ανάλυσης των αντιστοίχων στόχων της χιλιετίας, του 1^{ου} για την «εξάλειψη της ακραίας φτώχειας και της πείνας» και του 6^{ου} για την «καταπολέμηση του HIV/AIDS, της ελονοσίας και των μεγάλων ασθενειών». Αναλύεται η διεθνής κινητοποίηση, δηλαδή, μέτρα, πολιτικές και δράσεις, για την αντιμετώπιση των δυο αυτών ζητημάτων και γίνεται αποτίμηση της προόδου της καταπολέμησης τους.

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η άμεση σύνδεση που έχει η άσχημη κατάσταση της υγείας με τη φτώχεια. Μέσω της ανάλυσης, γίνεται αντιληπτό πως τα δυο αυτά δεδομένα, το ένα τροφοδοτεί και ενισχύει το άλλο κάνοντας αναγκαία την παράλληλη αντιμετώπιση τους για την επίτευξη πραγματικής αναπτυξιακής πορείας.

Τέλος, παρουσιάζεται η κατάσταση της περιοχής της υποσαχάριας Αφρικής σχετικά με το θέμα της εργασίας (πρόβλημα, δράσεις και εξέλιξη) καθώς και τεκμηριώνεται η σύνδεση των δυο στόχων, της εξάλειψης της φτώχειας και της καταπολέμησης του HIV/AIDS, της ελονοσίας και άλλων ασθενειών μέσω συγκρίσεων και παραδειγμάτων από υποσαχάριες χώρες και γίνεται προσπάθεια επεξήγησης της υφιστάμενης κατάστασης τους μέσω της σύνδεσης υγείας-φτώχειας.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΦΤΩΧΕΙΑ

Τι είναι φτώχεια; και πώς καθορίζεται αν κάποιος είναι φτωχός ή όχι; Πολλοί θεωρητικοί επιστήμονες έχουν προσπαθήσει να δώσουν κάποιο ορισμό για τον όρο φτώχεια.

Με καθαρά οικονομικούς και πρακτικούς όρους φτωχός θεωρείται κάποιος που διαβιεί με λιγότερο από 1 δολάριο την μέρα¹⁸. Αλλά αυτός που ζει με 3 δολάρια θεωρείται πλούσιος ή έστω αυτάρκης;

Στον όρο «φτώχεια» έχουν αποδοθεί πολλοί ορισμοί με το πέρασμα των χρόνων που κάθε φορά αντικατόπτριζαν τις προτεραιότητες και τις αντιλήψεις της εποχής. Πριν αιώνες, τα όρια της φτώχειας ορίζονταν με βάση την ικανότητα αυτοσυντήρησης του ανθρώπου. Αργότερα, με τη μετεξέλιξη των κοινωνιών και την αλλαγή των κοινωνικών προτύπων και των προτύπων παραγωγής και κατανάλωσης, δόθηκε βάση στην ικανότητα εξασφάλισης ορισμένων αναγκών, υλικών¹⁹ και άυλων²⁰.

Σύμφωνα με μια σύγχρονη εκδοχή που επικρατεί, η φτώχεια δεν έχει να κάνει μόνο με το εισόδημα. Φτώχεια σημαίνει να μην έχεις πρόσβαση σε πόσιμο νερό ή να πρέπει να περπατήσεις χιλιόμετρα για να μαζέψεις καυσόξυλα, ώστε να έχεις μια υποτυπώδη θέρμανση. Φτώχεια είναι να υποφέρει κανείς και να πεθαίνει από ασθένειες, οι οποίες έχουν εξαλειφθεί εδώ και πολλά χρόνια, στις πλούσιες χώρες του ανεπτυγμένου Βορρά, ή υπάρχει άμεση θεραπεία τους.

Η ουσιαστική φτώχεια, λοιπόν, δεν μετριέται μόνο με οικονομικούς όρους αλλά συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση των βασικών αναγκών του ανθρώπου και την ανθρώπινη ανάπτυξη. Σύμφωνα με το “World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty”²¹, η φτώχεια είναι η έντονη στέρηση στην ευημερία. Εκτός, δηλαδή, από τους νομισματικούς όρους όπου, φτωχός θεωρείται αυτός που έχει εισόδημα κάτω

¹⁸ Το 2008, η Παγκόσμια Τράπεζα όρισε ως όριο της ακραίας φτώχειας το 1,25 \$ την ημέρα.

¹⁹ Τροφή, στέγη, ένδυση κτλ.

²⁰ Εκπαίδευση, υγεία, πολιτισμός κτλ.

²¹ Βλ. World Bank, *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20194762~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>

από ένα επαρκές ελάχιστο κατώτατο όριο, στη φτώχεια δίνεται μια ευρύτερη έννοια. Η ευρύτερη προσέγγιση επικεντρώνεται στην ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει στην κοινωνία και την ευκαιρία να θέσει τη ζωή του σε καλύτερο επίπεδο.

Η μη δυνατότητα καθορισμού, επακριβώς, του ορισμού της φτώχεια δυσκολεύει τη μέτρηση της με επακόλουθο, ο αγώνας για την καταπολέμηση της να συναντάει πολλά εμπόδια με αναμφίβολη την επιτυχία του.

Σε αυτό που συγκλίνουν όλες οι απόψεις είναι ότι η φτώχεια αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο. Ο καθορισμός του βαθμού της φτώχειας που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας πληθυσμός ή μια κοινωνική ομάδα ποικίλλει και τα όρια της φτώχειας διαφέρουν ως προς το χρόνο και τον τόπο και είναι ανάλογα του επίπεδο ανάπτυξης, των κοινωνικών κανόνων και αξιών της κάθε χώρας. Για παράδειγμα, η έννοια της φτώχειας διαφοροποιείται μεταξύ των χωρών του Βορρά και του αναπτυσσόμενου Νότου.

Βάση της περιπλοκότητας της, η φτώχεια μπορεί να χωριστεί σε τρεις κατηγορίες²²:

- την απόλυτη φτώχεια
- την μεσαία φτώχεια
- και την σχετική φτώχεια.

Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται με βάση εισοδηματικούς όρους.

Σε απόλυτη φτώχεια βρίσκονται όσοι διαβιούν και αναγκάζονται να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες με μόλις 1,25 δολάρια ημερησίως ή και λιγότερα. Σε κατάσταση μεσαίας φτώχειας βρίσκονται όσοι ζουν με εισόδημα 2 ή 3 δολάρια ημερησίως. Η σχετική φτώχεια αναφέρεται στην ικανότητα απόκτησης ενός αξιοπρεπούς βιοτικού επιπέδου. Το επίπεδο αυτό αλλάζει από κοινωνία σε κοινωνία και το εισόδημα όσων ζουν σε σχετική φτώχεια είναι μικρότερο από την ελάχιστη βάση του μέσου εισοδήματος.

Επίσης, μια ακόμα διάκριση που μπορεί να γίνει είναι μεταξύ της χρόνιας και της παροδικής φτώχειας. Η παροδική φτώχεια αφορά στα νοικοκυριά που δεν έχουν επαρκή ικανότητα να αντιμετωπίσουν τις διακυμάνσεις των συνθηκών διαβίωσης τους και τους παράγοντες²³ που μπορεί να τους οδηγήσουν σε κατάσταση προσωρινής ή χρόνιας

²² Βλ. Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010.

²³ Παράγοντες όπως ανεργία, θάνατος ή άσχημη σοδειά για τους αγροτικούς πληθυσμούς.

φτώχειας. Σε χρόνια φτώχεια, βρίσκονται τα νοικοκυριά που είναι παγιδευμένα σε χαμηλής παραγωγικότητας δραστηριότητες, έχουν πολλά εξαρτώμενα μέλη και δεν έχουν φυσικά και ανθρώπινα περιουσιακά στοιχεία για να βελτιώσουν την κατάσταση τους. Θεωρείται ότι η πλειοψηφία των ατόμων που υποφέρουν από τη φτώχεια ανήκουν στην κατηγορία της προσωρινής φτώχειας.²⁴

Καθώς, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το φαινόμενο είναι πολυδιάστατο, τα αίτια δημιουργίας και επικράτησης της φτώχειας είναι πολλά και σχεδόν πάντα αλληλένδετα²⁵, όπως συνήθως συμβαίνει στον αναπτυσσόμενο κόσμο όπου η φτώχεια είναι κυρίαρχο γνώρισμα για μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες. Διάφοροι παράγοντες, οικονομικοί, πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί, δημιουργούν ο καθένας με τον τρόπο του συνθήκες που εδραιώνουν τη φτώχεια ή και αυξάνουν το επίπεδο της.

Η οικονομική κατάσταση ενός κράτους επηρεάζει και την ευημερία του πληθυσμού του. Η οικονομική ανάπτυξη εμποδίζεται από εσωτερικούς παράγοντες, όπως υψηλή ανεργία και καχεκτική εγχώρια αγορά, αλλά και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το εξωτερικό χρέος²⁶ ή η μικρή συμμετοχή στην παγκόσμια αγορά.

Η πολιτική αστάθεια και η επικράτηση ολοκληρωτικών και μη δημοκρατικών καθεστώτων δεν μπορούν να επιφέρουν την οποιαδήποτε πρόοδο και ανάπτυξη σε μια χώρα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, επικρατεί άνιση κατανομή του εισοδήματος και δεν υπάρχει μέριμνα προστασίας για τα ασθενέστερα και κατώτερα κοινωνικά στρώματα.²⁷ Δεν είναι τυχαίο που πολλές από τις ελάχιστες ανεπτυγμένες χώρες έχουν ανελεύθερα καθεστώτα ή η ιστορία τους είναι γεμάτη με στρατιωτικά πραξικοπήματα, μακροχρόνιες μη εκλεγμένες κυβερνήσεις και εμφύλιους πολέμους.²⁸

²⁴ Βλ. Waelkens, M.P., Soors, W., Bart, Cr., *The role of social health protection in reducing poverty: the case of Africa*, International Labour Office, Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (STEP) Programme, 2005.

²⁵ Όπως αναφέρεται και στην Agenda 21 στο κεφάλαιο 3 «Combating Poverty» §1 «*Poverty is a complex multidimensional problem with origins in both the national and international domains. {...}*». Βλ. UN, *Agenda 21*, 1992, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.un.org/esa/dsd/agenda21/>

²⁶ Το υψηλό εξωτερικό χρέος είναι βασικός παράγοντας υπανάπτυξης σχεδόν για όλα τα φτωχά κράτη. Οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση του έχει, συνήθως, βαριές επιπτώσεις για αυτές τις χώρες.

²⁷ Βλ. Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010.

²⁸ Π.χ. Νίγηρας, Βιρμανία, Σουδάν, Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό κ.α.

Η γενική κατάσταση που επικρατεί στην κοινωνία είναι σημαντικός παράγοντας της επικράτησης της φτώχειας. Στις περισσότερες φτωχές χώρες, η μεγάλη δημογραφική αύξηση που αντιμετωπίζουν, δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην ανάπτυξη των χωρών και την ευημερία του συνόλου του πληθυσμού. Η περιθωριοποίηση ορισμένων κοινωνικών ομάδων όπως των γυναικών και των νέων, δημιουργεί φτωχές υποομάδες με αποτέλεσμα αυτή η κατάσταση να υποσκελίζει την πρόοδο μιας χώρας. Η δυσκολία στην πρόσβαση στην εκπαίδευση και την υγειονομική περίθαλψη, η επικράτηση και εξάπλωση μεταδοτικών και ενδημικών ασθενειών, η αυξημένη θνησιμότητα και ο υποσιτισμός είναι μερικά από τα προβλήματα που υποβαθμίζουν το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων και τους βυθίζουν στη φτώχεια.

Η υποβάθμιση του περιβάλλοντος, το κλίμα και η γεωγραφική θέση μιας περιοχής επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα της φτώχειας. Η ερημοποίηση, η έλλειψη νερού, οι μονοκαλλιέργειες, η κλιματική αλλαγή, η αποψίλωση και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες δυσχεραίνουν την εύρεση τροφής και τη διαβίωση των πληθυσμών με αποτέλεσμα την ενίσχυση της φτώχειας.

Όσον αφορά στη μέτρηση της φτώχειας έχουν γίνει πολλές απόπειρες και χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι από διεθνείς οργανισμούς και οι βασικότερες αναλύονται παρακάτω.

Η Παγκόσμια Τράπεζα²⁹ που αντιμετωπίζει το θέμα της φτώχειας με πιο οικονομικούς όρους και με βάση το εισόδημα, χρησιμοποιεί το όριο ενός ελάχιστου χρηματικού ποσού ανά ημέρα, για να ορίσει ποιοι διαβιών σε συνθήκες ακραίας φτώχειας. Το ποσό αυτό ορίζεται από το μέσο όρο του κατά κεφαλήν ΑΕΠ των 33 πιο φτωχών χωρών του κόσμου. Για πολλά χρόνια το όριο αυτό ήταν το 1 δολάριο την ημέρα αλλά από το 2008 η Παγκόσμια Τράπεζα έθεσε ως όριο του 1,25 δολάρια την ημέρα.

Οι μετρήσεις των ΑΕΠ είναι τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα μέτρα για την οικονομική κατάσταση και δραστηριότητα μιας χώρας. Ωστόσο, δεν αντανakλούν την πραγματική ευημερία ενός πληθυσμού ή μιας χώρας καθώς δεν λαμβάνουν υπ' όψιν τους βασικά στοιχεία μη εμπορικά και εισοδηματικά π.χ. υγεία. Δυο χώρες μπορεί να έχουν το ίδιο ΑΕΠ αλλά δεν σημαίνει ότι και οι πληθυσμοί τους απολαμβάνουν την ίδια ευημερία.

²⁹ Βλ. World Bank και πιο συγκεκριμένα: <http://www.worldbank.org/>

Η Ινδία, παράδειγμα, παρουσιάζεται να έχει μεγαλύτερο ΑΕΠ από τον Καναδά³⁰ και η Ινδονησία μεγαλύτερο από την Ελβετία³¹, ωστόσο η ευημερία των λαών τους δεν μπορεί να συγκριθεί ούτε στο ελάχιστο. Επίσης, ούτε το κατά κεφαλήν ΑΕΠ δείχνει, απαραίτητα, το βιοτικό επίπεδο του συνόλου του πληθυσμού μιας χώρας, καθώς, ιδιαίτερα, στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι σύνηθες φαινόμενο η ανισοκατανομή του εισοδήματος και η ανομοιομορφία στην ανθρώπινη ανάπτυξη μεταξύ διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων. Για παράδειγμα, η Νότιος Αφρική συγκαταλέγεται στην ομάδα των χωρών ανώτερου μεσαίου εισοδήματος αλλά το 23% του πληθυσμού της βρίσκεται κάτω από τα όρια της φτώχειας.³²

Από την άλλη πλευρά, το Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για την Ανάπτυξη³³, θέτοντας ως βάση την άποψη, ότι η φτώχεια είναι αποτέλεσμα της στέρησης της ανάπτυξης και αφορά στη συνολική κατάσταση μιας κοινωνικής ομάδας ή μιας χώρας, δημιούργησε το 1990 το Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης³⁴. Ο δείκτης αυτός είναι σύνθετος. Πηγάζει από τέσσερις επιμέρους δείκτες που αφορούν σε τρεις βασικούς τομείς της κοινωνίας, τα οικονομικά δεδομένα, την υγεία και την εκπαίδευση. Πιο συγκεκριμένα οι επιμέρους δείκτες είναι:

1. το ετήσιο κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν,
2. το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση,
3. το ποσοστό αναλφαριθμισμού μεταξύ των ενηλίκων μιας χώρας,
4. το ποσοστό του πληθυσμού που είναι εγγεγραμμένο σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης.

Ο δείκτης HDI κυμαίνεται μεταξύ του 0 που αντιστοιχεί στη μηδενική ανθρώπινη ανάπτυξη και του 1 που αντιπροσωπεύει τη βέλτιστη ανθρώπινη ανάπτυξη. Ο δείκτης είναι ετήσιος³⁵ και παρουσιάζεται στο Human Development Report κάθε χρονιάς.

³⁰ Για το 2010, η Ινδία είχε ΑΕΠ 1.727.11.096.368 δολάρια και ο Καναδάς 1.577.040.082.218 δολάρια. Βλ.

http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD/countries?order=wbapi_data_value_2010+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=desc

³¹ Για το 2010, η Ινδονησία είχε ΑΕΠ 706.558.240.892 και η Ελβετία 527.919.933.356. Βλ.

http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD/countries?order=wbapi_data_value_2010+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=desc

³² Βλ. <http://data.worldbank.org/country/south-africa>

³³ Βλ. United Nations Development Programme (UNDP) και πιο συγκεκριμένα:

<http://www.beta.undp.org/undp/en/home.html>

³⁴ Βλ. Human Development Index (HDI) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>

³⁵ Για τις παγκόσμιες αποδόσεις του 2011 όσον αφορά στο HDI βλ. Παράρτημα II, εικόνα 2.

Επίσης, το UNDP το 1997 δημιούργησε έναν ακόμα δείκτη το Δείκτη Ανθρώπινης Φτώχειας³⁶ οποίος αντικαταστήθηκε το 2010 από έναν νέο πιο σύνθετο δείκτη το Multidimensional Poverty Index (MPI)³⁷. Ο Πολυδιάστατος Δείκτης Φτώχειας λαμβάνει υπ' όψιν περισσότερους παράγοντες σε σύγκριση με το Δείκτη Ανθρώπινης Φτώχειας και αφορούν στο εισόδημα, την υγεία, το μορφωτικό επίπεδο και την πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.³⁸

2. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ «ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ»

2.1 Στόχος και επιδιώξεις

Ο 1^{ος} και σημαντικότερος Αναπτυξιακός Στόχος της Χιλιετίας είναι «η εξάλειψη της απόλυτης φτώχειας και πείνας». Μέσα από αυτόν το στόχο, η βασική επιθυμία είναι μέχρι το 2015, να μειωθεί κατά το ήμισυ το ποσοστό του πληθυσμού του οποίου το εισόδημα είναι χαμηλότερο από 1 δολάριο την ημέρα καθώς και το αντίστοιχο ποσοστό του πληθυσμού που υποφέρει από την πείνα. Επίσης, στοχεύεται και η εξασφάλιση της πλήρους απασχόλησης και η δυνατότητα του καθενός, συμπεριλαμβανομένου των γυναικών και των νέων, εύρεσης αξιοπρεπούς και παραγωγικής εργασίας.³⁹

2.2 Παγκόσμια δράση για την καταπολέμηση της φτώχειας

Καθώς υπάρχουν περισσότερες από μια προσεγγίσεις όσον αφορά στη φτώχεια, αυτό αποτυπώνεται και στον τρόπο και τις δράσεις του κάθε φορέα για την αντιμετώπιση και την καταπολέμηση της. Επίσης, οι διαφορετικοί τύποι φτώχειας απαιτούν διαφορετικές στρατηγικές για τη μείωση της και διαφορετικά συστήματα προστασίας.

³⁶ Human Poverty Index (HPI)

³⁷ Αναπτύχθηκε από το Κέντρο Οικονομικής Έρευνας για τη Διεθνή Ανάπτυξη του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, υπό την αιγίδα του ΟΗΕ. Βλ. <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/mpi/>

³⁸ Ο MPI αποκάλυψε, το 2010, ότι ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας ανέρχεται σε 1,7 δισεκατομμύρια, περισσότερα άτομα, δηλαδή, από ότι παρουσιάζονταν με τις υπόλοιπες μεθόδους μέτρησης της φτώχειας σύμφωνα με τις οποίες ήταν περίπου 1,3 άνθρωποι.

³⁹ Βλ. <http://www.mdgmonitor.org/goall.cfm>

Η πείνα και η φτώχεια είναι αλληλένδετα στοιχεία όσον αφορά στον πρώτο αναπτυξιακό στόχο γι' αυτό σε πολλές περιπτώσεις δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην εξασφάλιση της διατροφικής ασφάλειας ως παράγοντα που θα ωθήσει την πορεία απομάκρυνσης από τη φτώχεια.⁴⁰

2.2.1 Δράσεις του ΟΗΕ

Στα πλαίσια του ΟΗΕ δραστηριοποιούνται διάφοροι οργανισμοί του με σκοπό τον μετριασμό του φαινομένου της φτώχειας και την εξάλειψή της.

Το *Πρόγραμμα για την Ανάπτυξη των Ηνωμένων Εθνών*⁴¹ ενστερνίζεται την άποψη πως δεν αρκεί, μόνο, η επίτευξη οικονομικής ανάπτυξης για να μειωθεί η φτώχεια αλλά απαιτείται μια σφαιρική ανάπτυξη και αντιμετώπιση των προβλημάτων των φτωχών πληθυσμών, για αυτό με τη δράση του στοχεύει στην επίτευξη μιας βιώσιμης ανάπτυξης. Μέσω των προγραμμάτων που προωθεί και ενισχύει, επιζητά να αναπτυχθεί η ικανότητα σχεδιασμού, διαχείρισης και εφαρμογής πολιτικών της εκάστοτε χώρας και να γίνει αντιληπτό η πραγματική διάσταση του προβλήματος σε κάθε χώρα και περιφέρεια. Στηρίζει εθνικά προγράμματα για τοπική ανάπτυξη και τη δημιουργία θέσεων εργασίας και αύξηση της παραγωγικότητας. Το UNDP επενδύει κάθε χρόνο 1 δις δολάρια για την καταπολέμηση της φτώχειας, την προώθηση της ανάπτυξης και την επίτευξη προόδου στους αναπτυξιακούς στόχους της χιλιετίας. Χάρη στη χρηματοδότηση που έλαβε από τη Νορβηγία, κατάφερε να αναλάβει δράση σε 18 χώρες το 2009.⁴²

Το UNDP παρέχει υποστήριξη στις αναπτυσσόμενες χώρες που έχουν μεγάλο χρέος ώστε να μειωθεί η επιβάρυνση που δέχονται από αυτό και τις βοηθάει να ανταποκριθούν σε οικονομικές και επισιτιστικές κρίσεις και να δημιουργήσουν τα κατάλληλα εργαλεία αντιμετώπισης. Βοηθάει τις αναπτυσσόμενες χώρες να αντιμετωπίσουν τον αντίκτυπο της παγκοσμιοποίησης όσον αφορά στη φτώχεια και στην

⁴⁰ Για παράδειγμα, με ένα ειδικό εθνικό πρόγραμμα για την εξασφάλιση της διατροφικής ασφάλειας στη Νιγηρία, η αγροτική παραγωγή και τα αγροτικά εισοδήματα της χώρας κατάφεραν σχεδόν να διπλασιαστούν. Πληροφορίες από <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal1.pdf>

⁴¹ Βλ. United Nations Development Programme (UNDP).

⁴² Βλ. <http://www.beta.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/fast-facts/english/Poverty%20Reduction.pdf>

απασχόληση μέσω ανάπτυξης εμπορικών διαπραγματεύσεων και διαμόρφωσης εσωτερικών πολιτικών και ιδιαίτερα τις ΕΑΧ για την επέκταση των εμπορικών τους δραστηριοτήτων και δίνεται έμφαση στη σύνδεση των τοπικών παραγωγών με τις εθνικές αγορές και γενικά τους εγχώριους παραγωγούς με τις διεθνείς αγορές.⁴³ Παρέχει τεχνική βοήθεια για τη δημιουργία συνεταιρισμών, π.χ. αγροτικών ή εμπορικών. Μέσω της πλατφόρμας συνεργασίας που ενισχύει, το UNDP στοχεύει στην ανάπτυξη της παραγωγής και την κινητοποίηση του εμπορίου φτωχών χωρών.⁴⁴ Για παράδειγμα, στην Αιθιοπία, το UNDP συνέβαλε στη δημιουργία Χρηματιστηρίου εμπορευμάτων παρέχοντας τεχνική βοήθεια για την προαγωγή εμπορικών συναλλαγών μέσω μιας ασφαλούς πλατφόρμας. Επίσης, στο Μαλί, το UNDP συνεργάζεται με ένα συνεταιρισμό γυναικών καλλιεργητών μάνγκο και χάρη σε αυτήν τη συνεργασία, οι εξαγωγές μάνγκο της χώρας αυξήθηκαν αισθητά⁴⁵ και παράλληλα, ενισχύθηκε μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα, όπως οι γυναίκες, να βρει τρόπο διαφυγής από τη φτώχεια μέσω της προόδου της απασχόλησης της.

Ως σημαντικό εργαλείο για την καταπολέμηση του αναπτυσσόμενου κόσμου, το UNDP προωθεί την ανάπτυξη του διαλόγου Νότου-Νότου, τη συνεργασία, δηλαδή, μεταξύ των αναπτυσσόμενων χωρών και στηρίζει το forum για διάλογο για την ανάπτυξη καινοτόμων πολιτικών μεταξύ των αναδυόμενων οικονομιών.

Ένας άλλος οργανισμός, που λειτουργεί στα πλαίσια του συστήματος των Ηνωμένων Εθνών, η *Συνδιάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για το Εμπόριο και την Ανάπτυξη*⁴⁶ έχει ως βασικό στόχο την ένταξη των αναπτυσσόμενων χωρών στο παγκόσμιο εμπόριο και την ανάληψη εκ μέρους τους ενεργότερης δράσης στα πλαίσια της παγκόσμιας οικονομίας. Η πρώτη Συνδιάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για το Εμπόριο και την Ανάπτυξη έλαβε χώρα στην Γενεύη το 1964 και ήταν μια κίνηση που ανταποκρινόταν στην ανησυχία που επικρατούσε εκείνη την εποχή σχετικά με τη θέση του αναπτυσσόμενου στο παγκόσμιο σκηνικό. Με το πέρασμα των χρόνων η

⁴³ Βλ. <http://www.beta.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/fast-facts/english/Poverty%20Reduction.pdf>

⁴⁴ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal1.pdf>

⁴⁵ Από 2.915 τόνους το 2005 έγιναν 12.676 τόνοι το 2008.

⁴⁶ Βλ. United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD) και πιο συγκεκριμένα: <http://www.unctad.org/Templates/StartPage.asp?intItemID=2068>

Συνδιάσκεψη απέκτησε τη μορφή ειδικευμένου οργανισμού του ΟΗΕ.⁴⁷ Ο πρωταρχικός σκοπός δημιουργίας του ήταν η λειτουργία του ως forum διακυβερνητικών διαβουλεύσεων με τη συμμετοχή εμπειρογνομόνων για τη συζήτηση και ανταλλαγή εμπειριών προωθώντας το διάλογο μεταξύ Βορρά-Νότου ώστε να δοθεί έμφαση στην οικονομική ανάπτυξη των κρατών του αναπτυσσόμενου κόσμου. Μέσω της προώθησης πολιτικών συζητήσεων επιδιώκεται και η εναρμόνιση και η αλληλοϋποστήριξη των εγχώριων και διεθνών δράσεων για την επίτευξη μιας αειφόρου ανάπτυξης. Διεξάγει έρευνα και αναλύσεις και παρέχει τεχνική υποστήριξη ανάλογη με τις ανάγκες της εκάστοτε αναπτυσσόμενης χώρας. Συνεργάζεται με εθνικές κυβερνήσεις, τους υπόλοιπους οργανισμούς του ΟΗΕ, διεθνείς οργανώσεις, ΜΚΟ, δωρητρίες χώρες αλλά και με ιδιωτικό τομέα καθώς και με πανεπιστήμια και ερευνητικά κέντρα.⁴⁸

Χάρη στη δράση της, συνάφθηκαν σημαντικές συμφωνίες με στόχο την οικονομική πρόοδο αυτών των χωρών. Για παράδειγμα, το Σύστημα Γενικευμένων Προτιμήσεων⁴⁹ το 1968 αλλά και μια σειρά από Διεθνείς Συμβάσεις για τη σταθεροποίηση των τιμών των βασικών προϊόντων εξαγωγής των κρατών αυτών και οι «Πολιτικές Εμπορίου και Ανταγωνισμού».

Τη δύσκολη δεκαετία του '80, από αναπτυξιακής άποψης, αφού αρκετές από τις αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετώπιζαν το βάρος τεράστιου χρέους σε συνδυασμό με την αλλαγή του διεθνούς οικονομικού σκηνικού λόγω της απελευθέρωσης του εμπορίου και την ιδιωτικοποίηση κρατικών επιχειρήσεων, η UNCTAD διεύρυνε τις δράσεις της και τη βοήθεια που παρείχε στις φτωχές χώρες και έπαιξε σημαντικό ρόλο στις διαπραγματεύσεις, της Λέσχης των Παρισίων, για την αναδιάρθρωση του εξωτερικού χρέους αυτών.⁵⁰

Σήμερα, προωθεί και στηρίζει, όπως το UNDP, τη συνεργασία Νότου-Νότου και έχει διευρύνει την αντιμετώπιση της προς την ανάπτυξη⁵¹, την αναγνωρίζει ως πιο πολυδιάστατο θέμα και επιδιώκει την επίτευξη μιας αειφόρου ανάπτυξης ακολουθώντας μία διαφοροποιημένη προσέγγιση και αντιμετώπιση στα πολύπλοκα προβλήματα των

⁴⁷ Βλ. <http://www.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=3358&lang=1>

⁴⁸ Βλ. <http://www.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=1530&lang=1>

⁴⁹ Βλ. Generalized System of Preferences Αυτό το Σύστημα παρέχει βελτιωμένη πρόσβαση των εξαγόμενων προϊόντων των αναπτυσσόμενων χωρών στις αγορές του ανεπτυγμένων χωρών

⁵⁰ Βλ. www.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=3358&lang=1

⁵¹ Ειδικά μετά τη Συνδιάσκεψη του Ρίο το '92, συμβαδίζει με την προοπτική και θεωρία της αειφόρου ανάπτυξης.

αναπτυσσόμενων χωρών.⁵² Έχει δημιουργήσει μια ατζέντα για να βοηθηθούν οι συγκεκριμένες χώρες στην κατανόηση και τη διεξαγωγή πολυμερών εμπορικών διαπραγματεύσεων. Η τεχνική της βοήθεια, έχει, επίσης, διευρυνθεί και καλύπτει ένα ευρύ φάσμα τομέων και παραγόντων που επιδρούν στην πρόοδο της ανάπτυξης και τη λειτουργία του εμπορίου. Επίσης, παρέχει τεχνική και συμβουλευτική υποστήριξη στην ομάδα G24 στην Παγκόσμια Τράπεζα και το ΔΝΤ.⁵³

Ιδιαίτερη υποστήριξη παρέχεται στα κράτη που ανήκουν στην ομάδα των EAX ώστε το εμπόριο να συμβάλει καλύτερα στη μείωση της φτώχειας. Για παράδειγμα, η UNCTAD έχει οργανώσει εκπαιδευτικά προγράμματα σε συνεργασία με τις EAX της κεντρικής και δυτικής Αφρικής, τα νησιά του Ειρηνικού, την Αϊτή, την Κεντροαφρικανική Δημοκρατία, το Τσαντ, τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, τη Μαδαγασκάρη και τον Νίγηρα για να συμβάλει στην ενίσχυση των εγχώριων τεχνικών και θεσμικών ικανοτήτων στους τομείς του εμπορίου.⁵⁴

Η UNCTAD, μέσω των προγραμμάτων της, ενθαρρύνει κυβερνήσεις και εθνικές επιχειρήσεις να δραστηριοποιηθούν επενδυτικά σε περιφερειακό αλλά και παγκόσμιο επίπεδο, και προωθεί την επιχειρηματικότητα και την ανάπτυξη μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων. Πιο συγκεκριμένα, με την εφαρμογή των Προγραμμάτων Empretec έχουν βοηθηθεί περισσότεροι από 180.000 τοπικοί επιχειρηματίες σε 32 αναπτυσσόμενες χώρες.⁵⁵ Για να αυξήσει την παραγωγικότητα των γυναικών, το πρόγραμμα απονέμει βραβείο επιχειρηματικότητας για καινοτόμες δράσεις στις αναπτυσσόμενες χώρες. Με την απόκτηση του βραβείου, προσφέρεται στη νικήτρια επιπλέον πόροι και κατάρτιση.⁵⁶ Με ένα άλλο πρόγραμμα, το πρόγραμμα ASYCUDA⁵⁷ έχει εισάγει ένα διεθνώς αποδεκτό ολοκληρωμένο τελωνειακό σύστημα που επιταχύνει τη διαδικασία εκτελωνισμού και βοηθά για τον εκσυγχρονισμό των τελωνειακών διαδικασιών και το

⁵² Βλ. www.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=3358&lang=1 και Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010.

⁵³ Βλ. <http://www.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=3359&lang=1>

⁵⁴ Βλ. UNCTAD, *Annual Report 2010* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unctad.org/en/docs/dom2011d1_en.pdf

⁵⁵ Βλ. http://www.unctadxi.org/templates/Startpage_7428.aspx

⁵⁶ Οι υποψήφιες του 2012 προέρχονται από την Αιθιοπία, το Βιετνάμ, τη Βραζιλία, το Ελ Σαβαδορ, τη Ζιμπάμπουε, την Ιορδανία, τη Νιγηρία, την Ουγκάντα και τον Παναμά. Η νικήτρια ήταν η Παναμέζα υποψήφια.

⁵⁷ Βλ. Automated SYstem for CUstoms Data (ASYCUDA) και πιο συγκεκριμένα: <http://www.asycuda.org/default.asp>

εφαρμόζουν περισσότερες από 80 χώρες δίνοντας τους μια ώθηση στις εμπορικές τους δραστηριότητες. Άλλα προγράμματα της UNCTAD είναι το E-Tourism Initiative για την προώθηση του αειφόρου τουρισμού και το DMFAS πρόγραμμα που αποτελεί μια βάση δεδομένων για την ανάλυση του χρηματοοικονομικού συστήματος και τη διαχείριση του εξωτερικού χρέους των χωρών.

2.2.2 Δράσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας

Η Παγκόσμια Τράπεζα, στη στρατηγική της για τη μείωση της παγκόσμιας φτώχειας, θέτει ως προκλήσεις, που πρέπει να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί ο σκοπός, την εξασφάλιση της διατροφικής ασφάλειας, την προσαρμογή και την αντιμετώπιση των συνεπειών των κλιματικών αλλαγών αλλά και βασικότερα τη μείωση του αντίκτυπου της χρηματοοικονομικής κρίσης του 2008-2010. Τα μέσα για την επίτευξη του στόχου, για την Παγκόσμια Τράπεζα, είναι η αύξηση της εργασίας και η προώθηση της ανάπτυξης με οικονομικούς όρους⁵⁸, αν και χρηματοδοτεί και προγράμματα με πιο κοινωνικό χαρακτήρα, όπως εκπαίδευση, ενίσχυση τομέα υγείας κτλ. Παρέχει εκπαίδευση, τεχνική και οικονομική βοήθεια στις χώρες χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου για να υποστηρίξει το σχεδιασμό και την εφαρμογή των εθνικών στρατηγικών μείωσης της φτώχειας με την ενίσχυση της διακυβέρνησης και των νομικών και δικαστικών θεσμών, και για να βοηθήσει τις χώρες να διευρύνουν και να εμβαθύνουν συμμετοχικές διαδικασίες σε τομείς όπως η ανάλυση της φτώχειας, η διαχείριση των δημοσίων δαπανών και υπηρεσίες αξιολόγησης. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, οι χώρες θα πρέπει να δημιουργήσουν μια στρατηγική για τη μείωση της φτώχειας που θα πρέπει να εστιάζει στην αύξηση της αξιοπιστίας του επενδυτικού τους σκηνικού, τη θέσπιση μέτρων για την προώθηση της ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα και την χάραξη πολιτικών για τη βελτίωση της διακυβέρνησης και τη μείωση της διαφθοράς.⁵⁹

⁵⁸Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,menuPK:336998~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:336992,00.html>

⁵⁹Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/PROJECTS/0,,contentMDK:20120705~menuPK:51557~pagePK:41367~piPK:51533~theSitePK:40941,00.html>

Το 1960, ιδρύεται ο Διεθνής Οργανισμός Ανάπτυξης⁶⁰ ως τμήμα της Παγκόσμιας Τράπεζας για να βοηθά τις φτωχότερες χώρες του κόσμου με στόχο τη μείωση της φτώχειας μέσω της παροχής άτοκων δανείων και επιχορηγήσεων για προγράμματα που εφαρμόζουν οι εν λόγω χώρες για την ενίσχυση της οικονομικής ανάπτυξης, τη μείωση των οικονομικών ανισοτήτων και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των λαών τους.⁶¹ Αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες πηγές χορήγησης κεφαλαίων βοήθειας για βασικές κοινωνικές υπηρεσίες στις 81 φτωχότερες χώρες του κόσμου. Τα προγράμματα που χρηματοδοτούνται απευθύνονται στην εκπαίδευση, κυρίως την πρωτοβάθμια, σε βασικές υπηρεσίες υγείας στην παροχή πόσιμου νερού και εγκαταστάσεις αποχέτευσης, στην περιβαλλοντικής προστασία, στις υποδομές και σε θεσμικές μεταρρυθμίσεις. Τα έργα αυτά εξυπηρετούν την πορεία προς την οικονομική ανάπτυξη, τη δημιουργία θέσεων εργασίας, την αύξηση του εισοδήματος και την άνοδο του βιοτικού επιπέδου. Για παράδειγμα, στο Λάος, η IDA υποστήριξε την ανάπτυξη του τομέα της ηλεκτρικής ενέργειας ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, με αποτέλεσμα το ποσοστό του μόλις 16% των αγροτικών νοικοκυριών, που είχαν πρόσβαση στην ηλεκτροδότηση το 1995, να φθάσει στο 71%, το 2010, βοηθώντας επιμέρους την ανάπτυξη των αγροτικών υποδομών που αποτελεί βασικό παράγοντα για την καταπολέμηση της φτώχειας αυτών των πληθυσμών.⁶² Αντιστοίχως, η χρηματοδότηση της IDA στην Ινδονησία, έχει προσφέρει σημαντική βοήθεια στην αύξηση του εισοδήματος και των συνθηκών διαβίωσης 20.000 γυναικών.⁶³ Ο δανεισμός γίνεται με ευνοϊκούς όρους όπως με πολύ χαμηλά ή μηδενικά επιτόκια και περίοδο αποπληρωμής από 25 έως 40 χρόνια⁶⁴. Οι χώρες επιλέγονται με βάση το επίπεδο της σχετικής φτώχειας που επικρατεί σε αυτές και αυτό ορίζεται με ένα κατώτερο όριο του κατά κεφαλήν Ακαθάριστου Εγχώριου Εισοδήματος που

⁶⁰ Βλ. International Development Association (IDA) και πιο συγκεκριμένα <http://www.worldbank.org/ida/>

⁶¹ Ο IDA συμπληρώνει το άλλο σκέλος δανεισμού της Παγκόσμιας Τράπεζας, ΤΗΝ Διεθνή Τράπεζα Ανασυγκρότησης και Ανάπτυξης (IBRD), που αφορά τις χώρες μεσαίου εισοδηματικού επιπέδου με επενδύσεις κεφαλαίων και συμβουλευτικών υπηρεσιών.

⁶² Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22858227~menuPK:141311~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>

⁶³ Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:23173281~menuPK:141311~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>

⁶⁴ Συμπεριλαμβανομένου και μιας περιόδου χάριτος από 5 έως 10 έτη.

ενημερώνεται κάθε έτος. Για το οικονομικό έτος του 2012, το κατώτερο όριο του ΑΕΕ ορίστηκε το 1.175 δολάρια.⁶⁵

Μέχρι σήμερα, η IDA έχει παράσχει συνολικά επιχορηγήσεις ύψους 238 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Το μεγαλύτερο μερίδιο των επιχορηγήσεων του, περίπου το 50%, κατευθύνεται στην περιοχή της υποσαχάριας Αφρικής⁶⁶. Ενδεικτικά, στο Μπενίν, με τη χρηματοδότηση της IDA, προωθήθηκαν επιτυχημένα προγράμματα για κατασκευή σχολείων, δημιουργία βελτιωμένων εγκαταστάσεων για αποχέτευση και παροχή πόσιμου νερού και δόθηκε, επίσης, χρηματοδότηση για ανάπτυξη μικρών επιχειρήσεων.⁶⁷ Στη Ρουάντα, επίσης, με την εφαρμογή του προγράμματος της IDA Competitiveness and Enterprise Development Project επιδιώχθηκε να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα και την προσέλκυση επενδύσεων και σε συνδυασμό με την υιοθέτηση κατάλληλων μεταρρυθμίσεων και κανόνων, η επιχειρηματικότητα στη χώρα βελτιώθηκε με γρήγορους ρυθμούς.⁶⁸ Κατά το οικονομικό έτος του 2011⁶⁹, δόθηκαν επιχορηγήσεις ύψους 16,3 δις δολάρια.

Το 2001, η Παγκόσμια Τράπεζα θέσπισε μια νέα προσέγγιση για τη στήριξη πολιτικών και θεσμικών μεταρρυθμίσεων σε χώρες χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου, το πρόγραμμα Poverty Reduction Support Credit. Οι χώρες που στηρίζει το PRSC είναι οι επιλεγμένες για δανεισμό από την IDA. Το πρόγραμμα αποτελείται από μια σειρά από λειτουργίες, οι οποίες στηρίζουν και βοηθούν τα μεταρρυθμιστικά προγράμματα που έχουν θέσει σε εφαρμογή οι χώρες. Η ειδική δομή των εκάστοτε λειτουργιών εξαρτάται από τις συνθήκες της χώρας, τους στόχους, τη φύση του προγράμματος, το χρονοδιάγραμμα που έχει ορισθεί κ.α. Το PRSC βασίζεται σε δύο αναλύσεις. Πρώτον, στην οριζόντια αξιολόγηση των αναπτυξιακών πολιτικών της χώρας που καλύπτουν τις μεταρρυθμίσεις και τις αναπτυξιακές προτεραιότητες για βιώσιμη ανάπτυξη και μείωση

⁶⁵ Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA/0,,contentMDK:21206704~menuPK:83991~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:73154,00.html>

⁶⁶ Όπου και βρίσκονται και οι 39 από τις φτωχότερες χώρες του κόσμου.

⁶⁷ Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22698361~menuPK:141310~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>

⁶⁸ Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22745125~menuPK:141310~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>

⁶⁹ Που έληξε στις 30 Ιουνίου 2011.

της φτώχειας και δεύτερον, στην εκτίμηση της χρηματοοικονομικής αξιοπιστίας της χώρας. Ένα επιτυχημένο παράδειγμα λειτουργίας του PRSC είναι η περίπτωση της Ουγκάντας, όπου η εφαρμογή του ήταν καθοριστική για την επίτευξη υψηλών ρυθμών ανάπτυξης. Αντιθέτως, στη Νικαράγουα, το PRSC δεν κατάφερε να επηρεάσει δυναμικά και θετικά την πρόοδο της και ο ρυθμός ανάπτυξης της χώρας παρέμεινε χαμηλός, όπως αντίστοιχα και στο Μπενίν, όπου σύμφωνα με την αξιολόγηση του προγράμματος, η στρατηγική και τα μέτρα δεν εφαρμόστηκαν σωστά.⁷⁰

2.2.3 Δράσεις του ΠΟΕ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου⁷¹, με ένα άλλο σκεπτικό, αναλαμβάνει και αυτός δράσεις για την καταπολέμηση της φτώχειας καθώς την αντιμετωπίζει ως βασικό εχθρό για την επέκταση του εμπορίου. Κύριος μηχανισμός των δράσεων του ΠΟΕ για τη φτώχεια είναι, φυσικά, το εμπόριο και οι εμπορικές πολιτικές που τα θεωρεί εργαλεία μείζονος σημασίας για την επίτευξη αναπτυξιακών στόχων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.⁷² Η επιδίωξή του για ελεύθερο εμπόριο συνδυασμένο με τις απαραίτητες εθνικές και διεθνείς πολιτικές μπορεί να οδηγήσει σε άνοδο του επιπέδου ανάπτυξης και να συμβάλλει στη μείωση της φτώχειας.⁷³ Κατά τον ΠΟΕ, το διεθνές εμπόριο μπορεί να οδηγήσει σε οικονομική μεγέθυνση και ανάπτυξη και οι χώρες που έχουν αρχίσει να δίνουν έμφαση στις εξαγωγές και στη δημιουργία πιο ανοιχτών αγορών, τους δίνεται η δυνατότητα να επωφεληθούν περισσότερες ευκαιρίες που θα δώσουν ώθηση στην ανάπτυξη τους.

Βέβαια, υπάρχει και ο αντίλογος και οι επικρίσεις για το έργο του ΠΟΕ, συνήθως από την πλευρά των αναπτυσσόμενων χωρών και όχι μόνο, που θεωρούν ότι ο οργανισμός προωθεί κυρίως τα συμφέροντα του ανεπτυγμένου κόσμου και ότι πολλές φορές με τις πολιτικές του οι φτωχότερες χώρες βρίσκονται ανυπεράσπιστες μπροστά στα συμφέροντα των ανεπτυγμένων χωρών.

⁷⁰ Βλ. IEG, World Bank, IFC, MIGA *Poverty Reduction Support Credits: An Evaluation of World Bank Support*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://siteresources.worldbank.org/INTPRSC/Resources/prsc_eval.pdf

⁷¹ Βλ. World Trade Organization και πιο συγκεκριμένο: <http://www.wto.org/>

⁷² Η σύνδεση του οργανισμού με τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας αφορά, κυρίως, τη δράση για τον 8^ο στόχο.

⁷³ Βλ. http://www.wto.org/english/thewto_e/coher_e/mdg_e/mdg_e.pdf

Στα πλαίσια του ΠΟΕ, πραγματοποιούνται εκθέσεις ελέγχου εμπορικής πολιτικής⁷⁴ για την αξιολόγηση των παγκόσμιων αγορών. Σημαντικό είναι ότι ο οργανισμός διαθέτει βασικά εργαλεία διαφάνειας και ελέγχου που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη, την παρακολούθηση και την ομαλή λειτουργία των εμπορικών συστημάτων σε οποιοδήποτε επίπεδο.

Το πρόγραμμα του ΠΟΕ, Aid for Trade παρέχει τις φτωχότερες χώρες τη σχετική οικονομική και τεχνική βοήθεια να αναπτύξουν τις εμπορικές τους ικανότητες και τις αντίστοιχες υποδομές που απαιτούνται να εφαρμόσουν τις συμφωνίες του ΠΟΕ και να επεκτείνουν το εμπόριο τους. Η πρωτοβουλία αυτή αναπτύχθηκε στα πλαίσια της έκτης υπουργικής διάσκεψης του ΠΟΕ στο Χονγκ-Κονγκ, το 2005. Το 2009, οι πόροι για την Aid for Trade ανήλθαν στα 40 δισεκατομμύρια δολάρια και πραγματοποιήθηκε αύξηση κατά 60% από τα ποσά της περιόδου 2002-2005. Το 50% της αναπτυξιακής βοήθειας που προσφέρει αποτελείται από δανειακές ροές στο δημόσιο τομέα και ένα σημαντικό μέρος αυτών διατίθενται για οικονομική υποδομή υπό τη μορφή δανείων με ευνοϊκούς όρους.⁷⁵ Το Global Review of Aid for Trade έδειξε πως έχει σημειωθεί πρόοδος στην ενσωμάτωση κανόνων εμπορίου στις εθνικές αναπτυξιακές στρατηγικές αλλά και στα πλαίσια των προσπαθειών για συστήματα περιφερειακής οικονομικής ολοκλήρωσης. Το πρόγραμμα εργασίας του Aid for Trade, για την περίοδο 2012-2013, εστιάζει τη δράση του στην κινητοποίηση των πόρων, την ενσωμάτωση του εμπορίου στα αναπτυξιακά σχέδια και προγράμματα, την περιφερειακή εμπορική ολοκλήρωση, την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα και την παρακολούθηση και αξιολόγηση της βοήθειας για το εμπόριο.⁷⁶

Μέσω της ανάπτυξης του παγκόσμιου εμπορίου, που προωθεί ο ΠΟΕ, έχουν δημιουργηθεί «αλυσίδες εφοδιασμού»⁷⁷ που συνεπάγονται την εμπλοκή πολλών χωρών στην παραγωγή ενός εμπορεύσιμου προϊόντος. Οι «αλυσίδες εφοδιασμού» θεωρείται ότι συνέβαλαν στην ταχύτερη ανάπτυξη του διεθνούς εμπορίου αλλά και στο εμπόριο ορισμένων κρατών ή περιφερειών. Κατ' επέκταση, αυτό οδήγησε στην εμφάνιση νέων εμπορικών και αναπτυξιακών πόλων ενισχύοντας την παγκόσμια οικονομία. Με την πάροδο του χρόνου, οι εμπορικές συναλλαγές θα συνεχίζουν να αλλάζουν και νέες

⁷⁴ Trade policy monitoring reports

⁷⁵ Βλ. http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/a4t_qa_e.pdf

⁷⁶ Βλ. WTO, Committee on Trade and Development (CTD), *Aid for Trade Work Programme 2012-2013 - Deepening Coherence*, 15 November 2011.

⁷⁷ Supply chain.

αγορές θα προκύψουν από τον αναπτυσσόμενο κόσμο. Βέβαια, έχουν δημιουργηθεί αρκετές ανισότητες καθώς το εμπόριο κάποιων χωρών ή περιφερειών έχει αναπτυχθεί γρηγορότερα. Η συμμετοχή των αναπτυσσόμενων χωρών στο παγκόσμιο εμπόριο εκτός ότι δίνει ώθηση στη δική τους ανάπτυξη, εξυπηρετεί ιδιαίτερα τον ανεπτυγμένο κόσμο και μάλιστα, τα τελευταία χρόνια συνέβαλε σημαντικά στην ανάκαμψη του από την κρίση μέσω της ραγδαίας αυξανόμενης ζήτησης από τα αναπτυσσόμενα κράτη, κυρίως σε κεφαλαιουχικά αγαθά και εμπορεύματα.⁷⁸

Θεωρητικά, με τις συνθήκες του ΠΟΕ, οι εμπορικοί φραγμοί σε πολλούς τομείς έχουν μειωθεί σημαντικά, κάτι που συνέβαλλε στην ενίσχυση της συμμετοχής ενός μέρος του αναπτυσσόμενου κόσμου στην παγκόσμια οικονομία και το διεθνές εμπόριο. Ωστόσο, στην πραγματικότητα, καταργώντας οι αναπτυσσόμενες χώρες τους εμπορικούς τους φραγμούς ενώ παράλληλα, οι ανεπτυγμένες χώρες διατήρησαν τους δικούς τους, ο αναπτυσσόμενος κόσμος έχασε την ευκαιρία αύξησης των εξαγωγών τους και δέχθηκαν ένα μεγάλο κύμα εισαγωγών που αποδείχθηκε πλήγμα για την τοπική οικονομία. Επίσης, οι επιδοτήσεις που δίνονται από τις ανεπτυγμένες χώρες στους παραγωγούς τους καθιστούν την παραγωγή τους πιο ανταγωνιστική από αυτή των φτωχότερων χωρών οδηγώντας στη φτώχεια πολλές αγροτικές οικογένειες στον αναπτυσσόμενο κόσμο.⁷⁹ Ο οργανισμός φαίνεται να έχει αποτύχει να προωθήσει το δίκαιο εμπόριο και οι επικριτές του υποστηρίζουν πως με τις πρακτικές του τελικά έχει ωθήσει την οικονομία του αναπτυσσόμενου κόσμου σε περαιτέρω υποβάθμιση. Σίγουρο είναι ότι η σχέση του εμπορίου με την ανάπτυξη θα πρέπει να εξεταστεί από όλες τις πλευρές ώστε τα οφέλη να εισρεύσουν πραγματικά στις αναπτυσσόμενες χώρες.

⁷⁸ Βλ. http://www.wto.org/english/news_e/news11_e/ddg_06jun11_e.htm

⁷⁹ Π.χ. σύμφωνα με την οργάνωση Fairtrade, οι μεγάλες επιδοτήσεις που έχουν δοθεί, τα τελευταία χρόνια, στους βαμβακοπαραγωγούς των ανεπτυγμένων χωρών έχουν τεράστιο αρνητικό αντίκτυπο για τα εκατομμύρια βαμβακοπαραγωγών της υποσαχάριας Αφρικής στέλνοντας εκατομμύρια από τα φτωχά νοικοκυριά σε ακόμα χαμηλότερα επίπεδα φτώχειας. Βλ. Fairtrade Foundation, *The great cotton stitch-Up* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.fairtrade.org.uk/includes/documents/cm_docs/2010/f/2_ft_cotton_policy_report_2010_loresv2.pdf

2.2.4 Άλλες δράσεις

Η *Ευρωπαϊκή Ένωση*, μέσω της δράσης της για την προώθηση της ανάπτυξης, προσπαθεί να μειωθούν τα ποσοστά της παγκόσμιας φτώχειας. Συμμετέχει και ενισχύει τη δράση διεθνών οργανισμών και προγραμμάτων, έχει αναπτύξει συνεργασία με περιφερειακές οργανώσεις, έχοντας βοηθήσει πολλές φορές και στη δημιουργία τους, και έχει συνάψει εμπορικές σχέσεις με πολλά αναπτυσσόμενα κράτη είτε σε διμερές είτε σε πολυμερές επίπεδο.

Η ΕΕ δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις εμπορικές σχέσεις που έχει δημιουργήσει με χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου καθώς βοηθάνε στην οικονομική ανάπτυξη των εν λόγω χωρών μέσω της δυνατότητας αύξησης των εξαγωγών τους. Συμφωνίες, όπως η Συμφωνία του Κοτονού⁸⁰, Γιαουντέ και Λομέ⁸¹, δίνουν ώθηση στην ενσωμάτωση των φτωχών χωρών στην παγκόσμια οικονομία. Η Ένωση, μέσω της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, χρηματοδοτεί προγράμματα τεχνικής βοήθειας στο εμπόριο.⁸² Η χρηματοδότηση καλύπτει ένα ευρύ φάσμα τομέων από την κατάρτιση στρατηγικών για το εμπόριο ως την ανάπτυξη τελωνειακών συστημάτων και την υιοθέτηση προτύπων παραγωγής. Η βοήθεια προσφέρεται σε περιφέρειες, χώρες ή σε συγκεκριμένους οργανισμούς και το 2005, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή⁸³ δεσμεύτηκε να αυξήσει τη βοήθεια κατά 1 δισεκατομμύριο ευρώ ετησίως.⁸⁴

Η ΕΕ αντιμετωπίζει και αυτή τη φτώχεια ως πολύπλευρο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πρόβλημα και στοχεύει στην καταπολέμηση της μέσω της αντιμετώπισης σημαντικών παραγόντων υπανάπτυξης. Για παράδειγμα, μέσω από προγράμματα και πρωτοβουλίες της, όπως «Νερό για τη Ζωή» και «Ενέργεια για την εξάλειψη της

⁸⁰ Συμφωνία της ΕΕ με τις χώρες της Αφρικής, της Καραϊβικής και του Ειρηνικού με στόχο τη μείωση και εξάλειψη της φτώχειας, τη συμμετοχή τους στην παγκόσμια οικονομία και την επίτευξη μιας αειφόρου ανάπτυξης. Υπογράφηκε στην πόλη Κοτονού στις 23 Ιουνίου 2000. Βλ. Συμφωνία 2000/483/ΕΚ και πιο συγκεκριμένα: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:22000A1215%2801%29:EL:HTML>

⁸¹ Προηγούμενες συμφωνίες της ΕΟΚ με τις χώρες της Αφρικής.

⁸² Trade-related assistance (TRA). Ο όρος TRA εμφανίστηκε ως μέτρο ανάπτυξης στην αναπτυξιακή ατζέντα της Ντόχα, το 2001.

⁸³ Μεταξύ 2001-2005, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χορήγησε περίπου 4,3 δισεκατομμύρια ευρώ και αυτό την καθιστά το μεγαλύτερο δωρητή TRA στον κόσμο.

⁸⁴ Βλ. http://ec.europa.eu/europeaid/what/economic-support/trade/index_en.htm

φτώχειας και την αειφόρο ανάπτυξη»⁸⁵, επιδιώκει την αύξηση των ατόμων, παγκοσμίως, που έχουν πρόσβαση σε πόσιμο νερό, επαρκείς συνθήκες υγιεινής, τη δίκαιη κατανομή των διασυνοριακών υδάτων⁸⁶ και την εύρεση και διάθεση πόρων σε θέματα τεχνολογίας και ενέργειας για τη βελτίωση της πρόσβασης σε επαρκείς, βιώσιμες και οικονομικά προσιτές ενεργειακές υπηρεσίες σε ευάλωτες περιοχές όπως οι αγροτικές.

Μέσω της Γενικής Διεύθυνσης Ανάπτυξης και Συνεργασίας⁸⁷ ενισχύει διεθνείς χρηματοδοτικούς αναπτυξιακούς μηχανισμούς και διάφορους τομείς⁸⁸ για να προωθήσει την οικονομική και ανθρώπινη ανάπτυξη. Η Ένωση παρέχει, επίσης, άμεση οικονομική στήριξη σε χώρες εταίρους της που χρήζουν επιτακτική ανάγκη βοήθειας. Η οικονομική υποστήριξη προορίζεται για υποστήριξη εθνικών προϋπολογισμών, χρηματοδότηση περιφερειακής ολοκλήρωσης και χρηματοδότηση πρωτοβουλιών δημόσιας ή ιδιωτικής φύσεως.

Η ΕΕ είναι από τους μεγαλύτερους χορηγούς αναπτυξιακή βοήθειας. Με την αναπτυξιακή βοήθεια έχει χρηματοδοτήσει πολλά έργα στις αναπτυσσόμενες χώρες, για παράδειγμα, έργα κατασκευής διάφορων υποδομών αλλά και προώθηση επιχειρηματικών πρωτοβουλιών όπως δημιουργία αγροτικών συνεταιρισμών ή ενίσχυση τοπικών επιχειρήσεων. Περισσότερο από το 50% των πόρων που προσφέρονται στις αναπτυσσόμενες χώρες προέρχονται από την ΕΕ ή από επιμέρους κράτη-μέλη της.⁸⁹ Στην Ασία, το 1/3 της παγκόσμιας οικονομικής βοήθειας που παρέχεται στις χώρες της περιοχής προέρχεται από την ΕΕ. Κάθε χρόνο παρατηρείται αύξηση της βοήθειας που προσφέρει η ΕΕ και το 2010, έφθασε στο ποσό των 53,8 δισεκατομμύρια ευρώ.⁹⁰ Στις διεθνείς διασκέψεις για την ανάπτυξη, υποστηρίζει την υιοθέτηση και την εφαρμογή του στόχου, η αναπτυξιακή βοήθεια να αντιστοιχεί στο 0,7 % του ΑΕΠ των δωρητών. Ωστόσο, από μέρους της, το ποσοστό αυτό υπολείπεται από το επιθυμητό και είναι μόνο

⁸⁵ Πρωτοβουλίες που παρουσίασε η ΕΕ στη Σύνοδο Κορυφής για την αειφόρο ανάπτυξη στο Γιοχάνεσμπουργκ, το 2002.

⁸⁶ Η ΕΕ έχει προσφέρει πάνω από 1 δισεκατομμύριο ευρώ σε αυτήν την πρωτοβουλία.

⁸⁷ Η Γενική Διεύθυνση Ανάπτυξης και Συνεργασίας είναι επιφορτισμένη με τη χάραξη των ευρωπαϊκών αναπτυξιακών πολιτικών και τη χορήγηση βοήθειας σε χώρες παγκοσμίως. Βλ. Euroraid και πιο συγκεκριμένα: http://ec.europa.eu/europeaid/index_el.htm

⁸⁸ Όπως ανθρώπινα δικαιώματα, χρηστή διακυβέρνηση, επισιτιστική ασφάλεια, φυσικοί πόροι, εμπόριο.

⁸⁹ Βλ. European Commission, *Financing for Development - Annual progress report 2010. Getting back on track to reach the EU 2015 target on ODA spending?*, Brussels, 21 April 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/SEC_2010_0420_COM_2010_0159_EN.PDF

⁹⁰ Αυξήθηκε κατά 4,5 δισεκατομμύρια ευρώ σε σχέση με το 2009.

0,43%. Επίσης, δέχεται κριτικές πως η αναπτυξιακή βοήθεια που προσφέρει δεν κατευθύνεται πάντα με βάση τις ανάγκες των αναπτυσσόμενων εταίρων της και την κρισιμότητα των προβλημάτων που προκύπτουν αλλά ότι καθοδηγούνται από τις πολιτικές βλέψεις και τα εμπορικά συμφέροντα των κρατών μελών της δημιουργώντας μια νέα μορφή «αποικιοκρατίας».

Το Δεκέμβριο του 2008, αποφασίστηκε από το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, το πρόγραμμα «Επισιτιστικής Διευκόλυνσης»⁹¹ που αφορά τη χρηματοδότηση 1 δισεκατομμυρίου ευρώ για τρία χρόνια, 2009-2011, για να αντισταθμιστούν τα προβλήματα που προκύπτουν από την αύξηση των τιμών των τροφίμων. Διεθνείς εταίροι της σε αυτό το πρόγραμμα είναι ο FAO, η UNRWA⁹² και η UNICEF. Πρόσφατα, ολοκληρώθηκε επιτυχημένα το πρόγραμμα “Food Facility” στην περιοχή της δυτικής Αφρικής για τις χώρες Μπενίν, Ακτή Ελεφαντοστού, Γκάνα, Μαλί και Σενεγάλη. Η ΕΕ συνεργάστηκε με το IFAD⁹³ και προσέφεραν συνολικά 26,6 εκατομμύρια δολάρια. Το πρόγραμμα διήρκεσε 18 μήνες και με τη συνεργασία των τοπικών φορέων, πρόσφερε την πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας σπόρους για τους μικροκαλλιεργητές στην περιοχή και την εκπαίδευση τους σε τεχνικές παραγωγής και καλλιέργειας. Υποστηρίζεται πως με το πρόγραμμα περισσότερα από 200.000 αγροτικά νοικοκυριά κατάφεραν να αυξήσουν το εισόδημά τους και να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσής τους.⁹⁴

Ένας, ακόμα, διεθνής οργανισμός που παρέχει αναπτυξιακά προγράμματα και προγράμματα αντιμετώπισης της οικονομικής υποβάθμισης των κρατών είναι το *Διεθνές Νομισματικό Ταμείο*⁹⁵. Ο δίδυμος οργανισμός της Παγκόσμιας Τράπεζας, που ιδρύθηκε και αυτός στο Bretton Woods το 1944, έχει γίνει συχνά αποδέκτης έντονων αρνητικών κριτικών όσον αφορά στις μεθόδους που χρησιμοποιεί και στην αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων του. Το ΔΝΤ ιδρύθηκε με κύριο ρόλο την εξασφάλιση της νομισματικής σταθερότητας παρέχοντας χρηματοδοτική ενίσχυση στα κράτη που αντιμετωπίζουν

⁹¹ Βλ. Food Facility και πιο συγκεκριμένα REGULATION (EC) No 1337/2008 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL (16 December 2008) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0062:0069:EN:PDF>

⁹² Η Υπηρεσία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες.

⁹³ Βλ. International Fund for Agricultural Development (IFAD) και πιο συγκεκριμένα: <http://www.ifad.org/>.

⁹⁴ Βλ. http://www.ifad.org/operations/projects/regions/pa/euff/doc/euff_e.pdf και <http://www.ifad.org/media/press/2012/28.htm>

⁹⁵ Βλ. International Monetary Fund και πιο συγκεκριμένα: <http://www.imf.org/external/index.htm>

προβλήματα στο ισοζύγιο πληρωμών. Όμως με το πέρασμα των χρόνων, ο ρόλος του διαφοροποιήθηκε και άρχισε να επεμβαίνει επί της χάραξης της οικονομικής πολιτικής των χωρών, που απευθύνονταν στον οργανισμό για βοήθεια, για την πρόληψη και θεραπεία οικονομικών κρίσεων με την επιβολή δεσμευτικών όρων⁹⁶ απαραίτητα εφαρμοσμένων για να δοθεί η βοήθεια.⁹⁷

Η αποτυχία του να ανακάμψει την παρακμή των «προστατευμένων» του χωρών⁹⁸ και η αδυναμία πρόβλεψης και επέμβασης για την αποφυγή της πρόσφατης χρηματοοικονομικής κρίσης έχουν θέσει υπό αμφισβήτηση την ικανότητα και την ύπαρξη του οργανισμού.

Κορυφαίοι οικονομολόγοι έχουν κατηγορήσει το ΔΝΤ ότι ακολουθεί λανθασμένες πολιτικές. Το ΔΝΤ χρησιμοποιεί πάντα ένα τυποποιημένο πακέτο πρακτικών⁹⁹ χωρίς να λαμβάνει υπ' όψιν του τις ιδιορρυθμίες του κάθε τόπου. Κοιτάζοντας τους οικονομικούς δείκτες μόνο, επιβάλλει, σχεδόν πάντα, την αποστέρηση κρατικών πόρων από προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας με αποτέλεσμα να πλήττεται ανεπανόρθωτα το ήδη χαμηλό βιοτικό επίπεδο των αναπτυσσόμενων λαών. Πολλές χώρες είχαν αντίστροφα από τα επιθυμητά αποτελέσματα και αντιμετώπισαν, εκτός από οικονομικά, οξύτατα κοινωνικά προβλήματα από την επέμβαση του όπως για παράδειγμα η Ρωσία, η Αργεντινή, η Ταϊλάνδη, η Ινδονήσια κ.α. Στη Ρωσία, υπήρξε μεγάλη υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου και αύξηση της φτώχειας και στην Ταϊλάνδη, το ΔΝΤ κατηγορείται, εμμέσως, για την αύξηση της επιδημίας του AIDS εξαιτίας των εντολών για μείωση κρατικών δαπανών και επιδοτήσεων στον τομέα της υγείας. Από την πλευρά του οργανισμού ως απάντηση προς τις κατηγορίες ότι με τις πρακτικές του επιδείνωσε τις κρίσεις, υποστηρίζει πως ευθύνονται οι χώρες που δεν εφάρμοσαν σωστά τις επιταγές του. Ωστόσο, ακόμα και η Βολιβία που ακολούθησε πιστά τις υποδείξεις του δεν συνάντησε την υποσχόμενη ανάπτυξη.¹⁰⁰

Επίσης, έχει κατηγορηθεί και για υπερδανεισμό πολύ φτωχών χωρών. Ως προσπάθεια αντίκρουσης των επικρίσεων αυτών, από κοινού με την Παγκόσμια Τράπεζα

⁹⁶ Για διαρθρωτικές και θεσμικές μεταρρυθμίσεις.

⁹⁷ Βλ. Στεφάνου, Κ., Γκόρτσος, Χρ., *Διεθνές Οικονομικό Δίκαιο*, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2005.

⁹⁸ Βλ. Teunissen, J. J., Akkerman, A., (eds), "*Helping the Poor? The IMF and Low-Income Countries*", FONDAD, June 2005.

⁹⁹ Π.χ. μείωση πληθωρισμού, ιδιωτικοποίηση κρατικών επιχειρήσεων, ελευθέρωση της αγοράς, αύξηση κρατικών εσόδων μέσω αύξησης της φορολογίας και μείωση των κρατικών δαπανών και επιχορηγήσεων.

¹⁰⁰ Βλ. Στιγκλιτζ, Τζ., *Η μεγάλη αυταπάτη*, εκδ. Λιβάνη, Αθήνα, 2003.

έχουν δημιουργήσει το πρόγραμμα Πρωτοβουλία για τις Υπερχρεωμένες Φτωχές Χώρες¹⁰¹. Με το πρόγραμμα, ενισχύονται οικονομικά οι υπερχρεωμένες χώρες χαμηλού εισοδήματος για την αποπληρωμή των χρεών τους στο ΔΝΤ. Το ΔΝΤ δεν είναι ο χρηματοδότης, στη συγκεκριμένη περίπτωση, αλλά ο διαχειριστής των κεφαλαίων που προσφέρουν οι ανεπτυγμένες χώρες.

Από την πλευρά των αναπτυξιακών προγραμμάτων, το πρόγραμμα του ΔΝΤ, Poverty Reduction Growth Facility δημιουργήθηκε το 1999 και σε μια χώρα ενδέχεται να συνδυαστεί και να ενισχύσει ένα αντίστοιχο PRSC της Παγκόσμιας Τράπεζας.¹⁰² Συνολικά, τα τελευταία χρόνια, περίπου 78 χώρες χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου έχουν εφαρμόσει ή εφαρμόζουν ακόμα, ένα PRGF και η επιλογή τους γίνεται με βάση το κατά κεφαλήν ΑΕΠ τους και οι χώρες πρέπει να συνεργάζονται ήδη με το ΔΝΤ.¹⁰³

Το *Διεθνές Ταμείο Αγροτικής Ανάπτυξης* (IFAD)¹⁰⁴ είναι ένα διεθνές χρηματοοικονομικό ίδρυμα που χρηματοδοτεί σχέδια γεωργικής ανάπτυξης¹⁰⁵ με απώτερο στόχο την εξάλειψη της φτώχειας στις αγροτικές περιοχές των αναπτυσσόμενων χωρών¹⁰⁶ μέσω της βελτίωσης της εισοδηματικής τους κατάστασης και της επισιτιστικής ασφάλειας. Σε συνεργασία με άλλους οργανισμούς, ΜΚΟ και κυβερνήσεις, το IFAD θέλει να διασφαλίσει στους αγροτικούς πληθυσμούς καλύτερη πρόσβαση στα απαραίτητα μέσα και να ενισχύσει την οργάνωση και τις δεξιότητες τους. Παρέχει χαμηλότοκα δάνεια και επιχορηγήσεις στις κυβερνήσεις για να αναπτύξουν προγράμματα προς όφελος των αγροτικών πληθυσμών τους και τη μείωση της φτώχειας τους.¹⁰⁷ Από το 1978 μέχρι σήμερα, έχει επενδύσει 12 δισεκατομμύρια δολάρια¹⁰⁸ σε προγράμματα που αφορούσαν 370 εκατομμύρια κατοίκων αγροτικών περιοχών και έχει

¹⁰¹ Βλ. Heavily Indebted Poor Countries Initiative (HIPC) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/hipc.htm>

¹⁰² Βλ. <http://www1.worldbank.org/publicsector/civilservice/acrest/vol1page3.htm> και <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/prgf.htm>

¹⁰³ Βλ. <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/prgf.htm>

¹⁰⁴ Βλ. International Fund for Agricultural Development (IFAD) και πιο συγκεκριμένα: <http://www.ifad.org/>. Είναι ένας ακόμα εξειδικευμένος οργανισμός του συστήματος των Ηνωμένων Εθνών που ιδρύθηκε το 1977.

¹⁰⁵ Κυρίως για την παραγωγή τροφίμων στις αναπτυσσόμενες χώρες.

¹⁰⁶ Το 75% των φτωχών πληθυσμών, παγκοσμίως, ζει σε αγροτικές περιοχές του αναπτυσσόμενου κόσμου.

¹⁰⁷ Για να βελτιωθεί η ποιότητα και η απόδοση των προγραμμάτων, το 95% των δράσεων του Ταμείου ενοπτεύονται και από συνεργαζόμενους φορείς όπως το Office for Project Services των Ηνωμένων Εθνών (UNOPS).

¹⁰⁸ Περίπου 700 εκατομμύρια δολάρια αφορούσαν επιχορηγήσεις στον τομέα της έρευνας για ανάπτυξη και προγράμματα για ανάπτυξη των ικανοτήτων με σκοπό τη διάδοση νέων γεωργικών τεχνολογιών.

συγχρηματοδοτήσει με κυβερνήσεις, πολυμερείς ή διμερείς συνεργασίες και με άλλες πηγές χρηματοδότησης έργα ύψους, συνολικά, 19,6 δισεκατομμύρια δολάρια.¹⁰⁹ Το IFAD λειτουργεί, επίσης, ως πλατφόρμα συζήτησης για αγροτικά θέματα και θέματα πολιτικής ζωτικής σημασίας για τους αγροτικούς πληθυσμούς.

Το στρατηγικό πλαίσιο δράσης του Ταμείου για την περίοδο 2011-2015¹¹⁰, αφορά στην κινητοποίηση των φτωχών αγροτικών πληθυσμών για βελτίωση της διατροφικής τους ασφάλειας και της ασφάλειας των τροφίμων τους, αύξηση των εισοδημάτων τους και ενίσχυση της ευελιξίας τους. Η στρατηγική βασίζεται σε οχτώ αρχές: τη διαφοροποιημένη προσέγγιση, την υποστήριξη των φτωχών κατοίκων της υπαίθρου, την ισότητα των δυο φύλων και τη χειραφέτηση των γυναικών, τη δημιουργία βιώσιμων ευκαιριών για αγροτική νεολαία, την προώθηση της καινοτομίας και της εκπαίδευσης, τις αποτελεσματικές εταιρικές σχέσεις και τη βιωσιμότητα. Το IFAD δεσμεύεται να εντείνει τις προσπάθειες για προγράμματα που αφορούν στην ενίσχυση της περιβαλλοντικής βιωσιμότητας και της ανθεκτικότητας των μικροκαλλιεργειών, τη ρύθμιση κανόνων για να δοθούν ευκαιρίες σε μικροκαλλιεργητές, την ανάπτυξη βιώσιμων τεχνολογιών, τη δυνατότητα των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων να παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών χωρίς περιορισμούς στους φτωχούς αγρότες, τη χρήση ανανεώσιμων πηγών ενέργειας και την προώθηση τεχνολογιών χαμηλού κόστους παραγωγής.¹¹¹

Άλλη μορφή δράσης έχει η πρωτοβουλία ***Global Call for Action Against Poverty*** που δραστηριοποιείται από τον Ιανουάριο του 2005. Πρόκειται για μια συμμαχία διαφόρων ΜΚΟ, συνδικάτων, κοινωνικών ομάδων και κινημάτων που ζητούν από τους ηγέτες παγκοσμίως την ανάληψη δράσεων για την εξάλειψη της φτώχειας και των ανισοτήτων. Ενισχύει υπάρχουσες εκστρατείες κατά της φτώχειας, δημιουργεί ανοιχτά εθνικά κοινωνικά φόρουμ, οργανώνει παγκόσμιες μαζικές κινητοποιήσεις¹¹². Μέσω των ενεργειών του επιζητά την εξουδετέρωση των ανισοτήτων, την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την προώθηση μιας ειρηνικής ανάπτυξης. Οι εφτά τομείς

¹⁰⁹ Βλ. <http://www.ifad.org/governance/index.htm>

¹¹⁰ Βλ. IFAD, *Strategic Framework 2011-2015: Enabling poor rural people to improve their food security and nutrition, raise their incomes and strengthen their resilience*, 10 May 2011, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.ifad.org/gbdocs/eb/102/e/EB-2011-102-R-2-Rev-1.pdf>

¹¹¹ Βλ. <http://www.ifad.org/sf/index.htm>

¹¹² Έχει οργανώσει τρεις βασικές συγκεντρώσεις – αντιδράσεις: στη Διάσκεψη των G8 στο Gleneagles, στη Διάσκεψη για τους αναπτυξιακούς στόχους στην Ν. Υόρκη και στην Υπουργική Διάσκεψη του ΠΟΕ στο Χόνγκ – Κόνγκ.

δράσεις της είναι η δημόσια λογοδοσία και η δίκαιη διακυβέρνηση, τα δικαιώματα των γυναικών και η ισότητα, το δίκαιο εμπόριο, η διαγραφή του χρέους, η αναπτυξιακή βοήθεια και χρηματοδότηση, η αντιμετώπιση των κλιματικών αλλαγών, η ειρήνη και η ασφάλεια.

3. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στη Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών, τον Σεπτέμβριο 2010¹¹³ και την Έκθεση Προόδου του 2011¹¹⁴, ο αριθμός των ατόμων, παγκοσμίως, που ζουν κάτω από το όριο της ακραίας φτώχειας¹¹⁵ μειώθηκε από 1,8 δισεκατομμύρια σε 1,4 δισεκατομμύρια μεταξύ της περιόδου 1990 και 2005.

Το ποσοστό των ατόμων που ζουν στην απόλυτη φτώχεια στις αναπτυσσόμενες περιοχές ελαττώθηκε από 46% στο 27% και αυτό το γεγονός δίνει κάποια αισιοδοξία για την επίτευξη του στόχου παγκοσμίως.

Από την άλλη πλευρά, η χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση που επικρατεί σε όλη την υφήλιο, έχει ανατρέψει πολλά από τα οφέλη της αναπτυξιακής πορείας που ακολουθήθηκε, τα προηγούμενα χρόνια, από διάφορα κράτη και έχει διακόψει την πρόοδο στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη. Υπολογίζεται ότι μπορεί να οδήγησε περίπου 64 εκατομμύρια άτομα σε κατάσταση ακραίας φτώχειας το 2010. Τα τελευταία χρόνια αυξήθηκε και ο αριθμός των ατόμων που ζουν στα όρια της φτώχειας και στον ανεπτυγμένο κόσμο.¹¹⁶

Η πρόοδος φαίνεται να είναι σταθερή σε κάποιες αναπτυσσόμενες χώρες παρά την οικονομική επιβράδυνση κατά τα έτη 2008-2009 και τις συνέπειες των διαφόρων διατροφικών και ενεργειακών κρίσεων. Παρόλο την πρόοδο και τα θετικά στοιχεία που παρουσιάζονται, εικάζεται ότι το 2015 περίπου στα 920 εκατομμύρια άνθρωποι θα συνεχίζουν να ζουν σε καταστάσεις ακραίας φτώχειας.

¹¹³ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal1.pdf>

¹¹⁴ Βλ. UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf

¹¹⁵ Το όριο υπολογίζεται στο 1,25 \$ ημερησίως. Βλ. Παράρτημα II, εικόνα 1.

¹¹⁶ Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ, 6 εκατομμύρια άτομα έχουν βρεθεί σε κατάσταση φτώχειας από το 2008 και 1 στους 7 ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας και είναι το υψηλότερο ποσοστό εδώ και 50 χρόνια. Βλ. <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=40073&Cr=poverty+eradication&Cr1=>

Ουσιαστικά, η πρόοδος που έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα σε αυτόν τον τομέα οφείλεται κατά κύριο λόγο στη σημαντική εξέλιξη της Ασίας, και ιδιαίτερα της Ανατολικής Ασίας και της Νότιο-Ανατολικής Ασίας όπου ο παγκόσμιος στόχος έχει ήδη επιτευχθεί εδώ και χρόνια. Στην Ανατολική Ασία, το ποσοστό των κατοίκων της που ζουν σε ακραία φτώχεια μειώθηκε θεαματικά από 60% που ήταν το 1990 σε 16% το 2005. Αντίστοιχα, η μείωση στη Νοτιο-Ανατολική Ασία ήταν από 39% σε 19%. Η Κίνα είναι πρωτοπόρος σε αυτήν την πρόοδο και αναμένεται το ποσοστό της φτώχειας της να φθάσει κάτω από 5%. Η συγκεκριμένη χώρα είχε εφαρμόσει, ήδη από την περίοδο 1994-2000, ένα φιλόδοξο εθνικό σχέδιο, το 8-7 National Poverty Reduction Plan που στόχευε στη βελτίωση της διαβίωσης του πληθυσμού της. Το σταθερό πολιτικό περιβάλλον και η παράλληλη οικονομική ανάπτυξη συνέβαλλαν σημαντικά στην επιτυχία του σχεδίου και το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της κατάφερε να ξεφύγει από την ανέχεια. Μέσω του προγράμματος, διατέθηκαν επιδοτούμενα δάνεια για αγροτική παραγωγή και επιχειρηματικές δραστηριότητες, προωθήθηκαν προγράμματα εργασίας και χρησιμοποιήθηκε το πλεονάζων εργατικό δυναμικό για την κατασκευή αγροτικών υποδομών, συγκεντρώθηκαν εγχώριοι πόροι που κατευθύνθηκαν για την οικονομική ανάπτυξη των φτωχότερων περιοχών και επιστρατεύθηκαν οι πλουσιότερες επαρχίες να ενισχύσουν της φτωχότερες με δωρεές και τεχνική υποστήριξη για την εκπαίδευση, την υγειονομική περίθαλψη, τις υποδομές κ.α.¹¹⁷

Επίσης, παράδειγμα εντυπωσιακής προόδου στη Νοτιο-Ανατολική Ασία αποτελεί το Βιετνάμ. Κάνοντας σημαντικές διαρθρωτικές κινήσεις, το Βιετνάμ, από μια από τις φτωχότερες χώρες στον κόσμο, έχει μετατραπεί, σήμερα, σε μία από τις δυναμικά αναπτυσσόμενες χώρες της περιοχής. Η αναπτυξιακή του πορεία ξεκίνησε το 1986 εισάγοντας πολιτικές και οικονομικές μεταρρυθμίσεις¹¹⁸ και μέχρι σήμερα, το κατά κεφαλήν εισόδημα του έχει δεκαπλασιαστεί και το ποσοστό της φτώχειας μειώθηκε από 58%, το 1993, σε 14,5%, το 2008. Ο ρυθμός ανάπτυξης κυμαίνεται γύρω στο 7% και οι

¹¹⁷ Βλ. UNDG, *MDG Good Practices*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://mdgpolicynet.undg.org/?q=node/11> και Wang, S., Zhou, L., Yanshun, R., "The 8-7 National Poverty Reduction Programme in China - The National Strategy and Its Impact", a case study from: *Reducing Poverty, Sustaining Growth. What Works, What Doesn't, and Why A Global Exchange for Scaling Up Success*, World Bank, Shanghai, May 2004.

¹¹⁸ Πρόγραμμα doi moi.

κοινωνικοί δείκτες έχουν βελτιωθεί σημαντικά¹¹⁹ Οι πρακτικές που χρησιμοποίησε είναι βελτίωση παροχής χρηματοοικονομικών υπηρεσιών για αγροτικές επιχειρηματικές δραστηριότητες¹²⁰, η επέκταση εγκαταστάσεων παροχής πόσιμου νερού, ύδρευσης και αποχέτευσης, η εξασφάλιση ηλεκτροδότησης στο σύνολο του πληθυσμού, βελτίωση υποδομών και οδικών δικτύων, η καλυτέρευση του βιοτικού επιπέδου σε απομακρυσμένες περιοχές και η ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης για τη βοήθεια των φτωχότερων.¹²¹

Σε εντελώς αντίθετη τροχιά βρίσκεται η Νότια Ασία. Οι προσπάθειες για τη μείωση της φτώχειας στην περιοχή είναι ανεπαρκείς και δεν πρόκειται να φθάσει το στόχο. Εξαίρεση στην περιοχή αποτελεί η Ινδία όπου υπολογίζεται ότι θα έχει μειώσει το ποσοστό των πολιτών της που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας από 51% το 1990 σε 22% το 2015. Μάλιστα, στη χώρα εφαρμόστηκε επιτυχημένα, με την υποστήριξη του UNDP, ένα εθνικό πρόγραμμα για αύξηση των θέσεων αγροτικής απασχόλησης.¹²² Σύμφωνα με το πρόγραμμα, που ξεκίνησε το 2005, παρέχεται το δικαίωμα εργασίας,¹²³ τουλάχιστον, 100 αμειβόμενων ημερών το χρόνο σε ακτήμονες και αγρότες σε περιθωριοποιημένες περιοχές και έτσι, υπολογίζεται πως επωφελήθηκαν περίπου 46 εκατομμύρια νοικοκυριά και το ήμισυ των δικαιούχων αφορούσε σε γυναίκες.¹²⁴

Η μείωση της φτώχειας δεν είναι ιδιαίτερα εμφανής στην περίπτωση της υποσαχάριας Αφρικής. Στην περιοχή αυτή, το ποσοστό της φτώχειας είναι ιδιαίτερα υψηλό και είχε μόνο μια μικρή μείωση, από 58% που ήταν το 1990 έγινε 51% το 2005. Η υποσαχάρια Αφρική είναι μια από τις περιοχές που δεν αναμένεται η επίτευξη του στόχου για την εξάλειψη της φτώχειας.¹²⁵

¹¹⁹ Βλ. <http://www.worldbank.org/en/country/vietnam>

¹²⁰ Η ανάπτυξη του αγροτικού τομέα ήταν ένα από βασικότερα εργαλεία της χώρας για την ώθηση της οικονομίας και τη μείωση της φτώχειας.

¹²¹ Βλ. Binh, L. Q., “What has Made Viet Nam a Poverty Reduction Success Story”, *Oxfam International*, 14 Jun 2008

¹²² Βλ. Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://nrega.ap.gov.in/Nregs/Home_eng.jsp

¹²³ Δεσμεύεται νομικά η κυβέρνηση.

¹²⁴ Βλ.

http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/povertyreduction/projects_and_initiatives/projects_in_dia.html και http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_FS_1_EN.pdf

¹²⁵ Η Παγκόσμια Τράπεζα εκτιμά ότι η παγκόσμια οικονομική κρίση το 2008-2009 θα επηρεάσει ιδιαίτερα τα ποσοστά της φτώχειας και την περαιτέρω επίτευξη του στόχου έως το 2015 και ιδιαίτερα σε περιοχές πιο ευάλωτες όπως είναι η υποσαχάρια Αφρική.

Αρνητικά αποτελέσματα για την πρόοδο του στόχου υπάρχουν και από πλευράς της Λατινικής Αμερικής. Η περιφέρεια¹²⁶ δεν φαίνεται να πετυχαίνει τα επιθυμητά αποτελέσματα μέχρι το 2015. Υπάρχει πολύ χαμηλή μείωση των ποσοστώ από τις αρχές της δεκαετίας του '90 μέχρι σήμερα. Το ποσοστό του φτωχού πληθυσμού έχει ελαττωθεί μόλις 3 ποσοστιαίες μονάδες, από 29% το 1990 σε 26% το 2009. Ωστόσο, σε επιμέρους χώρες της περιοχής, υπάρχει κάποια σημαντική εξέλιξη όσον αφορά στη μείωση της φτώχειας σε αντιστοιχία της επιτυχίας των δράσεων που έχουν αναλάβει τα κράτη. Για παράδειγμα, στην Αργεντινή, με το πρόγραμμα απασχόλησης Jefes y Jefas de Hogar δόθηκε η ευκαιρία σε εκατομμύρια πολίτες να αποκτήσουν θέσεις εργασίας και θεωρείται πως είναι από τις βασικές δράσεις που οδήγησαν στη μείωση του ποσοστώ της φτώχειας στη χώρα από 9,9% το 2002, χρονιά όπου ξεκίνησε το πρόγραμμα, σε 4,5% το 2005.¹²⁷

Μια, ακόμα, περιφέρεια που απέχει πολύ από την εκπλήρωση του στόχου είναι αυτή του Καυκάσου και της Κεντρικής Ασίας. Στις χώρες αυτές υπήρξε το δυσάρεστο γεγονός ότι τα ποσοστά της φτώχειας αυξήθηκαν με το πέρασμα των χρόνων. Από μόλις 6% το 1990, το 2005 έφθασε το 19%. Η μεγάλη ανεργία και η εξαρτώμενη οικονομία των κρατών αυτών από την οικονομία της Ρωσίας, που έχει υποστεί σημαντική ύφεση λόγω της πρόσφατης παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κρίσης, είναι βασικοί παράγοντες διαιωνισμού της φτώχειας στην περιφέρεια.

Τέλος, όσον αφορά στην περιφέρεια της Μέσης Ανατολής και της Βορείου Αφρικής, οι αναταραχές στις περισσότερες χώρες της περιοχής έχουν, αν όχι κάμψει, παγώσει την οποιαδήποτε ανάπτυξη και πρόοδο. Είχε παρατηρηθεί και εδώ το ίδιο φαινόμενο με την Κεντρική Ασία της αύξησης του πληθυσμού που ζει σε ακραία φτώχειας. Μεταξύ 1990-2005, το ποσοστό ανέβηκε από 2% σε 6%. Με τα γεγονότα που συμβαίνουν στην περιοχή, δεν υπάρχουν ελπίδες για πρόοδο σχετικά με αυτόν το στόχο.

Όσον αφορά στο δεύτερο σκέλος του στόχου, ο ρυθμός μείωσης των ατόμων που υποφέρουν από την πείνα δεν είναι ικανοποιητικός.¹²⁸ Παρά τη μείωση του ποσοστώ της ακραίας φτώχειας, το ποσοστό της πείνας, στον αναπτυσσόμενο κόσμο, παρέμεινε

¹²⁶ Συμπεριλαμβάνεται και η Καραϊβική.

¹²⁷ Βλ. http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_FS_1_EN.pdf

¹²⁸ Βλ. UN, The Millennium Development Goals Report 2011, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf.

σχετικά σταθερό από το 2000. Αν και το ποσοστό της πείνας είναι σταθερά 16%, με αριθμούς, όμως, τα άτομα που πεινάνε έχουν πληθύνει, καθώς το 16% το 2000 αντιπροσώπευε 818 εκατομμύρια άτομα ενώ το 2005 το ίδιο ποσοστό αντιπροσώπευε 837 εκατομμύρια άτομα. Σε παγκόσμιο πλαίσιο, χάρη στη σημαντική πρόοδο χωρών, κυρίως, της Ανατολικής Ασίας και της περιφέρειας της Λατινικής Αμερικής και Καραϊβικής, ο στόχος για τη μείωση της πείνας φαίνεται να είναι επιτεύξιμος. Στις χώρες της Λατινικής Αμερικής επιτεύχθηκε ο στόχος της μείωσης κατά το ήμισυ των υποσιτιζόμενων παιδιών κάτω των ετών, από 10% το 1990 έπεσε στο 4% το 2009. Παρομοίως, επιτεύχθηκε ο στόχος και στην Ανατολική Ασία, όπου το ποσοστό των υποσιτιζόμενων παιδιών μειώθηκε στο 6% από το 15% το 1990. Σε καλό δρόμο βρίσκεται και η περιοχή της Νοτιο-Ανατολικής Ασίας που έχει μειώσει τα ποσοστά από 30% σε 18%. Υπάρχουν περιπτώσεις αναπτυσσόμενων χωρών που έχουν αρχίσει να δίνουν μεγαλύτερη προτεραιότητα στη διατροφική ασφάλεια και διαθέτουν περισσότερους δημοσιονομικούς πόρους σε αυτόν τον τομέα.¹²⁹ Αντιθέτως, υπολογίζεται πως το 27% και το 20% από 900 εκατομμύρια ανθρώπων που είναι υποσιτισμένοι βρίσκονται στην υποσαχάρια Αφρική και τη Νότια Ασία, αντίστοιχα. Η Νότια Ασία, μάλιστα, έχει το υψηλότερο ποσοστό υποσιτισμού παιδιών παγκοσμίως. Στις δύο αυτές περιοχές φαίνεται αδύνατον να επιτευχθεί ο στόχος μέχρι το 2015.

Από καθαρά οικονομικής άποψης, το 2010 θεωρείται, από πολλούς αναλυτές, ως έτος ανάκαμψης ύστερα από τη χρηματοοικονομική κρίση των προηγούμενων χρόνων, καθώς η παγκόσμια οικονομία αναπτύχθηκε με 4,8% και αυτό αφορούσε και στις αναπτυσσόμενες χώρες, ιδιαίτερα στις αναδυόμενες οικονομίες, που παρουσίασαν και αυτές αύξηση στο ΑΕΠ τους.¹³⁰ Ωστόσο, η οικονομική ανάκαμψη διέφερε γεωγραφικά και εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά ζητήματα παγκόσμιου ενδιαφέροντος που ενδέχεται να κλονίσουν την οποία ανάκαμψη έχει παρατηρηθεί. Ο αυξανόμενος κίνδυνος κρίσεων χρέους ακόμα και στις ανεπτυγμένες χώρες, οι αυξημένες και ευμετάβλητες τιμές των τροφίμων, τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας, η μείωση ροής κεφαλαίων σε παγκόσμια κλίμακα και σε επίπεδο επενδύσεων αλλά και σε επίπεδο αναπτυξιακής

¹²⁹ Βλ. IFAD, *Strategic Framework 2011-2015: Enabling poor rural people to improve their food security and nutrition, raise their incomes and strengthen their resilience*, 10 May 2011, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.ifad.org/gbdocs/eb/102/e/EB-2011-102-R-2-Rev-1.pdf>

¹³⁰ Βλ. UNCTAD, *Annual Report 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unctad.org/en/docs/dom2011d1_en.pdf

βοήθειας, οι έντονες φυσικές καταστροφές όπως πλημμύρες ή έντονη ξηρασία που πλήττουν πολλά μέρη του πλανήτη, η περιβαλλοντική υποβάθμιση, η ενεργειακή εξάρτηση από το πετρέλαιο και οι επισιτιστικές κρίσεις που μαστίζουν κάποιες περιοχές του αναπτυσσόμενου κόσμου αποτελούν κάποιους από τους παράγοντες που μπορούν να θέσουν άμεσα φρένο στην ανάπτυξη και να εκτινάξουν στα ύψη τα ποσοστά της φτώχειας.

Επιπλέον, πολλές φορές, με τις συμφωνίες μεταξύ διεθνών οργανισμών και χωρών του Βορρά με τον αναπτυσσόμενο κόσμο, η σύνδεση του εμπορίου του δυο πλευρών συνεπάγεται την είσοδο στην αγορά των αδύναμων κρατών, προηγμένων και άκρως ανταγωνιστικών αγαθών του ανεπτυγμένου κόσμου με επακόλουθο να πλήττεται ακόμα περισσότερο η οικονομία των αναπτυσσόμενων κρατών και οι πλούσιοι να γίνονται πλουσιότεροι και οι φτωχοί φτωχότεροι.

Για να αντιμετωπιστεί η φτώχεια δεν επαρκεί απλώς η παροχή χρημάτων στις ευπαθείς χώρες ή κοινωνικές ομάδες. Πρέπει να δοθούν κίνητρα ώστε να κινητοποιηθούν οι εκάστοτε τοπικοί μηχανισμοί με σκοπό να ξεκινήσει μια αναπτυξιακή πορεία με μακροπρόθεσμα οφέλη και όχι μόνο παροδικά. Σε αρκετές αναπτυσσόμενες ή ελάχιστα ανεπτυγμένες χώρες, τα τελευταία χρόνια υπάρχουν κάποια προγράμματα επιχορηγήσεων, όπου διευκολύνουν και δίνουν μια σημαντική ώθηση για ανάπτυξη, όπως για παράδειγμα στο Μαλάουι και την Γκάνα όπου έχουν δοθεί επιχορηγήσεις σχετικά με αγροτικές ασχολίες. Το 2005 ξεκίνησε στο Μαλάουι το πρόγραμμα επιδοτήσεων για λιπάσματα και σπόρους που βοήθησε να αναζωογονηθεί η αγροτική παραγωγή της χώρα και τη μετέτρεψε από αιώνιο εισαγωγέα σε εξαγωγέα. Παρόμοια περίπτωση είναι και η Γκάνα που με το πρόγραμμα επιδοτήσεων για λιπάσματα που εφάρμοσε κατάφερε να αυξήσει κατά 40% την παραγωγή τροφίμων και παράλληλα να μειωθεί κατά 9 ποσοστιαίες μονάδες ο πληθυσμός που υποφέρει από πείνα, την περίοδο μεταξύ 2003 -2005.¹³¹

Για πραγματικά θετικά αποτελέσματα στον τομέα της φτώχειας θα πρέπει να υπάρξει αναδιάρθρωση σε όλα τα επίπεδα. Για παράδειγμα, η μείωση των εισοδηματικών ανισοτήτων και η παροχή βασικών κοινωνικών παροχών¹³² είναι

¹³¹ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal1.pdf>

¹³² Όπως εκπαίδευση, δημόσια υγειονομική περίθαλψη και πρόσβαση σε πόσιμο νερό.

σημαντικοί παράγοντες για να επιτευχθούν χαμηλότερα επίπεδα φτώχειας. Ο ΟΗΕ τονίζει πως η επένδυση στον άνθρωπο είναι ένα βασικό εργαλείο για την εξάλειψη της φτώχειας.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

1. 6ος ΣΤΟΧΟΣ ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ «ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ HIV/AIDS, ΤΗΣ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ»

Ο 6^{ος} στόχος της Διακήρυξης της Χιλιετίας αναφέρεται στην καταπολέμηση του HIV/AIDS, της ελονοσίας και των άλλων μεγάλων ασθενειών που πλήττουν μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γης. Τα επιμέρους βήματα για την εκπλήρωση του στόχου αφορούν στην αναχαίτιση και στην αναστροφή της διάδοσης του HIV/AIDS, στη διασφάλιση της πρόσβαση στις θεραπείες κατά του HIV/AIDS για όσους έχουν ανάγκη και στην αναχαίτιση και στην αναστροφή της έκτασης της ελονοσίας και άλλων σοβαρών ασθενειών.¹³³

Σχετικό με την καταπολέμηση των ασθενειών αποτελεί και ένα από τα επιμέρους βήματα του στόχου 8 για την «οικοδόμηση μιας παγκόσμιας συνεργασίας για την ανάπτυξη» που αναφέρει ότι σε συνεργασία με τις φαρμακευτικές εταιρείες, επιδιώκεται να παρέχεται στις αναπτυσσόμενες χώρες πρόσβαση σε οικονομικά προσιτά φάρμακα.¹³⁴

Παγκοσμίως, και σε ανθρώπινο επίπεδο, καθώς και σε επίπεδα της επιστήμης, η υγεία παρουσιάζει σημαντική πρόοδο, όμως, οι μεγάλες οικονομικές ανισότητες που επικρατούν στον κόσμο δημιουργούν και σε αυτόν τον τομέα μεγάλα χάσματα ανάμεσα στον εύπορο κόσμο του βορρά και τις φτωχές χώρες του νότου, αλλά και στο εσωτερικό της κάθε κοινωνίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενειών που μαστίζουν τον αναπτυσσόμενο κόσμο μπορούν να αποφευχθούν ή να θεραπευτούν εξ' ολοκλήρου με φάρμακα και θεραπείες που ήδη υπάρχουν. Ειδικά στην αλλαγή του αιώνα, όταν αποφασίστηκαν και οι αναπτυξιακοί στόχοι, υπήρχε μεγάλο χάσμα ανάμεσα στο βορρά και τον νότο, όσον αφορά στις υγειονομικές συνθήκες, στις αντίστοιχες υποδομές και στην ποιότητα της υγείας των πολιτών. Για παράδειγμα, ένα παιδί στον αναπτυσσόμενο

¹³³ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/aids.shtml>

¹³⁴ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/global.shtml>

κόσμο είχε 8 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνει πριν τα 5 του χρόνια συγκριτικά με ένα παιδί στον ανεπτυγμένο κόσμο.¹³⁵

Δυστυχώς, τα δεδομένα σχετικά με τις ασθένειες είναι συχνά ελλιπή ή δεν συλλέγονται σε τακτική βάση, ιδιαίτερα στο παρελθόν και κυρίως όσον αφορά στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Σε πολλές χώρες, μπορούν να γίνουν μόνο εκτιμήσεις, ιδιαίτερα για ασθένειες, όπως το AIDS που δεν γίνεται από την αρχή αντιληπτό. Επίσης, εκτός από τα ελλιπή μέσα, η περιθωριοποίηση των νοσούντων με σοβαρές ασθένειες που συνήθως συμβαίνει σε κάποιες κοινωνίες λόγω έλλειψης των απαραίτητων γνώσεων και πληροφοριών αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου με αποτέλεσμα να βοηθάει την εξάπλωση της.

2. ΜΕΓΑΛΕΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

2.1 AIDS

2.1.1 Η ασθένεια

Το AIDS¹³⁶ προκαλείται από το ρετροϊό,¹³⁷ ο οποίος ονομάζεται ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου. Ο ιός HIV προσβάλλει τον οργανισμό του ανθρώπου μέσω των λεμφοκυττάρων και οδηγεί στο AIDS. Το AIDS θεωρείται το τελευταίο στάδιο της προσβολής από τον HIV. Το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου καταστρέφεται, ο ασθενής γίνεται ευάλωτος σε πολλές ευκαιριακές λοιμώξεις και συνήθως οδηγείται στο θάνατο.

Οι ομοφυλόφιλοι, οι αμφιφυλόφιλοι και τα άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών – κυρίως με ενδοφλέβια χορήγηση – είναι ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου για το AIDS. Ο πιο συχνός τρόπος μετάδοσης, παγκοσμίως, είναι η σεξουαλική επαφή και η κάθετη μετάδοση του ιού από τη μητέρα φορέα στο έμβρυο. Μετάδοση του ιού μπορεί να γίνει, επίσης, με μετάγγιση με μολυσμένο αίμα που δεν έχει ελεγχθεί σωστά και μέσω της

¹³⁵ Βλ. Cordellier, S., (επιμ.), *Ο κόσμος τον 21^ο αιώνα: 80 κείμενα για να κατανοήσουμε τη νέα τάξη πραγμάτων*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1999.

¹³⁶ Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Acquired Immune Deficiency Syndrome).

¹³⁷ RNA ιό

χρήσης κοινής βελόνας χορήγησης ναρκωτικών ουσιών. Μεταξύ της μόλυνσης και της νόσησης παρεμβάλλεται ο χρόνος επώασης του ιού του AIDS που έχει μεγάλη διάρκεια και διαφέρει από άτομο σε άτομο.¹³⁸

Καθώς δεν έχει βρεθεί ακόμα ριζική θεραπεία για τη συγκεκριμένη νόσο, η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι τα βασικά μέτρα για την επιβράδυνση, τουλάχιστον, του ρυθμού εξάπλωσης του ιού. Σήμερα για τον έλεγχο του AIDS χρησιμοποιούνται οι λεγόμενοι «προγνωστικοί δείκτες» για την εξέλιξη και την έγκαιρη πρόβλεψη της νόσου πριν ακόμα υπάρξουν κλινικές ενδείξεις. Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται σήμερα καθυστερούν το χρόνο επώασης της νόσου και επιμηκύνουν το προσδόκιμο ζωής των ασθενών. Η συνδυασμένη αντιρετροϊκή θεραπεία¹³⁹ εμποδίζει τον ιό HIV από τον πολλαπλασιασμό του σώματος. Εάν η αναπαραγωγή του ιού HIV σταματήσει, τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος του σώματος είναι σε θέση να ζήσουν περισσότερο και παρέχουν στον οργανισμό μεγαλύτερη προστασία από τις μολύνσεις και τις λοιμώξεις που κινδυνεύει ένα οροθετικό άτομο.

2.1.2 Η κατάσταση στον κόσμο

Το AIDS εμφανίστηκε ξαφνικά και μυστηριωδώς και μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα έγινε ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους της ανθρωπότητας. Θεωρείται ως η δεύτερη μεγαλύτερη επιδημία στην ανθρώπινη ιστορία μετά την πανούκλα¹⁴⁰ και έχει χαρακτηριστεί ως η μάστιγα του προηγούμενου αιώνα αλλά και του τωρινού.¹⁴¹

Το 1981 αναφέρεται το πρώτο κρούσμα που πέθανε από τον ιό HIV. Οι πρώτες κλινικά διαγνωσμένες περιπτώσεις παρουσιάστηκαν στις ΗΠΑ.¹⁴² Μόλις το 1993 η ιατρική κοινότητα απέκτησε μια πλήρη εικόνα της νόσου καθώς ολοκληρώθηκε η

¹³⁸ Βλ. Χανιώτης, Φρ. Ι., Χανιώτης, Δ. Ι., *Νοσολογία Παθολογία*, Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2002.

¹³⁹ Antiretroviral Treatment (ART)

¹⁴⁰ Την επονομαζόμενη και ως Μαύρο Θάνατο, η οποία τον 14ο αιώνα είχε σκοτώσει το ¼ του πληθυσμού της Ευρώπης (περισσότεροι από 40.000.000 θάνατοι) και μέχρι την εμφάνιση του AIDS θεωρείτο η χειρότερη επιδημία που υπήρξε ποτέ.

¹⁴¹ Ο ΠΟΥ ονομάζει την επιδημία του HIV/AIDS ως το μεγαλύτερο δολοφόνο στον κόσμο καθώς μέχρι σήμερα έχει στοιχίσει τη ζωή σε περισσότερα από 27 εκατομμύρια άτομα. Βλ. www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/en/index3.html

¹⁴² Στην Ελλάδα το πρώτο κρούσμα εμφανίστηκε το 1983 και ήταν ένας φοιτητής από τη Ζάμπια.

διατύπωση και η ταξινόμηση των ορισμών σχετικά με το AIDS.¹⁴³ Ιστορικά τεκμηριώνεται ότι ο ιός HIV ξεκίνησε από την Αφρική και στη συνέχεια μεταδόθηκε σε Αμερική, Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο για να εξελιχθεί σήμερα σε μια παγκόσμια επιδημία. Έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες σχετικά με τη μετάδοση για πρώτη φορά του ιού στον άνθρωπο.

Βάσει των στοιχείων που παρουσιάστηκαν στη Σύνοδο Κορυφής του ΟΗΕ, το Σεπτέμβριο του 2010¹⁴⁴, η κατάσταση είναι σχετικά απογοητευτική. Πιο συγκεκριμένα, κάθε μέρα περισσότερα από 7.400 άτομα, παγκοσμίως, προσβάλλονται από τον ιό του HIV και περίπου 5.500 άνθρωποι πεθαίνουν από αρρώστιες συνδεδεμένες με το AIDS. Κάθε 17 δευτερόλεπτα ένα άτομο στον κόσμο πεθαίνει από AIDS και συνολικά σχεδόν 2 εκατομμύρια άτομα πεθαίνουν ετησίως.¹⁴⁵

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία¹⁴⁶, πιο συγκεκριμένα, το 2009 υπήρξαν περίπου 2,6 εκατομμύρια νέα κρούσματα του AIDS. Επίσης, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 2009, 33,3 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως ζούσαν με το ιό HIV και 1,8 εκατομμύρια φορείς πέθαναν από ασθένειες που σχετίζονται με το AIDS.¹⁴⁷

Από τις αρχές της επιδημίας, σχεδόν 60 εκατομμύρια άτομα έχουν μολυνθεί και περισσότερα από 25 εκατομμύρια πέθαναν. Σε παγκόσμια κλίμακα, τα άτομα που ζουν με AIDS κάθε χρόνο αυξάνονται και αυτό οφείλεται σε δύο παράγοντες. Από τη μια πλευρά, είναι, δυστυχώς, οι νέες μολύνσεις από τον ιό HIV και από την άλλη, είναι η «παράταση» ζωής που δίνει στους φορείς η αντιρετροϊκή θεραπεία.¹⁴⁸ Ο πραγματικός αριθμός των ατόμων που έχει μολυνθεί από τον ιό παραμένει άγνωστος. Σε πολλές περιπτώσεις, τα στοιχεία βασίζονται σε εκτιμήσεις και υπολογισμούς καθώς στις αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχουν υποεκτιμημένα δηλωθέντα κρούσματα, λόγω δυσκολιών διάγνωσης της νόσου, ιδιαίτερα τα προηγούμενα χρόνια. Υπάρχει, επίσης, και ένας σημαντικός αριθμός ατόμων που έχουν μολυνθεί και δεν το γνωρίζουν. Αυτοί αποτελούν ένα μεγάλο κίνδυνο μετάδοσης του ιού.

¹⁴³ Βλ. Χανιώτης, Φρ. Ι., Χανιώτης, Δ. Ι., *Νοσολογία Παθολογία*, Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2002.

¹⁴⁴ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

¹⁴⁵ Βλ. <http://www.poverty.com/aids.html>

¹⁴⁶ Βλ. <http://www.who.int/gho/hiv/en/index.html>

¹⁴⁷ Βλ. <http://www.who.int/gho/hiv/en/>

¹⁴⁸ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

Το AIDS πλήττει όλες τις χώρες¹⁴⁹ αλλά σε κάποιες περιπτώσεις η επιδημία του AIDS έχει, δυστυχώς, εξελιχθεί σε πανδημία¹⁵⁰. Η συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων που ζουν με τον ιό HIV/AIDS, παγκοσμίως, βρίσκονται σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου.¹⁵¹ Την υποσαχάρια Αφρική αφορούν περίπου τα 2/3 των ανθρώπων που ζουν με τον ιό HIV¹⁵², το 71% των νέων κρουσμάτων και το 70% των θανάτων. Σε ορισμένες χώρες της υποσαχάριας Αφρικής 1 στους 3 ενήλικες είναι μολυσμένοι.¹⁵³ Σε αριθμό κρουσμάτων, ακολουθεί η Ασία και τρίτη είναι η Λατινική Αμερική. Γενικά, ο ρυθμός εξάπλωσης της επιδημίας του AIDS φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί στις περισσότερες περιοχές αλλά στην Ανατολική Ευρώπη και την Κεντρική Ασία, τα ποσοστά μόλυνσης αυξάνονται.¹⁵⁴

Οι πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες από τη νόσο, ιδιαίτερα στον αναπτυσσόμενο κόσμο, είναι οι γυναίκες¹⁵⁵ και τα παιδιά.¹⁵⁶ Σύμφωνα με στοιχεία για το 2008, περισσότερα από 2 εκατομμύρια παιδιά στον κόσμο ζουν με τον ιό του HIV. Περίπου το 90% των οροθετικών παιδιών έχουν προσβληθεί από τον ιό μέσω της μητέρας τους¹⁵⁷ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης του τοκετού ή του θηλασμού και τα περισσότερα από αυτά ζουν στην υποσαχάρια Αφρική. Σχεδόν 1.200 παιδιά μολύνονται από HIV κάθε μέρα.¹⁵⁸ Επίσης τα παιδιά πλήττονται από την επιδημία του AIDS και για έναν άλλο λόγο. Υπολογίζεται ότι 17,5 εκατομμύρια παιδιά έχουν χάσει έναν ή και τους δύο γονείς τους εξαιτίας του AIDS. Η υποσαχάρια Αφρική κατέχει και πάλι το υψηλότερο ποσοστό των περιπτώσεων που ξεπερνάει το 80% του παγκόσμιου αριθμού, περίπου 14,1 εκατομμύρια. Το AIDS παραμένει ως η βασική αιτία θανάτου των γυναικών σε παραγωγική ηλικία.¹⁵⁹

¹⁴⁹ Βλ. Παράρτημα III, εικόνα 1.

¹⁵⁰ Πανδημία είναι μια επιδημία που εξαπλώνεται σε πολλές περιοχές του κόσμου ταυτόχρονα χωρίς να αποκλίνει.

¹⁵¹ Βλ. www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/en/index2.html

¹⁵² Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

¹⁵³ Βλ. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/easternandsouthernafrika/>

¹⁵⁴ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

¹⁵⁵ Αν και σύμφωνα με την ιατρική, το AIDS προσβάλλει περισσότερο τους άνδρες από τις γυναίκες, με αναλογία 13 προς 1, αλλά η υποβαθμισμένη θέση της γυναίκας σε αυτές τις περιοχές έχει αντιστρέψει τους όρους.

¹⁵⁶ Βλ. Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010.

¹⁵⁷ Βλ. UNAIDS, policy brief: *HIV, Food Security and Nutrition*, May 2008.

¹⁵⁸ Βλ. <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/en/index6.html>

¹⁵⁹ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

Στον ανεπτυγμένο κόσμο μέσω της εκπαίδευσης, της χρήσης προφυλακτικών και τα σωστά ιατρικά μέσα, η επιδημία του AIDS έχει τεθεί υπό έλεγχο. Το ίδιο μπορεί να επιτευχθεί και στις φτωχότερες χώρες αρκεί να τους δοθεί κάποια βοήθεια.

2.2 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

2.2.1 Η ασθένεια

Η φυματίωση είναι λοιμώδης νόσος που προκαλείται από το μυκοβακτήριδιο¹⁶⁰ ή βάκιλο του Koch. Το μικρόβιο της φυματίωσης μεταδίδεται κυρίως δια μέσου της αναπνευστικής οδού.¹⁶¹ Πρόκειται για μια ιδιαίτερα μεταδοτική ασθένεια και υπολογίζεται πως ένας ασθενής που νοσεί με φυματίωση μπορεί να μολύνει 10 με 15 άτομα το χρόνο από το άμεσο περιβάλλον του. Η φυματίωση δεν είναι πάντα αναγνωρίσιμη αρχικά και εύκολα μπορεί να μπερδευτεί με άλλη ασθένεια με αποτέλεσμα μόλυνσης και άλλων ατόμων προτού ο ασθενής ξεκινήσει την θεραπεία της. Η λευκή φυλή παρουσιάζει μεγαλύτερη φυσική αντίσταση κατά του μυκοβακτηριδίου που προκαλεί τη φυματίωση.

Η θεραπεία της φυματίωσης γίνεται με ειδικά αντιφυματικά φάρμακα. Η διάρκεια της αντιφυματικής θεραπείας παλιότερα διαρκούσε 18 με 24 μήνες αλλά τα τελευταία χρόνια με τη θεραπεία που χρησιμοποιείται χρειάζονται 6 με 9 μήνες. Σήμερα, οι ασθενείς που νοσούν με φυματίωση σπάνια ακολουθούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Με την ορθή τήρηση της θεραπείας και τακτική ιατρική παρακολούθηση, ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στη δουλειά του και στην κοινωνική ζωή του μετά από 2 μήνες. Βέβαια, μετά από θεραπεία χρειάζεται ακτινολογική παρακολούθηση για μια πενταετία.¹⁶²

¹⁶⁰ Mycobacterium tuberculosis

¹⁶¹ Με το βήχα, το φτέρνισμα κ.α.

¹⁶² Βλ. Χανιώτης, Φρ. Ι., Χανιώτης, Δ. Ι., *Νοσολογία Παθολογία*, Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2002.

2.2.2 Η κατάσταση στον κόσμο

Η φυματίωση θεωρείται η αρχαιότερη θανατηφόρα ασθένεια που έχει αντιμετωπίσει η ανθρωπότητα. Χρονολογείται ότι υπάρχει από το 4.000 π.Χ. Έχουν βρεθεί στοιχεία της νόσου σε αρχαίες αιγυπτιακές μούμιες ενώ αναφορές για την ασθένεια βρέθηκαν σε κείμενα της αρχαίας Ελλάδας, της Ρώμης αλλά και της Ινδίας. Έχει προκαλέσει τους περισσότερους θανάτους στην ιστορία της ανθρωπότητας από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια.¹⁶³

Μόλις το 16^ο αιώνα, επιβεβαιώθηκε η μεταδοτικότητα της νόσου. Το 17^ο αιώνα η φυματίωση ήταν υπεύθυνη για τον 1 στους 5 θανάτους στο Λονδίνο. Το 19^ο αιώνα υπάρχει έξαρση της ασθένειας λόγω της μεγάλης συγκέντρωσης πολιτών στα τότε μεγάλα αστικά και βιομηχανικά κέντρα και της εξαθλίωσης και των άσχημων συνθηκών διαβίωσης που επικρατούσαν. Εκείνη την περίοδο, η φυματίωση ήταν η κυριότερη αιτία θανάτου.

Το 1882, ανακαλύφθηκε από τον δρ. Robert Koch το μικροβακτήριο που προκαλούσε την ασθένεια. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης συνέβαλαν στη μείωση της εξάπλωσης της φυματίωσης. Από τη δεκαετία του '40 όπου αναπτύχθηκαν τα αντιβιοτικά φάρμακα και έγινε ευρεία η χρήση τους, η φυματίωση σταμάτησε να αποτελεί κίνδυνο για τον ανεπτυγμένο κόσμο.

Εντούτοις, ακόμα και σήμερα, η φυματίωση παραμένει η δεύτερη κύρια θανατηφόρα ασθένεια μετά το AIDS¹⁶⁴, καθώς συνεχίζει να πλήττει σημαντικά τους κατοίκους των αναπτυσσόμενων και φτωχών χωρών.¹⁶⁵ Κάθε χρόνο, κοστίζει τη ζωή περίπου 1,5 με 2 εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως. Σχεδόν όλοι όσοι πεθαίνουν από αυτήν την αρρώστια ζουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και οι περισσότεροι είναι ηλικίας 15-49 ετών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ακόμα και στον ανεπτυγμένο κόσμο που οι θάνατοι από φυματίωση δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένοι, είναι πάντως περισσότεροι από οποιαδήποτε άλλης λοιμώδους νόσου.

¹⁶³ Σε μικρότερες χρονικές περιόδους, η πανούκλα και το AIDS έχουν σκοτώσει συγκριτικά περισσότερους.

¹⁶⁴ Σε κάποιες περιοχές της Αφρικής η φυματίωση προκαλεί περισσότερους θανάτους από το AIDS.

¹⁶⁵ Βλ. Παράρτημα III, εικόνα 2.

Η φυματίωση είναι η κυριότερη αιτία θανάτου των ατόμων που πάσχουν από AIDS¹⁶⁶ και περίπου το 75% των οροθετικών υποφέρουν επίσης από φυματίωση. Ο σημαντικότερος λόγος, μάλιστα, για την έξαρση της ασθένειας μετά το 1985 είναι η εξάπλωση της επιδημίας του AIDS.¹⁶⁷ Το 13% των νέων περιπτώσεων φυματίωσης το 2009 αφορούσε ανθρώπους που ζουν με τον ιό HIV.¹⁶⁸

Παγκοσμίως, 22 χώρες, κυρίως, είναι υψηλού επιπολασμού: Αιθιοπία, Αφγανιστάν, Βιετνάμ, Βιρμανία, Βραζιλία, Ζιμπάμπουε, Ινδία, Ινδονησία, Καμπότζη, Κένυα, Κίνα, Λ.Δ. Κονγκό, Μοζαμβίκη, Μπαγκλαντές, Νιγηρία, Νότιος Αφρική, Ουγκάντα, Πακιστάν, Ρωσία, Τανζανία, Ταϊλάνδη και Φιλιππίνες.

Υπάρχει κάποια ήπια πρόοδος σχετικά με τον παγκόσμιο στόχο για την φυματίωση.¹⁶⁹ Η επιδημία της φυματίωσης θεωρείται ότι βρίσκεται υπό έλεγχο και η εξάπλωση της μειώνεται στην πλειοψηφία των περιοχών. Εξαίρεση αποτελούν περιοχές της Ασίας, όπου εκεί αναφέρεται το 55% των νέων κρουσμάτων και ιδιαίτερα, μόνο, στη Μέση Ανατολή αντιστοιχεί το 35%. Επίσης, ο ρυθμός εξάπλωσης στην υποσαχάρια Αφρική είναι υψηλότερος από το ρυθμό που επικρατεί παγκοσμίως. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας των πολλών κρουσμάτων του AIDS στην αφρικανική ήπειρο.¹⁷⁰

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία που δημοσιεύθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το Νοέμβριο του 2010, ο αριθμός των νέων κρουσμάτων παγκοσμίως είναι μειωμένος και σε πολλές χώρες ο επιπολασμός της φυματίωσης έχει πτωτική πορεία¹⁷¹ αν και η συχνότητα μείωσης ετησίως είναι πολύ αργή. Επίσης, οι θάνατοι από φυματίωση έχουν μειωθεί, παγκοσμίως, κατά 35% μεταξύ 1990 και 2009.¹⁷² Το 2010, υπήρξαν περίπου 8,8 εκατομμύρια κρούσματα φυματίωσης και 1,1 εκατομμύρια θάνατοι εξαιτίας της.¹⁷³

¹⁶⁶ Από τα 1,8 εκατομμύρια ατόμων που σκότωσε η φυματίωση το 2008, οι 500.000 ήταν οροθετικοί.

¹⁶⁷ Δυστυχώς, σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα του αναπτυσσόμενου κόσμου, δεν υπάρχει ιδιαίτερη μέριμνα για να προστατευτούν οι ασθενείς του AIDS από μια τόσο σοβαρή ασθένεια όπως η φυματίωση.

¹⁶⁸ Βλ. WHO, *Global tuberculosis control 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf

¹⁶⁹ Μεταξύ 2004-2008, η αναλογία του αριθμού των κρουσμάτων μειώθηκε από 143 σε 139 ανά 100.000 κατοίκους.

¹⁷⁰ Βλ. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html>

¹⁷¹ Εξαίρεση αποτελεί η περιοχή της Νοτιοανατολικής Ασίας.

¹⁷² Το 2009, σκότωσε 1,7 εκατομμύρια ασθενείς και συνολικά 11 εκατομμύρια υπέφεραν από τη νόσο. Βλ.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html>

¹⁷³ Βλ. WHO, *Global tuberculosis control 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf

Ένα σημαντικό πρόβλημα που υπάρχει στις μέρες μας είναι οι πολυανθεκτικές μορφές φυματίωσης που έχουν παρουσιαστεί. Η ανθεκτικότητα του μικροβακτηριδίου της φυματίωσης στα αντιφυματικά φάρμακα είναι ένα αυξανόμενο παγκόσμιο πρόβλημα και είναι ικανή να απειλήσει κάθε πρόοδο που έχει επιτευχθεί, και ειδικά στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

2.3 ΕΛΟΝΟΣΙΑ

2.3.1 Η ασθένεια

Η νόσος μεταδίδεται στον άνθρωπο με νύξη (τσίμπημα) κουνουπιών¹⁷⁴ και θεωρείται, κυρίως, νόσος των τροπικών και υποτροπικών χωρών¹⁷⁵. Πρόκειται για μια ενδημική ασθένεια¹⁷⁶ και η εξάπλωσή της οφείλεται στις κλιματικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που επικρατούν σε μια περιοχή.

Η μετάδοση μπορεί να γίνει και μέσω μετάγγισης αίματος από δότη που δεν έχει διαπιστωθεί ότι νοσεί. Η ελονοσία προκαλείται από τέσσερα πρωτόζωα του γένους των πλασμοδίων που είναι τα: *Plasmodium falciparum*, *P. Vivax*, *P. Ovale* και *R. Malariae*.

Για να θεραπευτεί ο ασθενής από την ελονοσία του χορηγούνται ειδικά ανθελονοσιακά φάρμακα. Εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα με αποτελεσματικά φάρμακα, η ασθένεια αυτή συχνά αποβαίνει μοιραία. Απαραίτητη είναι, επίσης, η πλήρη θεραπεία των νοσούντων για αποφυγή μετάδοσης της νόσου.

Για την προφύλαξη από τη νόσο απαιτείται αποξήρανση των ελών και εξόντωση των κουνουπιών. Ο πιο αποτελεσματικός και φθηνός τρόπος καταπολέμησης είναι η χρήση κουνουπιέρων στις ευάλωτες περιοχές. Σημαντική κρίνεται η ορθή πληροφόρηση και η προληπτική θεραπεία όσων επιθυμούν να ταξιδέψουν σε περιοχές που ευδοκμεί η ελονοσία. Η προληπτική θεραπεία ξεκινάει μια βδομάδα πριν ταξιδέψουν το άτομο και

¹⁷⁴ Τον κώνωπα τον ανωφελή με επιστημονική ονομασία *anopheles mosquitoes*.

¹⁷⁵ Η ελονοσία είναι η πιο συνήθης τροπική νόσος με μεγάλη θνησιμότητα και μαστίζει πολλές χώρες του Νότου με τεράστια απώλεια ανθρώπων κάθε χρόνο.

¹⁷⁶ Ασθένεια που τείνει να εμφανίζεται συχνά ή με κάποια μεγάλη διάρκεια σε ένα συγκεκριμένο τόπο.

συνεχίζεται για τέσσερις βδομάδες μετά την απομάκρυνση του από την εν λόγω περιοχή.¹⁷⁷

2.3.2 Η κατάσταση στον κόσμο

Η ελονοσία, μια αποτρέψιμη και ιάσιμη νόσος στον ανεπτυγμένο κόσμο, εξακολουθεί να σκοτώνει ετησίως περίπου 800.000 άτομα που προέρχονται κυρίως από τις αναπτυσσόμενες χώρες. Πλήττει περισσότερες από 100 χώρες¹⁷⁸, κυρίως αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές και το 40% του παγκόσμιου πληθυσμού¹⁷⁹ βρίσκεται εκτεθειμένο στην ασθένεια. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από ελονοσία ανέρχονται στα 243 εκατομμύρια παγκοσμίως και το 2010, 3,3 δισεκατομμύρια άτομα βρίσκονταν σε κίνδυνο μόλυνσης.¹⁸⁰

Το 89% των κρουσμάτων αφορά την Αφρική¹⁸¹. Στην Αφρική βρίσκονται οι 5 χώρες¹⁸² με το μεγαλύτερο αριθμό κρουσμάτων και οι 5 χώρες¹⁸³ με τους περισσότερους θανάτους από ελονοσία παγκοσμίως. Το 98% των θανάτων από ελονοσία παγκοσμίως αντιστοιχεί σε 35 μόλις χώρες, 30 χώρες της υποσαχάριας Αφρικής και 5 της Ασίας.¹⁸⁴ Το 50% των παγκόσμιων θανάτων και το 47% των κρουσμάτων αφορά μόνο 5 χώρες: Νιγηρία, Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, Ουγκάντα, Αιθιοπία και Τανζανία.¹⁸⁵ Υπάρχει, επίσης, η περίπτωση χωρών με υψηλά ποσοστά μετάδοσης, όπως η Αϊτή, ο Άγιος Δομίνικος, το Ανατολικό Τιμόρ, αλλά λόγω του μικρού πληθυσμού τους συμβάλουν ελάχιστα στα παγκόσμια ποσοστά.

¹⁷⁷ Βλ. Χανιώτης, Φρ. Ι., Χανιώτης, Δ. Ι., *Νοσολογία Παθολογία*, Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2002.

¹⁷⁸ Συγκεκριμένα, ενδημεί σε 106 χώρες. Βλ. WHO, *World Malaria Report 2010* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmaliareport2010.pdf

¹⁷⁹ Περίπου 3,3 δισεκατομμύρια άνθρωποι.

¹⁸⁰ Βλ. <http://www.who.int/features/factfiles/malaria/en/index.html> και <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/malaria/> και WHO, *World Malaria Report 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf

¹⁸¹ Καθημερινό κίνδυνο αποτελεί η ελονοσία ιδιαίτερα για τους κατοίκους της Υποσαχάριας Αφρικής.

¹⁸² Νιγηρία (57.506.000 άτομα), Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό (23.620.000 άτομα), Αιθιοπία (12.405.000 άτομα), Τανζανία (11.540.000 άτομα) και Κένυα (11.342.000). Βλ. <http://www.rbm.who.int/keyfacts.html>

¹⁸³ Νιγηρία (225.424 θάνατοι), Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό (96.113 θάνατοι), Ουγκάντα (43.490 θάνατοι), Αιθιοπία (40.963 θάνατοι) και Τανζανία (38.730). Βλ. <http://www.rbm.who.int/keyfacts.html>

¹⁸⁴ Βλ. <http://www.rbm.who.int/keyfacts.html>

¹⁸⁵ Βλ. <http://www.rbm.who.int/gmap/2-1.html>

Η πιο ευάλωτη ομάδα είναι τα μικρά παιδιά. Κάθε 45 δευτερόλεπτα ένα παιδί πεθαίνει εξαιτίας της ελονοσίας και ιδιαίτερα στην Αφρική, η συγκεκριμένη ασθένεια ευθύνεται για τον 1 στους 5 του συνόλου των παιδικών θανάτων¹⁸⁶.

Η προσφορά και η απόκτηση κουνουπιέρας σε κατοίκους περιοχών όπου ενδημεί η ασθένεια, έχει σώσει την ζωή πολλών. Υπάρχει σημαντική μείωση και των νέων κρουσμάτων και των θανάτων¹⁸⁷. Αν και ο αριθμός κρουσμάτων ελονοσίας, παγκοσμίως, το 2005 αυξήθηκε σε 244 εκατομμύρια από 233 εκατομμύρια που ήταν το 2000, τελικά, μειώθηκε σε 225 εκατομμύρια το 2009. Ο αριθμός των θανάτων από την ασθένεια μειώθηκε και αυτός και από 985.000 θανάτους το 2000, το 2009 υπήρξαν 781.000.¹⁸⁸ Η μεγαλύτερη μείωση σε θανάτους παρατηρήθηκε στην Αφρική. Για παράδειγμα, από το 2008 υπολογίζεται πως περισσότεροι από 600 εκατομμύρια Αφρικανοί έχουν γλιτώσει την ζωή τους χάρη στη διανομή κουνουπιέρων και το 2009, 75 εκατομμύρια άνθρωποι επωφελήθηκαν από εσωτερικούς ψεκασμούς στις κατοικίες τους με εντομοκτόνα.

Σημαντική απειλή για τον έλεγχο της ελονοσίας είναι η αντίσταση που παρουσιάζει το παράσιτο που προκαλεί την ασθένεια στα ήδη υπάρχοντα ανθελονοσιακά φάρμακα, κυρίως αυτών που περιέχουν χλωροκίνη και αυτό οδηγεί σε αυξανόμενα ποσοστά θανάτου λόγω της ασθένειας. Η εξάπλωση της ανθεκτικότητας στα ανθελονοσιακά φάρμακα κατά την τελευταία δεκαετία έχει αυξηθεί. Ταυτόχρονα, τα νεότερα φάρμακα που κυκλοφορούν είναι συχνά αρκετά ακριβότερα με αποτέλεσμα να είναι απρόσιτα σε ασθενείς των φτωχότερων κοινωνικών ομάδων. Λύση σε αυτό το πρόβλημα φαίνεται να έχει βρεθεί, τα τελευταία χρόνια, μέσω της ανάπτυξης φαρμάκων που έχουν ως βάση το συστατικό της αρτεμισίνης¹⁸⁹. Επιπλέον, τα ανθελονοσιακά φάρμακα που έχουν βάση την αρτεμισίνη είναι πιο εύκολα προμηθεύσιμα, ακόμα και αν η κάλυψη ποικίλλει αρκετά από τη μια χώρα στην άλλη.

¹⁸⁶ Υπάρχουν χώρες, όπως η Μοζαμβίκη, όπου η ελονοσία είναι η βασικότερη αιτία θανάτου παιδιών κάτω από πέντε ετών.

¹⁸⁷ Όπως σε 11 αφρικανικές χώρες και 32 χώρες άλλων περιοχών όπου οι περιπτώσεις έχουν μειωθεί κατά 50%. Βλ. <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/malaria/>

¹⁸⁸ Βλ. WHO, *World Malaria Report 2010* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmaliareport2010.pdf

¹⁸⁹ Για αποφυγή εμφάνισης ανθεκτικότητας του παράσιτου της ελονοσίας και στην αρτεμισίνη, οι ειδικοί προτείνουν τη συνδυαστική θεραπεία με δυο ή περισσότερα φάρμακα που θα λαμβάνονται ταυτόχρονα.

Αντίστοιχα, και η ευρεία χρήση μιας και μόνο ομάδας εντομοκτόνου αυξάνει τον κίνδυνο να αναπτύξουν τα κουνούπια αντίσταση σε αυτό, η οποία θα μπορούσε γρήγορα να οδηγήσει σε σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.¹⁹⁰

Λόγω ότι η έγκαιρη διάγνωση και άμεση θεραπεία είναι τα δυο βασικά στοιχεία για την καταπολέμηση της ελονοσίας, οι διαγνωστικές εξετάσεις θα πρέπει να αναβαθμιστούν και να γίνουν πιο προσιτές και πιο έγκυρες.

2.4 Άλλες ασθένειες

Παιδικές ασθένειες όπως πολιομυελίτιδα, ιλαρά, κοκκύτης που στον ανεπτυγμένο κόσμο είναι πλήρως ιάσιμες εδώ και πολλές δεκαετίες, στον αναπτυσσόμενο κόσμο συνεχίζουν να είναι υπεύθυνες για αρκετούς θανάτους στην παιδική ηλικία.¹⁹¹ Οι εμβολιασμοί αποτελούν το μέσο παρέμβασης το οποίο παρουσιάζει την καλύτερη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, είναι φθηνά και προσφέρουν σίγουρη προστασία από τις ασθένειες. Εντούτοις, εμβόλια που γίνονται σε όλα τα παιδιά στις ανεπτυγμένες χώρες, στις αναπτυσσόμενες περιοχές, μεγάλο πλήθος παιδιών δεν έχουν πρόσβαση σε αυτά.¹⁹²

Για αιώνες, η χολέρα αποτελούσε σημαντικό παράγοντα υπανάπτυξης και αποδεκατισμού πληθυσμιακών ομάδων σε όλη την ανθρωπότητα. Αν και αποτελεί μακρινή ανάμνηση για τους πληθυσμούς του Βορρά, στον αναπτυσσόμενο Νότο λόγω της μη ύπαρξης των απαραίτητων συνθηκών υγιεινής συνεχίζει να πλήττει τους πληθυσμούς των αναπτυσσομένων περιοχών.¹⁹³

¹⁹⁰ Ιδιαίτερα αυτός ο κίνδυνος υπάρχει στην Αφρική.

¹⁹¹ Οι παιδικές ασθένειες αφορούν και τον 4^ο Αναπτυξιακό Στόχο της Χιλιετίας που αναφέρεται στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας.

¹⁹² Μάλιστα, κατά τα προηγούμενα χρόνια, στις πλέον απομακρυσμένες περιοχές το ποσοστό εμβολιασμού ήταν 1 στα 20 παιδιά. Βλ. WHO, *State of the world's vaccines and immunization*, October 2002.

¹⁹³ Βλ. Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010.

3. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΔΡΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ 6ο ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΣΤΟΧΟ

3.1 Δράσεις του ΟΗΕ

Το 2002, έπειτα από σχετική πρωτοβουλία του ΓΓ του ΟΗΕ, Κόφι Αννάν, συστάθηκε το *Γενικό Ταμείο για την Αντιμετώπιση του AIDS, της Φυματίωσης και της Μαλάριας* (GFATM)¹⁹⁴. Αποτελεί ανεξάρτητη αρχή και είναι ένας διεθνής χρηματοδοτικός οργανισμός που δημιουργήθηκε για να αυξήσει τους πόρους για την καταπολέμηση τριών από τις πιο καταστροφικές ασθένειες του κόσμου. Αντιπροσωπεύει τα 2/3 της διεθνούς χρηματοδότησης που προβλέπεται για την καταπολέμηση της φυματίωσης και της ελονοσίας και το 1/5 της διεθνούς χρηματοδότησης κατά του AIDS.¹⁹⁵ Λειτουργεί σε στενή συνεργασία με άλλες διμερείς και πολυμερείς οργανώσεις για να συμπληρώσει τις υφιστάμενες προσπάθειες για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών.

Έχει καταφέρει να συγκεντρώσει και να διανείμει στις χώρες, που έχουν ανάγκη, συνολικά 3,5 δισεκατομμύρια δολάρια. Το 57% αυτού του ποσού δόθηκε στην Αφρική και κατά πλειοψηφία (60%) αφορά στην καταπολέμηση του AIDS. Δέσμευση του είναι να συγκεντρώσει 22,4 δισεκατομμύρια δολάρια και να τις διανείμει σε 150 χώρες για τη στήριξη μεγάλης κλίμακας προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και περίθαλψης κατά των τριών αυτών ασθενειών. Καθώς τα ανεπαρκή συστήματα υγείας είναι ένα από τα κύρια εμπόδια για την κλιμάκωση των παρεμβάσεων για να εξασφαλιστούν καλύτερες συνθήκες αντιμετώπισης των ασθενειών, το GFATM κατευθύνει τα κεφάλαια του και προς την ενίσχυση των συστημάτων υγείας. Παράδειγμα, στο Μαλάουι, έχει διαθέσει 197 εκατομμύρια δολάρια για ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό και εποπτικές υπηρεσίες και στη Ρουάντα, 71 εκατομμύρια δολάρια για υγειονομική ασφάλιση 2,9 εκατομμυρίων πολιτών, τη συντήρηση μαιευτηρίων και την εκπαίδευση νέου προσωπικού. Πρόσφατα, σε συνεργασία με Παγκόσμια Συμμαχία για τα εμβόλια και την

¹⁹⁴ Βλ. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria και πιο συγκεκριμένα: <http://www.theglobalfund.org/en/>

¹⁹⁵ Βλ. <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/>

ανοσοποίηση¹⁹⁶ και την Παγκόσμια Τράπεζα έχουν αναλάβει κοινή αποστολή για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας στο Μπενίν, στην Καμπότζη και τη Λ.Δ. Κονγκό.¹⁹⁷

Μέσω της δράσης του οργανισμού υπολογίζεται ότι, μέχρι το Δεκέμβριο του 2010, συνολικά 6,5 εκατομμύρια ζωές έχουν σωθεί. Αναλογικά με τα προγράμματα που χρηματοδοτεί το Ταμείο, περίπου 4.400 άτομα σώζονται καθημερινά και αποτρέπονται χιλιάδες νέες μολύνσεις. Σύμφωνα με τα στοιχεία του GFATM, μέσω της δράσης του 3,2 εκατομμύρια άνθρωποι λαμβάνουν αντιρετροϊκή θεραπεία, 8,2 εκατομμύρια νέα κρούσματα φυματίωσης εντοπίστηκαν και αντιμετωπίστηκαν και 190 εκατομμύρια κουνουπιέρων διανεμήθηκαν για την προστασία από τη μετάδοση της ελονοσίας.

Μέσω των χρηματοδοτημένων προγραμμάτων, 1 εκατομμύριο οροθετικών εγκύων έλαβαν θεραπεία PMTCT¹⁹⁸ για την πρόληψη μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο παιδί, 2,7 δισεκατομμύρια προφυλακτικά παρασχέθηκαν και δημιουργήθηκαν πολλές βασικές υπηρεσίες φροντίδας και υποστήριξης για τα παιδιά που έμειναν ορφανά από το AIDS. Εκτιμάται πως μέχρι το τέλος του 2009, 1,9 εκατομμύρια κάτοικοι της υποσαχάριας Αφρικής λάμβαναν αντιρετροϊκή θεραπεία μέσω των χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων του Ταμείου. Στην Ταϊλανδή, το GFATM έχει χορηγήσει περίπου 182 εκατομμύρια δολάρια¹⁹⁹ για ανάπτυξη ολοκληρωμένης δράσης²⁰⁰ κατά του HIV/AIDS. Η βοήθεια του Ταμείου κρίνεται ότι ήταν, από την αρχή, καταλυτική για την ενίσχυση των εθνικών συστημάτων και παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Το ποσοστό κάλυψης της αντιρετροϊκής θεραπείας, στη χώρα, αυξήθηκε από 23%, το 2005, σε 62%, το 2009.²⁰¹

Το GFATM, επίσης, μέσω των προγραμμάτων που υποστηρίζει σε 146 χώρες, προσπαθεί να προστατέψει τα δικαιώματα των ανθρώπων που επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από τον ιό HIV και το AIDS και να εξασφαλίσει ότι τα προγράμματα αυτά καλύπτουν τις ανάγκες των φτωχότερων, υψηλού κινδύνου και περιθωριοποιημένων ομάδων.²⁰²

¹⁹⁶ Βλ. Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) και πιο συγκεκριμένα: <http://www.gavialliance.org/>

¹⁹⁷ Βλ. GFTAM, *Making a Difference: Global Fund Results Report 2011*.

¹⁹⁸ Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV

¹⁹⁹ Οι επιχορηγήσεις δόθηκαν και στην κυβέρνηση και σε πολλές ΜΚΟ.

²⁰⁰ Πρόληψη, θεραπεία, φροντίδα ασθενών και παρεμβάσεις.

²⁰¹ Βλ. GFTAM, *Making a Difference: Global Fund Results Report 2011*

²⁰² Βλ. <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/hivaids/>

Όσον αφορά στη φυματίωση, με τη βοήθεια του Global Fund, ετησίως, παραπάνω από 1 εκατομμύριο κρούσματα φυματίωσης εντοπίζονται και αντιμετωπίζονται.²⁰³ Από την έναρξη λειτουργίας του, το 2002, μέχρι το Δεκέμβριο του 2010, τα προγράμματα DOTS που έχει χρηματοδοτήσει έχουν καλύψει τη θεραπεία 7,7 εκατομμυρίων ατόμων συνολικά.²⁰⁴

Το GFATM είναι ο κύριος διεθνής χρηματοδότης για δραστηριότητες απαραίτητες για την προστασία από ελονοσία όπως το μοίρασμα κουνουπιέρων και των εσωτερικό ψεκασμό των κατοικιών σε περιοχές που πλήττονται από την ασθένεια. Για παράδειγμα, συνολικά στην περιοχή της υποσαχάριας Αφρικής, το Ταμείο έχει χρηματοδοτήσει τη διανομή μέχρι και 46 εκατομμύρια κουνουπιέρων. Αντίστοιχα, στην περιοχή της Κεντρικής Ασίας, παρέχει στήριξη στις εθνικές προσπάθειες για την εξάλειψη της ελονοσίας στο Αζερμπαϊτζάν, τη Γεωργία, την Κιργιζία, το Ουζμπεκιστάν και στο Τατζικιστάν και μέχρι το τέλος του 2010 διανεμήθηκαν περίπου 240.000 κουνουπιέρες και διενεργήθηκαν 620.000 ψεκασμοί με εντομοκτόνο. Αποτέλεσμα της βοήθειας ήταν η μείωση των κρουσμάτων σε όλες αυτές τις χώρες και ιδιαίτερα, στην Κιργιζία που η μείωση, μεταξύ 2000-2009, έφθασε στο 67%.²⁰⁵ Επιπλέον, με τις επενδύσεις του έχει διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στην καθιέρωση και την επέκταση της κάλυψης της θεραπείας με φάρμακα με βάση την αρτεμισίνη σε πολλές χώρες όπου η αντίσταση στα παλαιότερα φάρμακα είναι υψηλή. Μέχρι το τέλος του 2010, είχε χρηματοδοτήσει τη θεραπεία για 170 εκατομμύρια ασθενείς.

Το Ταμείο λειτουργεί πιλοτικά ένα πρωτοποριακό μηχανισμό χρηματοδότησης για τη βελτίωση της πρόσβασης στις θεραπείες και στα φάρμακα καθιστώντας τα πιο προσιτά.²⁰⁶ Η πρωτοβουλία Affordable Medicines Facility for Malaria στοχεύει στην αύξηση παροχής προσιτών θεραπειών ελονοσίας μέσω δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και ΜΚΟ, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές της Αφρικής. Τα φάρμακα αφορούν σε συνδυαστική θεραπεία για να αποφευχθεί η σύντομη εμφάνιση ανθεκτικότητας. Η πρώτη φάση της AMFM περιλαμβάνει επτά αφρικανικές χώρες που είναι η Γκάνα, η Κένυα, η Μαδαγασκάρη, ο Νίγηρας, η Νιγηρία, η Ουγκάντα και η Τανζανία και μια χώρα εκτός

²⁰³ Για παράδειγμα 1,7 εκατομμύρια το 2010, το 2009 1,4 εκατομμύρια και το 2008 1,3 εκατομμύρια.

²⁰⁴ Βλ. <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/tuberculosis/>

²⁰⁵ Βλ. GFTAM, *Making a Difference: Global Fund Results Report 2011*

²⁰⁶ Στοιχεία από <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/malaria/>

Αφρικής, την Καμπότζη.²⁰⁷ Στην Κένυα, η οποία ήταν η πρώτη χώρα που δέχθηκε βοήθεια από την πρωτοβουλία, χορηγήθηκαν, το 2010, 635.000 πακέτα θεραπείας. Στην Τανζανία, μέχρι τώρα, έχει παραδοθεί ο μισός αριθμός από τα 210.000 φάρμακα που έχει συμφωνηθεί να χορηγηθούν. Αντιθέτως, στην Ουγκάντα δεν έχει ακόμα δραστηριοποιηθεί η πρωτοβουλία και στη Γκάνα, υπήρξαν καθυστερήσεις στη διανομή των φάρμακων λόγω γραφειοκρατίας και εμπλοκής στον εκτελωνισμό.²⁰⁸ Είναι νωρίς, ωστόσο, για να υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να φανεί πραγματικά πόσο έχουν επωφεληθεί οι χώρες από αυτήν την παρέμβαση.

Σε περίπτωση καθυστέρησης υλοποίησης των επιχορηγούμενων προγραμμάτων ή μη σωστών πρακτικών ενός κράτους, το Ταμείο αναβάλλει τις επιχορηγήσεις του προς τον εν λόγω κράτος, όπως στην περίπτωση της Ουκρανίας και του Μπουруντί.²⁰⁹

Τον τελευταίο καιρό, η μη καταβολή των συνδρομών από τα μέλη του GFATM έχει θέσει σε κίνδυνο την πρόοδο των δράσεων του.²¹⁰ Τον περασμένο Νοέμβριο, το Ταμείο αναγκάστηκε να ακυρώσει τον τελευταίο γύρο χρηματοδοτήσεων του για ενίσχυση της αντιρετροϊκής θεραπείας, λόγω έλλειψη χρηματικών πόρων.²¹¹

Το *πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για το AIDS* έχει ανατεθεί σε ειδικό τμήμα του, το UNAIDS²¹² που στοχεύει στην επίτευξη της καθολικής πρόσβασης στην πρόληψη, θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη των ατόμων με HIV/AIDS. Το UNAIDS συγκεντρώνει τους πόρους, συντονίζει και ενισχύει τις προσπάθειες διαφόρων φορέων όπως οργανισμών των Ηνωμένων Εθνών, διεθνών θεσμικών οργάνων, ΜΚΟ, εθνικών κυβερνήσεων, ώστε να παρέχεται στις χώρες τεχνική βοήθεια για να θέσουν σε λειτουργία τα εθνικά τους σχέδια για το AIDS. Η βοήθεια, που παρέχει, περιλαμβάνει, κυρίως, συστάσεις, συμβουλές διαμόρφωσης των προγραμμάτων και τεχνική υποστήριξη για να έχουν πρόσβαση στους πόρους του GFATM. Προωθεί την κινητοποίηση πολιτικών, τεχνικών, επιστημονικών και οικονομικών πόρων σχετικά με την επίτευξη

²⁰⁷ Βλ. <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=41863&Cr=malaria&Cr1=> και <http://www.theglobalfund.org/en/amfm/>

²⁰⁸ Βλ. ICF, GFATM, *Independent Evaluation of the Affordable Medicines Facility - malaria (AMFm) Phase I, Multi-Country Baseline Report*, March 22, 2012.

²⁰⁹ Βλ. GFATM, *Making a Difference: Global Fund Results Report 2011*

²¹⁰ Μεγάλες χώρες όπως Γερμανία, Ιαπωνία, Ισπανία, Ιταλία αλλά και η ΕΕ έχουν καθυστερήσει ή ακυρώσει τη χρηματική υποστήριξη στο Ταμείο.

²¹¹ Βλ. <http://www.oxfam.org/en/pressroom/pressrelease/2011-12-01/donors-and-drug-companies-missing-chance-defeat-aids-oxfam>

²¹² Βλ. <http://www.unaids.org/en/>

του στόχου του. Ο οργανισμός UNAIDS δρα ως βασικός καταλύτης για τη χρηματοδότηση προγραμμάτων κατά του HIV/AIDS σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι οποίες μέχρι το 1996 που ιδρύθηκε ο οργανισμός είχαν λάβει μόλις 300 εκατομμύρια δολάρια βοήθεια για την καταπολέμηση της νόσου, παρόλο που αντιπροσώπευαν το 95% των περιπτώσεων. Μαζί με την UNICEF, τον ΠΟΥ, το UNFPA²¹³ έχουν βοηθήσει τις χώρες να κλιμακώσουν τα προγράμματα τους για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης του ιού HIV από τη μητέρα στο παιδί. Επίσης, προάγει την υπεράσπιση της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων των ατόμων με HIV/AIDS. Ο UNAIDS και το UNDP σε συνεργασία με το Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights²¹⁴ έχουν αναπτύξει το Εγχειρίδιο για το HIV/AIDS και τα ανθρώπινα δικαιώματα για τους εθνικούς οργανισμούς που ασχολούνται με τα ανθρώπινα δικαιώματα.²¹⁵

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη των στόχων για το 2011²¹⁶, το UNAIDS επιδιώκει:

- Τη μείωση της σεξουαλικής μετάδοσης του ιού HIV και την πρόληψη για αποφυγή μετάδοσης του ιού στους χρήστες ναρκωτικών κατά 50% έως το 2015.
- Την εξάλειψη νέων μολύνσεων μεταξύ των παιδιών και τη μείωση των μητρικών θανάτων που σχετίζονται με το HIV/AIDS.
- Την πρόσβαση σε θεραπεία 15 εκατομμυρίων ατόμων που ζουν με τον ιό HIV.
- Τον περιορισμό των θανάτων ατόμων με AIDS από φυματίωση.
- Να επιτευχθεί ο στόχος για το ύψος της παγκόσμιας χρηματοδότησης, περίπου 22-24 δισεκατομμύρια δολάρια, που απαιτείται να δοθεί σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.
- Την εξάλειψη των κοινωνικών διακρίσεων, του στιγματισμού και των ανισοτήτων μεταξύ των φύλων.
- Την εξάλειψη των περιορισμών που σχετίζονται με το HIV/AIDS όσον αφορά την είσοδο και την παραμονή σε μια χώρα ή περιοχή.

²¹³ Βλ. Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τον πληθυσμό / United Nations Population Fund και πιο συγκεκριμένα: <http://www.unfpa.org/public/>

²¹⁴ Βλ. <http://www.ohchr.org/EN/Pages/WelcomePage.aspx>

²¹⁵ Βλ. UNAIDS, OHCHR, *Handbook on HIV and Human Rights for National Human Rights Institutions*, Switzerland, 2007, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1367-handbookhiv_en.pdf

²¹⁶ Βλ. <http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments/>

- Την ενίσχυση και συνεργασία όλων των σχετικών υπηρεσιών που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτόν προς όφελος της παγκόσμιας υγείας και της προώθησης της ανάπτυξης.

Η πρόσβαση σε τρόφιμα και η καλή διατροφή είναι απαραίτητη για τα άτομα με το HIV να διατηρήσουν την υγεία τους σε καλύτερα επίπεδα και να αντιμετωπίσουν τις λοιμώξεις που προσβάλλουν συνήθως τους φορείς, ιδίως στις φτωχές περιοχές όπου η πρόληψη σε θέματα υγείας δεν είναι επαρκής. Το UNAIDS, το Παγκόσμιο Επισιτιστικό Πρόγραμμα²¹⁷ και ο ΠΟΥ συνιστούν ότι όλοι οι παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των κυβερνήσεων, των διεθνών οργανισμών και της κοινωνίας των πολιτών πρέπει να υποστηρίξουν την αποτελεσματική ασφάλεια των τροφίμων και των διατροφικών παρεμβάσεων ως μέρος μιας συνολικής και πολυτομεακής αντιμετώπισης του HIV. Μάλιστα, στην 59^η Συνέλευση για την Παγκόσμια Υγεία²¹⁸, το Μάιο του 2006, στην Γενεύη, εγκρίθηκε ψήφισμα που ζητάει από τις χώρες να περιλαμβάνουν τη διατροφή ως αναπόσπαστο μέρος της συνολικής αντιμετώπισης του ιού.²¹⁹ Επίσης, προγράμματα του FAO ενισχύουν την πρόσβαση των ατόμων με HIV/AIDS σε επαρκή διατροφή, εκπαίδευση σε θέματα διατροφής και γεωργικής επιμόρφωσης.

Επίσης, ένας άλλος οργανισμός του ΟΗΕ, η UNESCO²²⁰ είναι επικεφαλής της **παγκόσμιας πρωτοβουλίας για την εκπαίδευση και το AIDS (EDUCAIDS)**²²¹ το οποίο βοηθά τις χώρες στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ολοκληρωμένων δράσεων για να αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις της πανδημίας του AIDS στα εκπαιδευτικά τους συστήματα. Ενδεικτικά, χώρες που έχουν συνεργαστεί με το EDUCAIDS είναι: Αγκόλα, Βιετνάμ, Βραζιλία, Γουινέα Μπισάο, Ζάμπια, Ζιμπάμπουε, Καμπότζη, Κένυα, Κίνα, Λεσόθο, Λίβανος, Μεξικό, Ναμίμπια, Νεπάλ, Σουαζιλάνδη και Τζαμάικα.

²¹⁷ Βλ. World Food Programme και πιο συγκεκριμένα: <http://www.wfp.org/>

²¹⁸ Βλ. 59^η World Health Assembly

²¹⁹ Βλ. http://www.who.int/nutrition/topics/WHA59.11_nutandhivaid_en.pdf

²²⁰ Βλ. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization και πιο συγκεκριμένα: <http://www.unesco.org/new/en/unesco/>

²²¹ Βλ. [http://portal.unesco.org/en/ev.php-](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=36400&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

[URL_ID=36400&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=36400&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

3.2 Δράσεις του ΠΟΥ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι ο κύριος οργανισμός επιφορτισμένος για την καταπολέμηση των ασθενειών παγκοσμίως. Ιδρύθηκε το 1948²²² ως μια εξειδικευμένη υπηρεσία του ΟΗΕ. Οι βασικές λειτουργίες του ΠΟΥ²²³ είναι να ηγείται σε θέματα υγείας κρίσιμης κατάστασης²²⁴, να συντονίζει την κοινή δράση διεθνών, εθνικών και τοπικών φορέων, να διαμορφώνει την ατζέντα έρευνας και να συμβάλλει στη διάδοση των πληροφοριών και δράσεων και να παρέχει την απαραίτητη τεχνική υποστήριξη όπου υπάρχει ανάγκη. Επίσης, καθορίζει και προωθεί κανόνες, πρότυπα και πολιτικές και παρακολουθεί την εφαρμογή τους. Παρακολουθεί την υγειονομική κατάσταση και αξιολογεί τις τάσεις που επικρατούν στον τομέα της υγείας και από το 1995, εκδίδει κάθε χρόνο το "World Health Report" που αφορά στην επισκόπηση και αξιολόγηση της παγκόσμιας υγείας και συμπεριλαμβάνει στατιστικά στοιχεία σχεδόν για όλες τις χώρες.²²⁵

Θεμέλιο δράσης του ΠΟΥ είναι η πρόληψη και η θεραπεία χρόνιων ασθενειών, η αντιμετώπιση των τροπικών ασθενειών και η πραγματοποίηση των σχετικών αναπτυξιακών στόχων. Αναγνωρίζοντας τη σύνδεση που υπάρχει μεταξύ φτώχειας και υγείας, δίνει προτεραιότητα στις δραστηριότητες για την υγεία που αφορούν φτωχές και ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση και προσπαθεί να αποκτήσουν πρόσβαση και επαρκή εξυπηρέτηση στα συστήματα υγείας. Δυστυχώς, όμως, αυτό δεν γίνεται σε πολλές χώρες λόγω της ανεπάρκειας των υγειονομικών συστημάτων τους.²²⁶

Το Global Malaria Programme²²⁷ του ΠΟΥ αποτελεί το σημείο αναφοράς για τα εθνικά προγράμματα για την ελονοσία και τους διεθνείς χρηματοδοτικούς οργανισμούς. Με τη βοήθεια κορυφαίων εμπειρογνομόνων, εξετάζει, παρακολουθεί και αξιολογεί τα

²²² Η ημερομηνία ιδρύσεως του, 17 Απριλίου, έχει καθιερωθεί, από τότε, ως η παγκόσμια ημέρα υγείας.

²²³ όπως αυτές καθορίστηκαν στο "11th General Programme of Work" για την περίοδο 2006-2015.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_eng.pdf

²²⁴ Όπως να ενισχύει τη συλλογική δράση σε περιπτώσεις που απειλείται η παγκόσμια ασφάλεια της υγείας, όπως η εξάπλωση μιας επιδημίας. Βλ. <http://www.who.int/about/agenda/en/>

²²⁵ Κάθε "World Health Report" εστιάζει σε ένα συγκεκριμένο θέμα. Για παράδειγμα, για το 2011, το report αφορούσε στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.

²²⁶ Δεν έχουν το απαραίτητο και σωστά καταρτισμένο προσωπικό, είτε δεν έχουν επαρκή χρηματοδότηση ή είναι περιορισμένοι οι πόροι τους σε τεχνολογία, εξοπλισμό ακόμα και φάρμακα.

²²⁷ Βλ. http://www.who.int/malaria/about_us/en/index.html

παγκόσμια στοιχεία για την ασθένεια και τις πολιτικές που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση της. Παρέχει συμβουλές για τις πολιτικές που πρέπει να εφαρμοστούν και την απαραίτητη τεχνική βοήθεια όπου χρειάζεται, όπως διαγνωστικά εργαλεία και βοηθάει στη λήψη προληπτικά μέτρα, όπως εξόντωση των κουνουπιών ή μέτρα για την αποφυγή εξάπλωσης των επιδημιών σε άλλες περιοχές. Οι λύσεις που προτείνει είναι ανάλογες με την εκάστοτε κοινωνική, οικονομική και περιβαλλοντική κατάσταση δίνοντας βάρος στους πιο ευάλωτους πληθυσμούς. Εντός των αρμοδιοτήτων του είναι και ο έλεγχος και η διαχείριση των φαρμάκων και των θεραπειών που χρησιμοποιούνται και η ενίσχυση της έρευνα νέων μεθόδων αντιμετώπισης και θεραπείας.

Από το 2009, μέσω του συστήματος «Value for Money in LLIN»²²⁸, το GMP προσπαθήσει να αξιοποιήσει τον ανταγωνισμό που έχει προκύψει στο εμπόριο και την παροχή κουνουπιέρων μακράς διάρκειας²²⁹, αξιοποιώντας παράλληλα και τη ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη για την αύξηση της ανθεκτικότητας των LLINs²³⁰. Παγκοσμίως, κάθε χρόνο, ξοδεύονται περίπου 500 εκατομμύρια δολάρια για LLINs και αποτελεί το μεγαλύτερο μεμονωμένο κονδύλι στον παγκόσμιο προϋπολογισμό για τον έλεγχο της ελονοσίας.

Όσον αφορά στην καταπολέμηση της παγκόσμιας επιδημίας της φυματίωσης, ο ΠΟΥ εφάρμοσε το 1995 το πρόγραμμα DOTS²³¹. Το πρόγραμμα αυτό συνδυάζει την έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας, την καταγραφή του κάθε περιστατικού, την παροχή της «τυποποιημένης» πολύ-φαρμακευτικής θεραπείας εξασφαλίζοντας τον εφοδιασμό όλων των ασθενών με υψηλής ποιότητας φάρμακα και την αξιολόγηση και παρακολούθηση της απόδοσης της θεραπείας.

Η στρατηγική αυτή του ΠΟΥ έχει διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο στην ανίχνευση της φυματίωσης. Το ποσοστό ανίχνευσης της ασθένειας αυξήθηκε από 11% που ήταν το 1995, παγκοσμίως, σε 53% το 2005 και παράλληλα, περισσότεροι από 21 εκατομμύρια ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία στο πλαίσιο της στρατηγικής DOTS. Μέχρι το 2003, 182 χώρες, που αντιστοιχούν στο 77% του παγκόσμιου πληθυσμού, είχαν ενταχθεί στο πρόγραμμα .

²²⁸ Βλ. http://www.who.int/malaria/publications/atoz/gmpllin_effective_coverage_concept_note.pdf

²²⁹ Long Lasting Insecticidal Net.

²³⁰ Οι LLINs αξιολογούνται από το σύστημα WHOPES (WHO Pesticide Evaluation Scheme).

²³¹ Βλ. Directly Observed Treatment, Short-course

Το μέσο ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας κυμαίνεται στο 82%. Το πρόγραμμα DOTS βοηθάει τους νοσούντες να επιστρέψουν πιο γρήγορα στην εργασία τους και την κοινωνική ζωή. Για κάθε υγιή χρόνο ζωής που κερδίζεται αντιστοιχεί μόνο σε 3 με 7 δολάρια.²³²

Το DOTS αποτελεί την πλέον αποδοτική στρατηγική για τον έλεγχο της φυματίωσης παγκοσμίως, όπως αναγνωρίζεται και από άλλους διεθνείς φορείς π.χ. από την Παγκόσμια Τράπεζα. Είναι ένα φθηνό και αποτελεσματικό μέσο για τη θεραπεία των ήδη νοσούντων, την πρόληψη νέων μολύνσεων και την αποφυγή ανάπτυξης ανθεκτικότητας²³³ στα φάρμακα. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις που τα προγράμματα DOTS δεν φαίνεται να έχουν και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Σε ένα γενικό πλαίσιο, από την έναρξη της στρατηγικής DOTS στα μέσα της δεκαετίας του '90, έχουν παρουσιαστεί μια σειρά ειδικών αναδυόμενων προβλημάτων σχετικά με την επιδημιολογία της φυματίωσης και τον έλεγχο της και «απαιτούν» κάποια λύση. Τα προβλήματα αυτά περιλαμβάνουν τις πολλές μορφές της φυματίωσης, την επιδημία του AIDS που συμβάλλει στην ύπαρξη περισσότερων κρουσμάτων, την αντοχή στα υπάρχοντα φάρμακα, την κακή ποιότητα θεραπείας που παρέχει ο ιδιωτικός τομέας στις αναπτυσσόμενες χώρες που συνήθως πλήττονται περισσότερο.²³⁴ Για αυτόν το λόγο, κρίθηκε αναγκαίο ότι το πρόγραμμα DOTS πρέπει να επεκταθεί. Η εξέλιξη του υφιστάμενης στρατηγικής, είναι η STOP TB Strategy και το Global Plan to Stop TB.

Η στρατηγική STOP TB αφορά τη δεκαετία 2006-2015 και στοχεύει στην εξάλειψη της φυματίωσης, παγκοσμίως. Η STOP TB στηρίζεται στις επιτυχίες του προγράμματος DOTS και παράλληλα θα προσπαθήσει να αντιμετωπίσει τις κύριες προκλήσεις που συνδέονται με τη φυματίωση παγκοσμίως. Η νέα στρατηγική στηρίζεται σε έξι συνιστώσες:

1. Η συνέχιση της υψηλής ποιότητας του προγράμματος DOTS, την επέκταση του και την αναβάθμιση του.

²³² Βλ. <http://www.tbalert.org/worldwide/DOTS.php>

²³³ Πολυανθεκτική φυματίωση (MDR-TB) μπορεί να προκύψει όταν η θεραπεία της φυματίωσης είναι ελλιπής ή λανθασμένη.

²³⁴ Βλ. Laxminarayan, R., Klein, E., Dye, Ch., Floyd, K., Darley, S., Adeyi, O., *Economic Benefit of Tuberculosis Control*, Policy Research Working Paper 4295, World Bank, August 2007, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSCContentServer/WDSP/IB/2007/08/01/000158349_20070801103922/RendeRed/PDF/wps4295.pdf.

2. Αντιμετώπιση των κρουσμάτων φυματίωσης που οφείλονται από τον HIV, της πολυανθεκτικής φυματίωσης και των ιδιαίτερων αναγκών των φτωχών και ευάλωτων ομάδων πληθυσμού.
3. Συμβολή στην ενίσχυση των υγειονομικών συστημάτων.
4. Ανάπτυξη συνεργασίας και συμμετοχή όλων των υγειονομικών παροχών.
5. Ενίσχυση των ατόμων με φυματίωση και των κοινοτήτων που πλήττονται μέσω της συνεργασίας.
6. Ενεργοποίηση και την προώθηση της έρευνας.²³⁵

Μέσω της στρατηγικής STOP TB επιδιώκεται να επιτευχθεί καθολική πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας περίθαλψη για όλους τους ανθρώπους που νοσούν από φυματίωση, να μειωθεί η επιβάρυνση που προκαλεί αυτή την ασθένεια σε ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και να προστατευτούν οι ευάλωτοι πληθυσμοί. Επίσης, η νέα στρατηγική στοχεύει στην ανάπτυξη νέων εργαλείων για ακόμα πιο έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση καθώς και στην προστασία και την προώθηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην διαδικασία της πρόληψης, φροντίδας και ελέγχου της φυματίωσης.

3.3 Δράσεις της Παγκόσμια Τράπεζα

Η Παγκόσμια Τράπεζα, αν και είναι ένας οικονομικός οργανισμός, προωθεί και στηρίζει, εξίσου, προγράμματα για την καταπολέμηση των μεγάλων ασθενειών καθώς τις αντιμετωπίζει ως ένα σημαντικό τροχοπέδη για την προώθηση της ανάπτυξης μιας χώρας και κατ' επέκταση και της παγκόσμιας ανάπτυξης.²³⁶ Αναπτύσσει σχετικά προγράμματα και στρατηγικές και συμμετέχει στους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται σε αυτόν τον τομέα όπως το GFATM και το UNAIDS.

Από τα τέλη της δεκαετίας του '80, είχε αρχίσει να χρηματοδοτεί μελέτες και έργα σχετικά με το HIV/AIDS σε χώρες που είχαν αρχίσει ήδη να πλήττονται σοβαρά από τον ιό όπως στην Τανζανία, το τότε Ζαίρ, την Ινδία και την Αιτή. Από το 1999, η Παγκόσμια

²³⁵ Βλ. http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/index.html

²³⁶ Η επιθυμία του οργανισμού να τονίσει την κοινωνική διάσταση του χαρακτήρα του και την κατεύθυνση των δράσεων του προς μια σφαιρική αναπτυξιακή βοήθεια φαίνεται και από την πρόσφατη εκλογή του Jim Yong Kim στη θέση του επικεφαλής της Παγκόσμιας Τράπεζας, ενός ατόμου που κατά κύριο λόγο έχει ασχοληθεί με πιο κοινωνικά θέματα και θέματα υγείας παρά με χρηματοοικονομικά ζητήματα.

Τράπεζα άρχισε να συμμετέχει πιο δυναμικά στην παγκόσμια αντιμετώπιση του ιού HIV, ιδιαίτερα για την περιφέρεια της υποσαχάριας Αφρικής όπου και είναι πιο έντονο το πρόβλημα. Αρχικά, η Παγκόσμια Τράπεζα θέσπισε μια στρατηγική την ActAfrica²³⁷, η οποία αντιμετωπίζει το HIV/AIDS ως βασικό κίνδυνο για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της περιοχής. Μέσω της νέας στρατηγικής δόθηκε μεγαλύτερη χρηματοδότηση για την καταπολέμηση του ιού και προωθήθηκαν επιστημονικές μελέτες για την ανάδειξη της πραγματικής κατάστασης που επικρατεί στην περιοχή.

Το 2000, δημιούργησε το πρόγραμμα Multi-Country AIDS Program (MAP)²³⁸ για να καλύψει όλες τις ομάδες πρώτου κινδύνου για τον ιό HIV στην Αφρική και με την προσδοκία ότι θα προσφέρει σημαντική οικονομική ενίσχυση για τον αγώνα κατά του AIDS, η Τράπεζα δεσμευόταν ότι θα προσφέρει 10 δισεκατομμύρια δολάρια. Εντούτοις, μέχρι τον Απρίλιο του 2010, είχε προσφέρει βοήθεια ύψους μόνο 2 δισεκατομμυρίων δολαρίων για προγράμματα σε 35 χώρες της περιοχής. Το πρόγραμμα βοηθάει να δομηθούν οι βάσεις αντιμετώπισης όπως οι εθνικές στρατηγικές, συστήματα παρακολούθησης και αξιολόγησης. Είναι ένα 15ετές πρόγραμμα που θα ολοκληρωθεί σε 3 φάσεις. Η πρώτη φάση, που διήρκησε από το 2000 έως το 2006, αφορούσε στη δημιουργία βασικών δομών, πολιτικών και συστημάτων αντιμετώπισης. Η δεύτερη φάση, που αφορά στην περίοδο από το 2007 έως το 2011, έχει ως στόχο την αναβάθμιση και την ενίσχυση των συστημάτων πρόληψης, θεραπείας και περίθαλψης. Το τελευταίο στάδιο θα επικεντρωθεί σε τομείς και ομάδες όπου η εξάπλωση του ιού συνεχίζεται. Οι επιμέρους στόχοι και παράμετροι διαφοροποιούνται από έργο σε έργο και από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις περιστάσεις κάθε φορά. Από το πρόγραμμα έχουν επωφεληθεί πολλές χώρες όπως η Ζάμπια, η Κένυα, το Μαλάουι, η Μποτσουάνα, η Ουγκάντα, η Ρουάντα και η Σενεγάλη. Το MAP ενίσχυσε το εθνικό πρόγραμμα της Κένυας, που ήταν από τις πρώτες χώρες που εφαρμόστηκε και οι θάνατοι από AIDS έχουν μειωθεί και ο ρυθμός μετάδοσης του ιού ελαττώθηκε στο 8,7% στις αστικές περιοχές το 2007. Στη

²³⁷ Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20415739~menuPK:1104465~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html>

²³⁸ Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20415735~menuPK:1001234~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html>

Σενεγάλη, το MAP ξεκίνησε και υποστηρίχθηκε θερμά από τους εθνικούς φορείς και τις τοπικές ΜΚΟ και οργανώσεις και συνέβαλλε στη σημαντική βελτίωση των τομέων της πρόληψης, της περίθαλψης και της θεραπείας. Περίπου 600.000 άτομα πέρασαν από διαγνωστικούς ελέγχους και περισσότερες από 360.000 έγκυες γυναίκες δέχθηκαν την απαραίτητη θεραπεία για την αποφυγή μετάδοσης του ιού στα βρέφη. Στη Ρουάντα, η χρηματοδότηση από το πρόγραμμα της Παγκόσμιας Τράπεζας χρησιμοποιήθηκε για την επέκταση της κάλυψης της θεραπείας και της αναβάθμισης των υγειονομικών συστημάτων. Σε συνδυασμό με άλλα διεθνή προγράμματα στήριξης που δέχθηκε η χώρα, το ποσοστό κάλυψης της αντιρετροϊκής θεραπείας έφθασε στο 70%, το 2007.²³⁹

Προγράμματα κατά του AIDS έχει προωθήσει και χρηματοδοτήσει και σε χώρες εκτός της αφρικανικής ηπείρου, όπως η Βραζιλία και η Ινδία. Μέχρι το 2009, το Ταμείο της Παγκόσμιας Τράπεζας για τους φτωχούς, δηλαδή η IDA, είχε υποστηρίξει προγράμματα για το AIDS σε 67 χώρες.

Η Παγκόσμια Τράπεζα με το πρόγραμμα «Rolling Back Malaria: The Global Strategy and Booster Program»²⁴⁰ συμβάλλει στη διεθνή χρηματοδότηση για την καταπολέμηση της ελονοσίας. Η Τράπεζα δημιούργησε αυτή τη στρατηγική θέλοντας να εντατικοποιήσει την προσπάθεια για την καταπολέμηση της ασθένειας που την αντιμετωπίζει ως σημαντικό εμπόδιο για την οικονομική και ανθρώπινη ανάπτυξη,²⁴¹ καθώς σε γενικές γραμμές οι προηγούμενες δράσεις της δεν είχαν ιδιαίτερη επιτυχία. Μέσω του νέου προγράμματος, επιδιώκεται οι χώρες να μπορέσουν να επιτύχουν και να διατηρήσουν μακροπρόθεσμα έναν αποτελεσματικό έλεγχο της ελονοσίας και των επιπτώσεων της. Η Τράπεζα θα στηρίζει τις πληττόμενες χώρες να εφαρμόσουν προγράμματα που με οικονομικά αποδοτικούς τρόπους θα μειώσουν τα κρούσματα ελονοσίας, την απώλεια παραγωγικότητας, τη θνησιμότητα, ιδιαίτερα στις πιο ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, όπως οι φτωχοί, τα παιδιά και οι έγκυες γυναίκες. Η στήριξη θα γίνεται μέσω ευέλικτων προσεγγίσεων και δανειοδοτικών μέσων που θα προσαρμόζονται

²³⁹ Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:22706201~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html>

²⁴⁰ Βλ. World Bank, *Rolling Back Malaria: The Global Strategy and Booster Program*, 2005, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://siteresources.worldbank.org/INTMALARIA/Resources/377501-1114188195065/WB-Malaria-Strategy&BoosterProgram-Lite.pdf>.

²⁴¹ Βλ. <http://siteresources.worldbank.org/INTMALARIA/Resources/377501-1114188195065/ch2.pdf>

ανάλογα με τις ανάγκες και την κατάσταση της εκάστοτε χώρας. Το νέο πρόγραμμα παρέχει μεγαλύτερη χρηματοδότηση από παλιότερα και τεχνική υποστήριξη για την επιτάχυνση του σχεδιασμού και της εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου της ελονοσίας για μεγαλύτερη κάλυψη και αμεσότερα αποτελέσματα. Επίσης, ένας άλλος στόχος του προγράμματος είναι η προώθηση οικονομικών και τεχνικών πόρων, ιδιωτικών και δημόσιων φορέων, για την παροχή κινήτρων για παραγωγή φαρμάκων ή άλλων προϊόντων όπως εμποτισμένες με εντομοκτόνο κουνουπιέρες, και τη μείωση των φόρων και των δασμών για τα εμπορεύματα αυτά. Οι χώρες έχουν τρεις επιλογές για περαιτέρω χρηματοδότηση και τεχνική υποστήριξη. Πρώτον, μέσω ενίσχυσης των ήδη εφαρμοζόμενων PRSCs και SWAps υγείας²⁴² για την υποστήριξη του ελέγχου ελονοσίας. Δεύτερον, μέσω της εφαρμογής σχεδίων δράσης για τον έλεγχο της νόσου σε εθνικό ή υποπεριφερειακό επίπεδο των οποίων ο σχεδιασμός θα εξαρτάται από το τοπικό πλαίσιο, τις πολιτικές που ακολουθούνται και τη βαρύτητα της νόσου στην περιοχή. Τρίτον, μέσω μιας συνδυασμένης δράσης για την καταπολέμηση των μεγάλων ασθενειών, HIV/AIDS, φυματίωσης και της ελονοσίας.²⁴³

3.4 Άλλες δράσεις

Το 2010, η *Ευρωπαϊκή Ένωση*, με ανακοίνωση της Επιτροπής²⁴⁴, αποφάσισε να ενισχύσει τη δράση της στον τομέα της παγκόσμιας υγείας²⁴⁵ για τη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στα συστήματα υγείας, την επέκταση των γνώσεων και την έρευνα για νέες μεθόδους και θεραπείες. Σύμφωνα με την ΕΕ, για τη βελτίωση της παγκόσμιας υγείας θα πρέπει να δοθεί έμφαση σε ζητήματα υγείας και σε άλλους παράγοντες ανάπτυξης, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς, περιβαλλοντικούς, όπως

²⁴² Sector-Wide Approach (SWAp), δηλαδή τομεακές προσεγγίσεις, είναι ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά της διεθνούς προσπάθειας για την εναρμόνιση και την ευθυγράμμιση της βοήθειας για την ανάπτυξη γύρω από τις εθνικές πολιτικές και στρατηγικές που αποσκοπούν και στην επίτευξη των στόχων της χιλιετίας. Η μέθοδος αυτή αναπτύχθηκε τη δεκαετία του '90. Μια τομεακή προσέγγιση χαρακτηρίζεται από σαφή πολιτική, στρατηγική, μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα δαπανών, συστήματα παρακολούθησης επιδόσεων καθώς και τυποποιημένες διαδικασίες διαβούλευσης και συντονισμού.

²⁴³ Βλ. <http://siteresources.worldbank.org/INTMALARIA/Resources/377501-1114188195065/ch3.pdf>

²⁴⁴ Ανακοίνωση της Επιτροπής COM (2010) 128 τελικό, της 31ης Μαρτίου 2010, «Ο ρόλος της ΕΕ στην παγκόσμια υγεία».

²⁴⁵ Η δράση της συμμετοχής της ΕΕ στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο ορίζεται και από το άρθρο 168 §3 όπου δηλώνεται ότι «Η Ένωση και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.»

η εκπαίδευση, η επισιτιστική ασφάλεια, το εμπόριο, η μετανάστευση, η ασφάλεια και η κλιματική αλλαγή. Η Ένωση θα δώσει προτεραιότητα σε δράσεις που αφορούν στους ευάλωτους πληθυσμούς και χώρες που απέχουν πολύ από την εκπλήρωση των αναπτυξιακών στόχων στον τομέα της υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση επιθυμεί να δώσει στη χρηματοδότηση καινοτόμων πρωτοβουλιών και να στηρίξει την έρευνα στον τομέα της υγείας. Δεσμεύτηκε, επίσης, να αυξήσει την αναπτυξιακή βοήθεια που παρέχει και να βελτιώσει την κατανομή και την αποτελεσματικότητα αυτής για να ενισχυθούν τα υγειονομικά συστήματα φτωχών χωρών όπου οι εγχώριοι πόροι δεν αρκούν για τη σωστή λειτουργία τους και την επίτευξη καθολικής πρόσβασης σε αυτά.

Η ΕΕ στηρίζει τις δράσεις του ΠΟΥ και του συστήματος του ΟΗΕ και ενισχύει τις παγκόσμιες πρωτοβουλίες χρηματοδότησης όπως το GFATM και την GAVI. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή είναι ιδρυτικό μέλος του Ταμείου και αντιπροσωπεύει το 52% των χρηματοδοτήσεων του. Από το 2003, η συνεισφορά της ΕΕ στο διεθνή οργανισμό έχει τετραπλασιαστεί και από 403 εκατομμύρια δολάρια το 2008 έφθασαν τα 1,5 δισεκατομμύρια δολάρια. Επίσης, στα τέλη του 2010, η ΕΕ δεσμεύτηκε να αυξήσει τη χρηματοδότηση της κατά 10%. Υποστηρίζει ότι για θετικά αποτελέσματα για την παγκόσμια υγεία απαιτείται ο συντονισμός των δράσεων σε όλα επίπεδα, παγκόσμιο, περιφερειακό και εθνικό.

Το 2003 συστήθηκε το EDCTP²⁴⁶, η λεγόμενη Σύμπραξη ευρωπαϊκών και αναπτυσσόμενων χωρών για τις κλινικές δοκιμές, που είναι μια ευρω-αφρικανική συνεργασία στον τομέα της υγείας που εστιάζει σε κλινικές δοκιμές και στην παροχή τεχνογνωσίας στην υποσαχάρια Αφρική για το συντονισμό των εθνικών προγραμμάτων έρευνας με στόχο την επιτάχυνση της ανάπτυξης νέων ή εξελιγμένων φαρμάκων, εμβολίων και μικροβιοκτόνων κατά του HIV/AIDS, της ελονοσίας και της φυματίωσης. Στη σύμπραξη συμμετέχουν 14 κράτη –μέλη της ΕΕ,²⁴⁷ η Νορβηγία, η Ελβετία και οι χώρες της υποσαχάριας Αφρικής. Ο προϋπολογισμός της EDCTP είναι 400 εκατομμύρια ευρώ για την περίοδο 2003-2015.²⁴⁸

²⁴⁶ Βλ. The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership και πιο συγκεκριμένα: <http://www.edctp.org/Home.162.0.html>

²⁴⁷ Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Πορτογαλία και Σουηδία.

²⁴⁸ Βλ. <http://www.edctp.org/Strategy.333.0.html>

Η ΕΕ είναι ο μεγαλύτερος δωρητής χρηματοδοτικής βοήθειας και μέσω των συνεισφορών της έχει συμβάλλει στη σημαντική άνοδο της παγκόσμιας χρηματοδότησης για τον αγώνα για την καταπολέμηση και την αντιμετώπιση του HIV/AIDS.²⁴⁹ Χρηματοδοτεί πολλαπλά σχετικά πεδία πολιτικής, όπως το πρόγραμμα-πλαίσιο για την έρευνα, το πρόγραμμα για την υγεία και προγράμματα αναπτυξιακής συνεργασίας. Σε διεθνές επίπεδο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ασχολείται με το HIV/AIDS και τις υπόλοιπες ασθένειες μέσα από δύο συμπληρωματικές και αμοιβαία υποστηριγμένες προσεγγίσεις. Από τη μια είναι η συνεργασία σε διμερές επίπεδο για υποστήριξη και ενίσχυση των συστημάτων υγείας ώστε να εξασφαλιστεί ίση πρόσβαση σε ποιοτική περίθαλψη στους πολίτες τρίτων χωρών και από την άλλη είναι η ενεργή συμμετοχή της σε σχετικούς διεθνείς οργανισμούς και οργανώσεις.²⁵⁰ Για παράδειγμα, στην Καμπότζη, μεταξύ 2002-2004, χορήγησε 5 εκατομμύρια ευρώ για την ενίσχυση του τομέα της υγείας και στην Ουγκάντα, έχει διαθέσει περίπου 250 εκατομμύρια ευρώ για την αντιμετώπιση του AIDS.

Με τη συμμετοχή της σε διεθνή προγράμματα, η ΕΕ έχει προσφέρει την προστασία από την ελονοσία σε 7,7 εκατομμύρια ανθρώπους, από το 2002, με τη διανομή κουνουπιέρων.²⁵¹ Μέσω των προγραμμάτων-πλαισίων,²⁵² έχει χορηγήσει για την έρευνα της ελονοσίας περίπου 180 εκατομμύρια ευρώ από το 2002 έως και σήμερα. Επίσης, μέσω του EDCTP, έχουν χρηματοδοτηθεί περίπου 10 κλινικές ερευνητικές δοκιμές, για ανθελνοσοσιακά φάρμακα, ύψους 69 εκατομμυρίων ευρώ από τα οποία τα 35 εκατομμύρια ευρώ είχαν χορηγηθεί από την ΕΕ.²⁵³

Σχετικά με την καταπολέμηση των σοβαρών ασθενειών και την επίτευξη της καλής υγείας των ανθρώπων δραστηριοποιούνται διάφορες διεθνείς οργανώσεις και αρκετές Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις σε συνεργασία με τους παγκόσμιους οργανισμούς.

²⁴⁹ Βλ. EU Press releases IP/09/1840, Date:30/11/2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/1840&format=HTML&aged=0&language=EL&guiLanguage=en>

²⁵⁰ Βλ. <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/630&type=HTML>

²⁵¹ Βλ. European Union, *EU contribution to the Millennium Development Goals*, 2010

²⁵² 6^ο Πρόγραμμα-Πλαίσιο (2002-2006) και 7^ο Πρόγραμμα –Πλαίσιο (2007-2013)

²⁵³ Βλ. Releases Press IP/11/48, Date:19/04/2011, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/489&format=HTML&aged=1&language=EL&guiLanguage=en>

Όσον αφορά την εξάλειψη της ελονοσίας σημαντική είναι η δράση της **Roll Back Malaria**²⁵⁴. Η οργάνωση αυτή δημιουργήθηκε το 1998 και πρόκειται για μια παγκόσμια σύμπραξη/συνεργασία του ΠΟΥ, του UNDP, της UNICEF και της Παγκόσμιας Τράπεζας με στόχο τη μείωση των κρουσμάτων ελονοσίας παγκοσμίως και την αντιμετώπιση του κοινωνικού και οικονομικού αντίκτυπου της ασθένειας. Το δίκτυο της RBM περιλαμβάνει αναπτυξιακούς οργανισμούς του ΟΗΕ, αναπτυξιακές τράπεζες, εθνικές κυβερνήσεις, ΜΚΟ, ερευνητικά ιδρύματα, επαγγελματικές ενώσεις, φορείς ιδιωτικού τομέα και μέσα ενημέρωσης. Η συνεργασία τόσων πολλών και διαφορετικών εταίρων αποτελεί και τη δύναμη της οργάνωσης. Η RBM επιδιώκει την επέκταση των αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της ελονοσίας όπως άμεση πρόσβαση σε θεραπεία, διανομή ειδικών κουνουπιέρων εμποτισμένων με εντομοκτόνα, βελτίωση του ελέγχου και των πρακτικών πρόληψης και σωστή διαχείριση και αντιμετώπιση των επιδημιών ελονοσίας. Επίσης, στηρίζει και συνεισφέρει στις έρευνες και εργασίες εύρεσης και ανάπτυξης καλύτερων πρακτικών αντιμετώπισης, όπως για παράδειγμα την παραγωγή νέων φαρμάκων. Οι τέσσερις πυλώνες δράσεις της οργάνωσης είναι οι εξής:

1. Η έγκαιρη και ισότιμη πρόσβαση σε θεραπεία με αποτελεσματικά φάρμακα για όλους όσους έχουν ανάγκη και η ύπαρξη σωστά εκπαιδευόμενου προσωπικού.
2. Διανομή εμποτισμένων με εντομοκτόνο κουνουπιέρων²⁵⁵ ως ένα από τα πιο αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης της ελονοσίας.
3. Πρόληψη και έλεγχος για ελονοσία σε έγκυες γυναίκες που αποτελούν την πιο ευάλωτη ομάδα για την εν λόγω ασθένεια.
4. Αντιμετώπιση επιδημιών ελονοσίας και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.²⁵⁶

Επιδιώκοντας την εξασφάλιση υψηλότερου επιπέδου δέσμευσης για τον έλεγχο της ελονοσίας μεταξύ των χωρών αρωγών και των κρατών που πλήττονται από την ασθένεια, η RBM θέσπισε, το Μάρτιο του 2010, μια νέα στρατηγική, το πρόγραμμα « Progress & Impact Series». Η στρατηγική στηρίζεται στη συγκριτική αξιολόγηση της προόδου των

²⁵⁴ Βλ. <http://www.rollbackmalaria.org/>

²⁵⁵ Insecticides Treated mosquito Nets (ITNs).

²⁵⁶ Βλ. <https://apps.who.int/inf-fs/en/InformationSheet02.pdf>

πεπραγμένων και επιδιώκει την εξασφάλιση μιας πιο σταθερής, μακροχρόνιας και επιτυχημένης υποστήριξης για την εξάλειψη της ελονοσίας παγκοσμίως.²⁵⁷

Η RBM έχει συντάξει, επίσης, το Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για την Ελονοσία²⁵⁸. Σύμφωνα με αυτό, ο στόχος για την εξάλειψη της νόσου μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω της ανάπτυξης στενής συνεργασίας μεταξύ των εθνικών φορέων και της διεθνής κοινότητας. Από τη μια πλευρά, οι εθνικοί φορείς γνωρίζουν καλύτερα την κατάσταση που επικρατεί στην περιφέρεια τους και τις ιδιαιτερότητες που μπορεί να υπάρχουν. Από την άλλη, οι διεθνείς φορείς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο μέσω της χρηματοδότησης, της ενίσχυσης και της υποστήριξης των εθνικών προγραμμάτων και δράσεων. Τα τρία βασικά στοιχεία του Σχεδίου Δράσης είναι ο έλεγχος, η οριστική καταπολέμηση της και η έρευνα νέων εργαλείων αντιμετώπισης και τρόπων παρέμβασης.²⁵⁹ Εξαιτίας των μη επαρκών παγκόσμιων πόρων, το Σχέδιο Δράσης τονίζει πως θα πρέπει να γίνουν πιο στοχευμένες προσπάθειες και δράσεις ανάλογα με την κατάσταση της εκάστοτε χώρας και να δοθεί μεγαλύτερο βάρος στις χώρες όπου πλήττονται περισσότερο.

Το 2006, η παγκόσμια δράση για την ελονοσία ενισχύθηκε από δυο ακόμα οργανώσεις που ιδρύθηκαν εκείνη την περίοδο, την «Malaria No More» και την «Nothing but Nets». Η «*Nothing but Nets*»²⁶⁰ είναι παγκόσμια εκστρατεία για την ευαισθητοποίηση και τη χρηματοδότηση για την καταπολέμηση της ελονοσίας. Δημιουργήθηκε το 2006 από το UN Foundation και η δράση του χρηματοδοτείται και ενισχύεται από ιδιωτικές και ατομικές παροχές των 10 δολαρίων. Οι εισφορές που μαζεύει η εκστρατεία, προορίζονται να καλύψουν το κόστος αγοράς και διανομής ειδικών κουνουπιέρων, εμποτισμένων με εντομοκτόνο, μακράς διάρκειας και την εκπαίδευση για τη χρήση τους. Συνεργάζεται με διεθνείς εταίρους, τον ΠΟΥ, τις άλλες οργανώσεις του ΟΗΕ, όπως η UNICEF και η υπηρεσία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες και τους εκάστοτε τοπικούς και εθνικούς φορείς για την αγορά, τη μεταφορά και τη διανομή των κουνουπιέρων. Μέχρι σήμερα, η «Nothing But Nets» έχει συγκεντρώσει περισσότερα από 40 εκατομμύρια δολάρια και έχει διανείμει περισσότερες από 6 εκατομμύρια κουνουπιέρες σε οικογένειες της Αφρικής.

²⁵⁷ Βλ. <http://www.rbm.who.int/ProgressImpactSeries/index.html>

²⁵⁸ Βλ. The Global Malaria Action Plan (GMAP) και πιο συγκεκριμένα <http://www.rbm.who.int/gmap/gmap.pdf>

²⁵⁹ Βλ. <http://www.rbm.who.int/gmap/2-1.html>

²⁶⁰ Βλ. <http://www.nothingbutnets.net/>

Η οργάνωση «*Malaria No More*»²⁶¹ είναι ένας μη κυβερνητικός οργανισμός που δραστηριοποιείται, κυρίως, στην Αφρική και μέσω μεγάλων εκστρατειών ευαισθητοποίησης, προωθεί το συνασπισμό και την ενίσχυση των δράσεων για την καταπολέμηση της ασθένειας στην περιοχή, καθώς και την ενίσχυση και την αύξηση των επενδύσεων για αυτόν το σκοπό. Επιδιώκει να υπάρχει άμεση πρόσβαση σε όποιον Αφρικανό έχει ανάγκη στα συστήματα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας. Συνεργάζεται με τον ιδιωτικό τομέα για την έρευνα νέων και τη βελτίωση των υπάρχοντων εργαλείων πρόληψης και θεραπείας. Στηρίζεται και χρηματοδοτείται από ιδιωτικές πολυεθνικές ή μη εταιρείες και έχει αναπτύξει ένα μεγάλο δίκτυο συνεργασίας με οργανισμούς και οργανώσεις από όλο τον κόσμο. Ιδρύθηκε το Δεκέμβριο του 2006 και σε περίπτωση που ολοκληρωθεί ο παγκόσμιος στόχος για την εξάλειψη της ελονοσίας μέχρι το 2015 θα ολοκληρώσει και αυτή τότε τις εργασίες της. Η συνεργασία της με μεγάλες πολυεθνικές που δραστηριοποιούνται σε χώρες της Αφρικής, όπως η εταιρεία Exxon Mobil²⁶², και μπορεί κατά καιρούς να έχουν κατηγορηθεί για αρνητικές επιπτώσεις στις αφρικανικές κοινωνίες, εγείρει ενδοιασμούς σχετικά για τη δράση της αλλά και για το πραγματικό σκοπό της λειτουργίας της.

Οι δυο οργανώσεις, «Malaria No More» και «Nothing but Nets», σε συνεργασία με τον ΠΟΥ, την UNICEF και άλλους φορείς²⁶³, προσέφεραν, το 2009, στο Μαλί 2,8 εκατομμύρια κουνουπιέρες εμποτισμένες με εντομοκτόνο, καλύπτοντας, έτσι, το 95% των παιδιών της χώρας κάτω των 5 ετών.

4. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι περισσότερες από αυτές τις ασθένειες μπορούν να προληφθούν και να θεραπευτούν με τις ήδη υπάρχουσες θεραπείες και εφαρμόσιμα προγράμματα πρόληψης. Εκτιμάται ότι το 88% των παιδικών διαρροϊκών ασθενειών, το 91% της ελονοσίας και ως το 100% των παιδικών ασθενειών όπως η ιλαρά ή ασθενειών όπως ο τέτανος μπορούν να προληφθούν αρκεί να χρησιμοποιηθούν οι απαραίτητες θεραπείες. Συνολικά, 3

²⁶¹ Βλ. <http://www.malariamore.org/>

²⁶² Η Exxon Mobil είναι, για παράδειγμα, μεγάλος χορηγός της οργάνωσης.

²⁶³ Όπως τον Ερυθρό Σταυρό του Καναδά και την Πρωτοβουλία για την Ελονοσία του Προέδρου των ΗΠΑ.

εκατομμύρια παιδιά θα μπορούσαν να σωθούν κάθε χρόνο αν τα φάρμακα διανεμηθούν αποτελεσματικότερα σε όλες τις περιοχές που υπάρχει ανάγκη.²⁶⁴

Η αύξηση των πόρων στον τομέα της υγείας σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου²⁶⁵ δημιουργεί κάποια θετική εξέλιξη στην πορεία των μεταδοτικών ασθενειών αλλά και των υπολοίπων προβλημάτων στον τομέα της υγείας.

Γενικά, αξίζει να σημειωθεί ότι το κόστος για την επίτευξη των διαφόρων στόχων για την υγεία δεν μπορεί να εκτιμηθεί ακριβώς. Ένας λόγος είναι ότι οι ασθένειες, σε πολλές περιπτώσεις, είναι αλληλένδετες²⁶⁶ και δεύτερον, η επίτευξη άλλων στόχων, όπως η εκπαίδευση και η πρόσβαση σε πόσιμο νερό είναι πιθανόν να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στα αποτελέσματα της υγείας.

Η διεθνής κινητοποίηση κατά του AIDS έχει δώσει κάποια αποτελέσματα όσον αφορά στην πραγματοποίηση του 6^{ου} Αναπτυξιακού Στόχου της Χιλιετίας. Ο αριθμός των νέων μολύνσεων από τον ιό HIV πέφτει σταδιακά.²⁶⁷ Επιπλέον, οι θάνατοι από ασθένειες συνδεδεμένες με το AIDS είναι ελαφρά μειωμένοι και από 2,2 εκατομμύρια το 2004, το 2008 ήταν 2 εκατομμύρια. Σε 15 χώρες, τις πιο ευπρόσβλητες από την επιδημία του AIDS, μέσα στις οποίες βρίσκονται η Αιθιοπία, η Ακτή Ελεφαντοστού, η Ζάμπια, η Ζιμπάμπουε, η Κένυα, το Μαλάουι, η Ναμίμπια και η Τανζανία, η εξάπλωση του ιού HIV ανάμεσα στους νέους μειώθηκε περίπου κατά 25% και σε αυτό βοήθησε η αλλαγή στη σεξουαλική τους διαπαιδαγώγηση και συμπεριφορά.²⁶⁸ Για την περίπτωση του AIDS, η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση είναι το πρώτο και βασικότερο βήμα για να εμποδιστεί η διάδοση του. Στη Ναμίμπια, από το 1998, εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα²⁶⁹ εκπαίδευσης και ενημέρωσης των νέων, ηλικίας 15-24 ετών, σχετικά με το AIDS, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Το πρόγραμμα έχει εισαχθεί στο 74% των σχολείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η Ναμίμπια, που έχει επηρεαστεί ιδιαίτερα από την υψηλή επικράτηση του ιού στον

²⁶⁴ Βλ. Stevens, Ph., Director of Health Projects, “Diseases of poverty and the 10/90 Gap”, *International Policy Network*, November 2004.

²⁶⁵ Χάρη στην αναπτυξιακή βοήθεια αλλά και άλλων πηγών.

²⁶⁶ Για παράδειγμα, η φυματίωση εξαπλώνεται πολύ γρήγορα με την παρουσία του AIDS και το AIDS είναι σημαντικός παράγοντας για τη μητρική και παιδική θνησιμότητα.

²⁶⁷ Από το αποκορύφωμά του το 1996, 3,5 εκατομμύρια, το 2009 μειώθηκε στα 2,6 εκατομμύρια.

²⁶⁸ Βλ. UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf

και <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>.

²⁶⁹ Πρόγραμμα “My Future is my Choice”.

πληθυσμό της,²⁷⁰ το πρόγραμμα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εθνικής στρατηγικής για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS. Σύμφωνα με την αξιολόγηση του προγράμματος το 2008, οι 241.000 νέοι, που έχουν συμμετάσχει σε αυτό, έχουν αποκτήσει ασφαλέστερες συμπεριφορές και ελέγχονται συχνότερα για HIV. Γενικά, το 83% των νέων γυναικών και το 86% των νεαρών ανδρών της χώρας είναι ενημερωμένοι για τους κινδύνους και τους τρόπους προφύλαξης, χωρίς, ωστόσο, να υιοθετούν πάντα τη σωστή συμπεριφορά στην καθημερινότητα τους.²⁷¹ Στη Ρουάντα, η απόκτηση ασφαλέστερων συμπεριφορών σε συνδυασμό με την επέκταση της θεραπείας οδήγησε σε σημαντική μείωση της θνησιμότητας.²⁷² Εντούτοις, λιγότερο από το 1/2 των νέων συνολικά, και μόλις το 1/3 των νέων γυναικών, στο σύνολο των αναπτυσσόμενων χωρών, κατέχουν κάποιες γνώσεις σχετικά με το HIV/AIDS και μολονότι, η προφύλαξη κερδίζει έδαφος σε αυτές τις χώρες, συνεχίζεται να είναι ελάχιστη.²⁷³ Υπάρχουν χώρες, όπως το Καμερούν, η Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία και το Λεσόθο, που παρόλο ότι έχουν υψηλά ποσοστά AIDS, ακόμα και σήμερα το 80% των νεαρών γυναικών έχουν ανεπαρκή γνώση σχετικά με το θέμα.²⁷⁴ Το γεγονός αυτό υποβαθμίζει οποιαδήποτε προσπάθεια γίνεται για αναχαίτιση του ιού.

Ένα αισιόδοξο μήνυμα είναι ότι ο αριθμός των ατόμων που έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στην θεραπεία του AIDS στις υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες έχει δεκαπλασιαστεί μέσα σε 5 χρόνια. Οι αντιρετροϊκές θεραπείες γίνονται ολοένα και πιο προσβάσιμες. Το 2003, μόλις 400.000 φορείς του AIDS είχαν πρόσβαση σε θεραπείες του AIDS, ενώ το 2009, περισσότεροι από 5 εκατομμύρια άτομα ακολούθησαν θεραπεία.²⁷⁵ Μόνο από το 2008, υπήρξε κατά 30% αύξηση. Η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε στην υποσαχάρια Αφρική, όπου η αντιρετροϊκή θεραπεία ήταν ασυνήθιστο

²⁷⁰ Το HIV/AIDS είναι ο κύριος λόγος για την πτώση του προσδόκιμου ζωής στα 48,6 έτη.

²⁷¹ Βλ. *UNDG, MDG Good Practices*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://mdgpolicynet.undg.org/?q=node/11>.

²⁷² Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:22706201~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html>

²⁷³ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

²⁷⁴ Βλ. World Bank, *The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action*, December 2005, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1127498796401/GHAPAFinal.pdf>

²⁷⁵ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

έως και 2003²⁷⁶ και το 2009, 34% με 40%²⁷⁷ των φορέων είχαν τη δυνατότητα πρόσβασης στα απαραίτητα φάρμακα και θεραπείες.²⁷⁸ Δυστυχώς, όμως, οι αντιρετροϊκές θεραπείες δεν μπορούν να ακολουθήσουν και να υποσκελίσουν το γρήγορο ρυθμό της εξάπλωσης του ιού και η παγκόσμια κάλυψη της αντιρετροϊκής θεραπείας είναι ακόμα χαμηλή.²⁷⁹ Κάθε χρόνο, για κάθε δυο άτομα που ξεκινούν τη θεραπεία αντιστοιχούν πέντε νέοι φορείς. Η πρόσβαση στη θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις έγκυες γυναίκες. Αρκετές χώρες έχουν εντείνει τις προσπάθειες για την πρόληψη και την αποφυγή της κάθετης μετάδοσης του HIV/AIDS από τη μητέρα στο παιδί. Το 2008, το 45% των εγκυμονουσών οροθετικών στις αναπτυσσόμενες χώρες λάμβανε θεραπεία.²⁸⁰ Υπάρχει μείωση κατά 24% στη μετάδοση του AIDS στα βρέφη σε σύγκριση με πέντε χρόνια νωρίτερα. Μόνο το 2008, αποτράπηκε η μόλυνση από AIDS σε 60.000 βρέφη υψηλού κινδύνου μέσω της θεραπείας των οροθετικών μητέρων τους.²⁸¹ Αύξηση υπάρχει και στον αριθμό των παιδιών που λαμβάνουν αντιρετροϊκή θεραπεία, από περίπου 75.000 το 2005 σε 355.000 το 2009.²⁸² Επιτυχημένο παράδειγμα για την αύξηση της θεραπείας για το HIV/AIDS στα παιδιά είναι αυτό της Καμπότζης.²⁸³ Η χώρα επιδίωξε να οικοδομήσει ένα ολοκληρωμένο σύστημα προστασίας και υψηλής ποιότητας θεραπείας και φροντίδας για τα παιδιά που ζουν με τον ιό ή επηρεάζονται άμεσα από αυτόν. Η προσπάθεια της χώρας δέχθηκε στήριξη από διεθνείς εταίρους και ΜΚΟ. Μέχρι, το 2009, 29 παιδιατρικές μονάδες θεραπείας είχαν ιδρυθεί σε επαρχιακά νοσοκομεία και τα παιδιά που δέχονται αντιρετροϊκή θεραπεία υπερδιπλασιάστηκαν.²⁸⁴

Δυσμενείς είναι οι εξελίξεις στις χώρες της Κεντρικής Ασίας και του Καυκάσου, καθώς η περιφέρεια είναι η μόνη στην οποία παρατηρείται αύξηση στα ποσοστά των νέων μολύνσεων HIV και του ρυθμού μετάδοσης του ιού. Η Αρμενία, η Γεωργία, το

²⁷⁶ Μόλις 100.000 άτομα έκαναν θεραπεία.

²⁷⁷ Σχεδόν 3,9 εκατομμύρια άτομα.

²⁷⁸ Βλ. <http://www.who.int/gho/hiv/en/>

²⁷⁹ Βλ. <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/en/index5.html>

²⁸⁰ Ενώ ένα χρόνο πριν το ποσοστό αυτόν ήταν 35% και το 2009, 727.600 έγκυες γυναίκες με ιό HIV, σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, έλαβαν αντιρετροϊκά φάρμακα.

²⁸¹ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf> και <http://www.who.int/gho/hiv/en/>

²⁸² Βλ. www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/en/index6.html

²⁸³ Γενικά, η Καμπότζη έχει εφαρμόσει επιτυχημένες δράσεις κατά του HIV/AIDS και ο επιπολασμός έχει μειωθεί από 3,2%, το 1999, σε 0,9 το 2006.

²⁸⁴ Βλ. UNDG, *MDG Good Practices*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://mdgpolicynet.undg.org/?q=node/11>.

Καζακστάν, η Κιργιζία και το Τατζικιστάν είναι οι πέντε από τις επτά χώρες²⁸⁵, παγκοσμίως, που υπάρχει αύξηση των κρουσμάτων πάνω από 25% κατά την τελευταία δεκαετία. Επιπλέον, η κατάσταση δυσχεραίνει περισσότερο από το γεγονός ότι το ποσοστό των ατόμων με HIV που λαμβάνουν αντιρετροϊκή θεραπεία είναι ιδιαίτερα χαμηλό, μόλις 26% με μόλις μια μικρή αύξηση της τάξεως του 2%.²⁸⁶ Αδυναμία εκπλήρωσης του στόχου υπάρχει και στην περιφέρεια της Λατινικής Αμερικής και Καραϊβικής.²⁸⁷ Συγκεκριμένα, η Καραϊβική έχει το δεύτερο υψηλότερο, παγκοσμίως, ποσοστό νέων μολύνσεων από HIV. Τα ποσοστά των ατόμων που έχουν πρόσβαση σε θεραπεία, αν και υπάρχει κάποια πρόοδος, συνεχίζουν να παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα.²⁸⁸

Ιδιαίτερα σημαντική εξέλιξη είναι ότι τα τελευταία χρόνια τα προγράμματα για την αντιμετώπιση του στιγματισμού και των διακρίσεων για τους ανθρώπους με HIV/AIDS έχουν αυξηθεί σημαντικά, παγκοσμίως.²⁸⁹

Σημαντική πρόοδος στην καταπολέμηση της ελονοσίας έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια, χάρη στην αύξηση της παγκόσμιας χρηματοδότησης και των διεθνών επενδύσεων για τον έλεγχο της που έχει σημειωθεί από το 2004 και μετά.²⁹⁰ Επίσης, παρατηρείται μεγαλύτερη πρόσβαση σε ανθελνοσιακές θεραπείες, ιδιαίτερα τα τρία τελευταία χρόνια. Εκτιμάται ότι αν συνεχιστούν δυναμικά τα προγράμματα για την καταπολέμηση της ελονοσίας, θα μπορούσε να επιτευχθεί ο στόχος και η ασθένεια να εξαλειφθεί ως πρόβλημα δημόσιας υγείας στις περισσότερες χώρες που πλήττει. Όμως, η σταθερή αύξηση των πόρων για αυτό το σκοπό που είχε παρατηρηθεί τα τελευταία

²⁸⁵ Οι άλλες δύο χώρες είναι το Μπαγκλαντές και οι Φιλιππίνες.

²⁸⁶ Βλ. UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf και UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* για την Κεντρική Ασία και τις Καυκάσιες χώρες, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/millenniumgoals/MDG2011_cca_EN.pdf.

²⁸⁷ Βλ. UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* για τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/millenniumgoals/MDG2011_la_EN.pdf και UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf.

²⁸⁸ Οι νοσούντες από HIV που λαμβάνουν αντιρετροϊκή θεραπεία αυξήθηκαν από 5% σε 38% μεταξύ 2004-2009 και αντιστοίχως το ποσοστό των φορέων εγκύων που έλαβαν τα απαραίτητα φάρμακα ανέβηκε από 20% σε 55%.

²⁸⁹ Βλ. UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf.

²⁹⁰ Ως που το 2009 έφθασε στο υψηλότερο σημείο στα 1,5 δισεκατομμύρια δολάρια και το 2010 παρέμεινε περίπου στα ίδια επίπεδα, στα 1,8 δισεκατομμύρια δολάρια. Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf> και World Malaria Report 2010 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf

χρόνια, φάνηκε να σταθεροποιείται²⁹¹ και η χρηματοδότηση συνεχίζει να είναι 60% λιγότερη από όση απαιτείται.²⁹² Χρειάζεται να βρεθούν νέες πηγές κεφαλαίων καθώς για να επιτευχθεί ο έλεγχος της ελονοσίας, παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι απαιτούνται 6 δισεκατομμύρια δολάρια. Τα προγράμματα για ελονοσία αντιπροσώπευαν το 8% της ODA²⁹³ το 2009 και υπήρξε μια μικρή αύξηση από το 2005 που αφορούσαν το 5%.

Σε επίπεδο εγχώριας κρατικής χρηματοδότησης, ιδιαίτερα στις χώρες όπου ενδημεί η ελονοσία, τα ποσά είναι πολύ μικρά και αποτελούν παρά ένα μηδαμινό ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης. Είναι, όμως, σημαντικό, οι ενδημικές χώρες να επενδύσουν με τα δικά τους μέσα περισσότερο στον έλεγχο της ασθένειας ώστε να μπορούν να παρέχουν στις πληθυσμιακές ομάδες τους που κινδυνεύουν από ελονοσία τα απαραίτητα μέσα προφύλαξης, όπως κουνουπιέρες και ειδικούς ψεκασμούς και να μην εξαρτώνται τόσο πολύ από τις διακυμάνσεις της διεθνούς χρηματοδότησης και να περιμένουν να περιβληθούν σε διεθνείς δράσεις. Ο ΠΟΥ υποστηρίζει πως αν μόλις το 1% της συνολικής εγχώριας δαπάνης διατεθεί στον έλεγχο της νόσου, οι 75 από τις 99 ενδημικές χώρες θα μπορούσαν να παρέχουν σε όλους τους πολίτες τους, που βρίσκονται σε κίνδυνο, τα απαραίτητα μέσα προφύλαξης.

Η αύξηση της παγκόσμιας χρηματοδότησης συνέβαλλε στην αύξηση της διανομής ειδικών κουνουπιέρων εμποτισμένες με εντομοκτόνο²⁹⁴ που αποτελούν σημαντικό μέσο για την πρόληψη της ασθένειας, ιδιαίτερα τα τελευταία τρία χρόνια. Η παγκόσμια παραγωγή κουνουπιέρων από 30 εκατομμύρια που ήταν το 2004 αυξήθηκε στα 150 εκατομμύρια το 2009. Υπολογίζεται πως μέχρι τα τέλη του 2010 μοιράστηκαν περίπου 289 εκατομμύρια κουνουπιέρες στην περιφέρεια της υποσαχάριας Αφρικής²⁹⁵ που καλύπτουν το 76% του πληθυσμού της περιοχής που κινδυνεύουν από την ελονοσία²⁹⁶.

Η προστασία του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο μόλυνσης από ελονοσία είναι βασικός παράγοντας για την ανάσχεση της εξάπλωσης της. Στο Σουδάν, με την

²⁹¹Το 2011 παρέμεινε στα 2 δισεκατομμύρια δολάρια.

²⁹²Βλ. WHO, *World Malaria Report 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf και <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/malaria/> και <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

²⁹³ Official Development Assistance (Επίσημη Αναπτυξιακή Βοήθεια)

²⁹⁴ Insecticide-treated mosquito net (ITN).

²⁹⁵ Όπου βρίσκεται η πλειοψηφία των χωρών που πλήττονται από την ελονοσία.

²⁹⁶ Στην περιοχή της υποσαχάριας Αφρικής εκτιμάται ότι 765 εκατομμύρια άτομα ζουν με τον κίνδυνο της ελονοσίας.

εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου Ελονοσίας, το 2005, ο αριθμός των κρουσμάτων έχει μειωθεί κατά το ήμισυ²⁹⁷ και η θνησιμότητα έχει μειωθεί στο 52%. Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος έγκειται στο γεγονός ότι δόθηκε έμφαση στην πρόληψη με τη διανομή 480.000 μακράς διάρκειας επεξεργασμένων με εντομοκτόνο κουνουπιέρων²⁹⁸, με τον εκτεταμένο ψεκασμό σε ενδημικές περιοχές της χώρας και με τη βελτίωση των αρδευτικών εγκαταστάσεων²⁹⁹. Η επιτυχία του οφείλεται, επίσης, και στην εκτενή διαθεσιμότητα και ευρεία διανομή των απαραίτητων φαρμάκων, ιδιαίτερα στις ενδημικές περιοχές της χώρας, στην ενίσχυση των δράσεων στις αγροτικές περιοχές, στην ευαισθητοποίηση των πολιτών και στη στενή συνεργασία με διεθνείς φορείς, όπως τον ΠΟΥ, και με διεθνείς και τοπικές ΜΚΟ για ενίσχυση και καλύτερο συντονισμό των δράσεων.³⁰⁰ Αξιίζει να σημειωθεί πως πριν την εφαρμογή του προγράμματος, η ελονοσία ήταν τεράστια απειλή για τη δημόσια υγεία³⁰¹ και κάθε χρόνο, καταγράφονταν έως και 7,5 εκατομμύρια κρούσματα και 35.000 θάνατοι.

Άλλο ένα παράδειγμα ταχείας προόδου στο μετριασμό της ασθένειας μέσω της πρόληψης είναι και η Σιέρα Λεόνε. Η ελονοσία στην περιοχή, αποτελεί σοβαρό πρόβλημα. Τα τελευταία χρόνια, με εντατική εθνική δραστηριοποίηση πάνω από 3 εκατομμύρια κουνουπιέρες έχουν μοιραστεί στον πληθυσμό της καλύπτοντας το 87% των νοικοκυριών. Η εκστρατεία διανομής LLINs δέχθηκε υποστήριξη και από διεθνείς φορείς. Η Παγκόσμια Τράπεζα χορήγησε στη χώρα 6,6 εκατομμύρια δολάρια για την αγορά, τη μεταφορά και τη διανομή περίπου 1 εκατομμυρίου κουνουπιέρων. Άλλοι φορείς που ενίσχυσαν τη Σιέρα Λεόνε είναι η UNICEF, the United Kingdom Department for International Development, ο Ερυθρός Σταυρός, η Care International κ.α.³⁰²

Ωστόσο, η προστασία που προσφέρουν οι εμποτισμένες με εντομοκτόνο κουνουπιέρες δεν διαρκεί παντοτινά. Η διάρκεια «ζωής» τους είναι γύρω στα 3 έτη. Με το πέρασμα αυτών των χρόνων θα πρέπει να αντικατασταθούν και σε περίπτωση που δεν

²⁹⁷ Από 7.500.000 σε 3.400.000

²⁹⁸ Με τη βοήθεια της χρηματοδότησης του GFTAM.

²⁹⁹ που μπορεί να γίνουν εστία επώασης κουνουπιών.

³⁰⁰ Βλ. UNDG, *MDG Good Practices*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://mdgpolicynet.undg.org/?q=node/11>.

³⁰¹ Στο Σουδάν αντιστοιχούσαν το 50% των κρουσμάτων της Μέσης Ανατολής.

³⁰² Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:23181036~menuPK:258659~pagePK:2865106~piPK:2865128~theSitePK:258644,00.html>

πραγματοποιηθεί αυτή η αντικατάσταση υπάρχει ο κίνδυνος αναζωπύρωσης της επιδημίας της ελονοσίας και των θανάτων της.³⁰³

Το ποσοστό των ατόμων που προσέφυγαν σε θεραπεία και διαγνωστικές εξετάσεις αυξήθηκε, σε παγκόσμιο επίπεδο από 67% το 2005 σε 76% το 2010. Η μεγαλύτερη θετική εξέλιξη σε αυτόν τον τομέα παρατηρήθηκε στην υποσαχάρια Αφρική.³⁰⁴ Το παγκόσμιο ποσοστό, όμως, παραμένει χαμηλό και πρέπει να γίνει και άλλες προσπάθειες για την επίτευξη καθολικής πρόσβασης στις θεραπείες και είναι αναγκαίο να μειωθεί το κόστος των ανθελνοσιακών θεραπειών γιατί αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για αρκετό κόσμο στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 2010 παρατηρήθηκε μηδενισμός της μετάδοσης της ελονοσίας σε 8 χώρες, την Αίγυπτο, τη Γεωργία, το Ιράκ, τις Μπαχάμες, το Ομάν, τη Ρωσία, τη Συρία και την Τζαμάικα. Επίσης, η Αρμενία, από το 2010, είναι επίσημα απαλλαγμένη από την ελονοσία.³⁰⁵

Η ελονοσία ήταν ιδιαίτερα ενδημική στην Αρμενία και επανεμφανίστηκε το 1994, μετά από 30 χρόνια που θεωρούταν ότι είχε εξαλειφθεί από τη χώρα. Η επανάκαμψη της επιδημίας συνδεόταν με την οικονομική και κοινωνική υποβάθμιση³⁰⁶ που βίωνε η χώρα μετά από τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης. Με εθνικές παρεμβάσεις για τον έλεγχο της επιδημίας υπήρξε συνεχή μείωση των κρουσμάτων. Έγιναν μεταρρυθμίσεις για αλλαγή της παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και για ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και της προσβασιμότητας των υγειονομικών συστημάτων. Ο κεντρικός στόχος ήταν να εξασφαλιστεί η υγειονομική και επιδημιολογική ασφάλεια των πολιτών με κεντρικό πυρήνα δράσης την πρόληψη. Η κυβέρνηση σχεδίασε και έθεσε σε εφαρμογή κρατικά προγράμματα για την υγεία και με νόμο, κατοχύρωσε τη δωρεάν παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ως δικαίωμα για το σύνολο του πληθυσμού της. Προμήθευσε τους πολίτες, που είχαν ανάγκη, με τα απαραίτητα φάρμακα δωρεάν

³⁰³ Οι κουνουπιέρες που μοιράστηκαν το 2007 και το 2008 θα πρέπει ήδη να αντικατασταθούν.

³⁰⁴ Βλ. WHO, *World Malaria Report 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf

³⁰⁵ Βλ. WHO, *World Malaria Report 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf

³⁰⁶ Άσχημη οικονομική κατάσταση, έντονο μεταναστευτικό ρεύμα, υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, έλλειψη φαρμάκων, εξοπλισμού και προγραμμάτων.

και επέβαλλε τη μείωση των τιμών των φαρμάκων στο εμπόριο.³⁰⁷ Γενικά, όλες οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την ελονοσία όπως διάγνωση, θεραπεία, διαβουλεύσεις, επιδημιολογικά και εντομολογικά μέτρα, ευαισθητοποίηση του κοινού και εκπαίδευση, παρέχονται δωρεάν από το κράτος. Η αποκέντρωση της παροχής ιατρικής περίθαλψης συνέβαλλε, επίσης, στον έλεγχο της ασθένειας. Προκλήσεις που έπρεπε να αντιμετωπιστούν ήταν η ασφάλεια του πόσιμου νερού, των δικτύων ύδρευσης, η ποιότητα των τροφίμων, η περιβαλλοντική ρύπανση και η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής. Το πρόγραμμα της χώρας στηρίχθηκε και από διεθνείς φορείς. Με τη βοήθεια του ΠΟΥ, συστάσεις και τεχνική βοήθεια, καταρτήθηκε το πρόγραμμα επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων, όπου περιλαμβάνεται και η ελονοσία και με την ενίσχυση της Παγκόσμια Τράπεζα, 40 επιδημιολογικά κέντρα εξοπλίστηκαν με σύγχρονο εξοπλισμό και δημιουργήθηκαν κινητά εργαστήρια ελέγχου. Το σύστημα επιτήρησης της ελονοσίας περιλαμβάνει παρεμβάσεις που σχετίζονται με την πηγή μόλυνσης, περιβαλλοντική, εντομολογική, επιδημιολογική και κοινωνικό-δημογραφική παρακολούθηση της κατάστασης της ελονοσίας, οργάνωση αντικουνουπικών παρεμβάσεων, εκπαίδευση του προσωπικού υγείας, δημόσια εκπαίδευση για την υγεία και κοινωνική κινητοποίηση, αξιολόγηση των παρεμβάσεων ανθελονοσιακών και συνεργασία με τις γειτονικές χώρες. Παρά την επίσημη απαλλαγή από την ασθένεια, η παρακολούθηση της κατάστασης παραμένει έντονη προς αποφυγή επανεμφάνισης της.³⁰⁸

Για να συνεχιστεί η φθίνουσα πορεία της ελονοσίας, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα προγράμματα παρακολούθησης και επιτήρησης της πορείας των προγραμμάτων καταπολέμησης και θεραπείας της ελονοσίας και ενίσχυση των προγραμμάτων για τον έλεγχο νέων κρουσμάτων. Για παράδειγμα, παρά την αξιοσημείωτη πρόοδο στην περιφέρεια της υποσαχάριας Αφρικής, υπήρξαν 3 χώρες όπου εμφάνισαν αύξηση των κρουσμάτων το 2009, αν και τα προηγούμενα χρόνια είχαν και αυτές μείωση των κρουσμάτων. Οι χώρες αυτές είναι η Ρουάντα, η Ζάμπια και το

³⁰⁷ Εκτός των άλλων, η κυβέρνηση προσπάθησε να προώθησε και την καλύτερη κατάρτιση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

³⁰⁸ Βλ. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/malaria/country-work/armenia> και Davidyants, V.A., “Malaria elimination in Armenia”, Ministry of Health, Republic of Armenia, National Institute of Health, National Health Information Analytic Center, Yerevan 2011 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://healthinfo.am/Public/Full-book.pdf>

Σάο Τόμε και Πρινσίπε.³⁰⁹ Ωστόσο, το 2010 υπήρξε ανατροπή των αυξήσεων στη Ρουάντα και το Σάο Τόμε και Πρινσίπε χάρη στην εντατικοποίηση των μέτρων ελέγχου.³¹⁰ Αντιθέτως, στη Ζάμπια ο αυξημένος αριθμός κρουσμάτων και θανάτων δεν έχει αναστραφεί. Αυτό τονίζει την ανάγκη για τη δημιουργία συστημάτων για αποτελεσματική εποπτεία της ασθένειας και τα συστήματα αυτά πρέπει να διατηρούνται ακόμα και όταν τα ποσοστά έχουν μειωθεί σημαντικά.

Μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί, επίσης, στον παγκόσμιο στόχο για την ανάσχεση της φυματίωσης και αυτό κυρίως βασίζεται στη βελτίωση της ανίχνευσης και της θεραπείας της ασθένειας. Τα ποσοστά της φυματίωσης είναι σε χαμηλό επίπεδο σε όλες τις περιοχές εκτός της Ασίας την οποία αφορά το 55% των νέων κρουσμάτων.³¹¹ Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, ο στόχος για την αναχαίτιση της φυματίωσης φαίνεται να εκπληρώνεται παγκοσμίως μέχρι το 2015, με εξαίρεση την περίπτωση της Αφρικής, λόγω της σύνδεσης της με τη επιδημία του AIDS.

Μεταξύ 1995 – 2005, 55 εκατομμύρια ασθενείς έχουν συμμετάσχει σε προγράμματα των δράσεων DOTS και STOP TB Strategy και 46 εκατομμύρια έχουν θεραπευτεί επιτυχώς. Επίσης, τα ποσοστά επιτυχίας της θεραπείας για την πνευμονική φυματίωση ήταν 87% για το 2009. Τα ποσοστά θνησιμότητας έχει μειωθεί λίγο περισσότερο από το 1/3 των ποσοστών του 1990.

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΠΟΥ³¹², η χώρα με τη θετικότερη εξέλιξη για την εξάλειψη της φυματίωσης είναι η Κίνα. Εντός της εικοσαετίας 1990-2010, τα ποσοστά μετάδοσης της νόσου στη χώρα αυτή μειώθηκαν κατά το ήμισυ και τα ποσοστά θνησιμότητας περίπου 80%.

Από τις χώρες υψηλού επιπολασμού, στις χώρες της ομάδας BRICS³¹³ οι επενδύσεις για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο της φυματίωσης ανήλθαν στα 2,1 δισεκατομμύρια δολάρια το 2010 και το 95% του ποσού προερχόταν από εγχώριες

³⁰⁹ Βλ. WHO, *World Malaria Report 2010* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmaliareport2010.pdf

³¹⁰ Βλ. WHO, *World Malaria Report 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf

³¹¹ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

³¹² Βλ. WHO, *Global tuberculosis control 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf

³¹³ Βραζιλία, Ρωσία, Ινδία, Κίνα και Νότιος Αφρική.

πηγές. Αντιθέτως, στις υπόλοιπες χώρες υψηλού επιπολασμού³¹⁴ οι δαπάνες για τον έλεγχο της ασθένειας ήταν μειωμένες και μόνο το 51% της χρηματοδότησης ήταν από εγχώριες πηγές.³¹⁵

Το 2012, η διεθνής χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της ασθένειας αναμένεται να φθάσει τα 4,4 δισεκατομμύρια δολάρια.³¹⁶ Θετικές εξελίξεις υπάρχουν και στις έρευνες και δοκιμές που γίνονται για την ανάπτυξη φαρμάκων για να αντιμετωπιστούν οι πολυανθεκτικές μορφές της φυματίωσης με ελπίδες για την εύρεση ειδικών εμβολίων το αργότερο μέχρι το 2020. Μια τέτοια προοπτική είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί η ανθεκτικότητα στα φάρμακα είναι ικανή να αναστρέψει την πρόοδο και πυροδοτήσει νέα έξαρση. Στην Ινδία, για παράδειγμα, όπου η φυματίωση είχε πολλά θύματα κάθε χρόνο, με το εθνικό πρόγραμμα ελέγχου της φυματίωσης, που ξεκίνησε το 1997, είχε καταφέρει να περιορίσει την εξάπλωση της ασθένειας στην επικράτεια της. Υπολογίζεται, πως το πρόγραμμα έχει προσφέρει θεραπεία σε 11 εκατομμύρια ασθενείς και έχει καταφέρει να μειώσει τους θανάτους κατά 2 εκατομμύρια³¹⁷ και το ρυθμό μετάδοσης της ασθένειας που ωστόσο εξακολουθεί να είναι υψηλός.³¹⁸ Δυστυχώς, όμως, η χώρα, τα τελευταία χρόνια, αντιμετωπίζει το πρόβλημα των αυξημένων περιστατικών αντίστασης στα φάρμακα με αποτέλεσμα να υποβαθμίζονται οι προσπάθειες της. Σχεδόν το 50% των περιπτώσεων πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης, παγκοσμίως, εκτιμάται ότι συμβαίνει στην Κίνα και την Ινδία.³¹⁹

Αξίζει να σημειωθεί πως σε κάποιες περιοχές της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής έχει εφαρμοστεί μια πρόσφατη καινοτομία για την αντιμετώπιση της έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας. Σε κάθε χωριό ή κοινότητα, εκπαιδεύεται ένα ή περισσότερα άτομα ώστε να μπορούν να παρέχουν στοιχειώδη υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένου και τη διανομή κοινών αντιβιοτικών. Η Αιθιοπία, όπου είναι μια από τις χώρες που έχει εφαρμόσει αυτή την πρωτοβουλία από το

³¹⁴ Αιθιοπία, Αφγανιστάν, Βιετνάμ, Βιρμανία, Ζιμπάμπουε, Ινδονησία, Καμπότζη, Κένυα, Λ.Δ. Κονγκό, Μοζαμβίκη, Μπαγκλαντές, Νιγηρία, Ουγκάντα, Πακιστάν, Τανζανία, Ταϊλάνδη και Φιλιππίνες.

³¹⁵ Βλ. WHO, *Global tuberculosis control 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf

³¹⁶ Αυξημένη περίπου κατά 1 δισεκατομμύριο δολάρια από το 2006 που ήταν 3,5 δισεκατομμύρια.

³¹⁷ Το ποσοστό της θνησιμότητας της φυματίωσης στη χώρα μειώθηκε στο 43%

³¹⁸ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

³¹⁹ Βλ. WHO, *Multidrug and Extensively Drug-Resistant TB (M/XDR-TB): 2010 Global report on surveillance and response* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf

2004, κατάφερε να προσφέρει στο μεγάλο αγροτικό πληθυσμό της, έστω, μια στοιχειώδη περίθαλψη ενώ τα προηγούμενα χρόνια μόνο τα 2/3 του συνολικού πληθυσμού της είχαν πρόσβαση σε υγειονομικά συστήματα. Χάρη στο πρόγραμμα, στη χώρα, υπήρξε έως και 73% μείωση των κρουσμάτων ελονοσίας στον αγροτικό πληθυσμό και το 2010, εμβολιάστηκαν κατά των θανατηφόρων ασθενειών 1,5 εκατομμύρια περισσότερα παιδιά, σε σύγκριση με το 2005.³²⁰ Η καινοτομία αυτή αποτελεί μια οικονομική αλλά ταυτόχρονα, αποδοτική λύση για τις φτωχές χώρες που έχει πραγματικά θετικά αποτελέσματα.

Για τη δυνατότητα εκπλήρωσης του παγκόσμιου στόχου για την εξάλειψη των μεγάλων «εχθρών» της παγκόσμιας υγείας, η εντατικοποίηση των προσπάθειών πρέπει γίνει από όλες τις πλευρές. Οι διεθνείς φορείς θα πρέπει να τηρήσουν τις υποσχέσεις τους ως προς τη χρηματοδότηση που είναι απαραίτητη για τη δημιουργία εθνικών και τοπικών προγραμμάτων, τη στήριξη τους και τη συμβολή στην εκπλήρωση του σκοπού τους. Από την άλλη πλευρά, οι χώρες θα πρέπει να κινητοποιηθούν από μόνες τους και να επενδύσουν στην υγεία των πολιτών τους και θα πρέπει να ενισχύσουν τις πολιτικές κοινωνικής προστασίας. Η κοινωνία των πολιτών μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο συμβάλλοντας στη διάδοση των απαραίτητων πληροφοριών και γνώσεων, ευαισθητοποιώντας τους πολίτες, υποστηρίζοντας και ενισχύοντας τα σχετικά προγράμματα. Υπάρχουν απλές πρακτικές που πρέπει να εφαρμοστούν μαζικά και θα οδηγήσουν στην προστασία των πληθυσμών από τις τρεις μεγάλες ασθένειες, όπως τα προληπτικά μέτρα, η άμεση πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, η ενημέρωση και η εκπαίδευση των πολιτών σχετικά με αυτές. Η διανομή κουνουπιέρων και η παροχή προληπτικής παρασιτικής προστασίας σε μολυσμένες περιοχές για την περίπτωση της ελονοσίας και ο εμβολιασμός των παιδιών για τη φυματίωση είναι πολύ σημαντικά εργαλεία για την καταπολέμηση αυτών των δυο ασθενειών και το κόστος τους είναι μηδαμινό. Η ενημέρωση και η σωστή διαπαιδαγώγηση των νέων αλλά και του υπόλοιπου πληθυσμού για την απόκτηση ασφαλέστερων σεξουαλικών συμπεριφορών δεν κοστίζει τίποτα αλλά είναι το σημαντικότερο μέτρο και θα αποβεί σωτήριο για την αναχαίτιση της εξάπλωσης του HIV/AIDS για το οποίο δεν υπάρχει θεραπεία που να προσφέρει πλήρη

³²⁰ Βλ. <http://www.dfid.gov.uk/stories/case-studies/2011/mdg-6---bringing-care-to-communities-in-ethiopia/>

ίαση. Η εθνική και διεθνή χρηματοδότηση θα πρέπει να στοχεύσουν, ιδιαίτερα, στην επέκταση και στην αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ειδική μέριμνα πρέπει να υπάρξει για τον εφοδιασμό των συστημάτων υγείας με τον απαραίτητο εξοπλισμό αλλά και το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό. Η επέκταση της υγειονομικής φροντίδας στις απομακρυσμένες περιοχές είναι ένα «στοίχημα» που απαιτείται να κερδιθεί για να υπάρξει πραγματική προστασία και βελτίωση της παγκόσμιας υγείας.

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΥΝΔΕΣΗ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Προς τα μέσα της δεκαετίας του '90 αναπτύχθηκε μια παγκόσμια προσέγγιση της αμοιβαίας και στενής σχέσης μεταξύ υγείας και της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Βέβαια, η σχέση μεταξύ φτώχειας και υγείας είναι καλά τεκμηριωμένη από χρόνια. Ωστόσο, άργησε να υπάρξει μια παράλληλη δράση για τους δυο αυτούς τομείς καθώς για δεκαετίες πριν, η εξάλειψη της φτώχειας συνδεόταν, λανθασμένα, μόνο με την οικονομική ανάπτυξη. Όταν, στα τέλη της δεκαετίας του '80, αναγνωρίστηκε διεθνώς ο πολύπλευρος «χαρακτήρας» της ανάπτυξης και του φαινομένου της φτώχειας, δόθηκε προτεραιότητα και σε άλλους τομείς, όπως αυτός της υγείας, που πρέπει να προωθηθούν για την επίτευξη της συνολικής ευημερίας.

Η άμεση σύνδεση της φτώχειας με την υγεία φαίνεται καθαρά και μέσω των Στόχων της Χιλιετίας. Τρεις στόχοι του παγκόσμιου αυτού σχεδίου για την καταπολέμηση της φτώχειας αφορούν ξεκάθαρα τον τομέα της υγείας. Οι στόχοι αυτοί είναι ο 4^{ος} που αφορά τη μείωση της παιδικής θνησιμότητας, ο 5^{ος} που προωθεί τη βελτίωση της μητρικής υγείας και ο 6^{ος} που αφορά την καταπολέμηση των σημαντικότερων ασθενειών που πλήττουν τον κόσμο.

Η σχέση μεταξύ της φτώχειας και της κακής κατάστασης της υγείας είναι πολύπλευρη και αμφίδρομη. Δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος: ενώ ασθένειες απορρέουν και επιβαρύνονται άμεσα από τη φτώχεια ταυτόχρονα μπορούν να διαιωνίσουν και να εμβαθύνουν τη φτώχεια και επηρεάζουν αρνητικά τα οικονομικά και σε ατομικό επίπεδο και σε εθνικό.

Όπως με τη φτώχεια, έτσι και με την κακή υγεία και τις ασθένειες, οι επιπτώσεις περνάνε από το ατομικό επίπεδο στο οικιακό και τέλος ασκούν επιρροή και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Βέβαια, οι επιπτώσεις της ασθένειας σε κάθε νοικοκυριό διαφέρουν ανάλογα με τη θέση που έχει το άτομο, που αρρωσταίνει, στην οικογένεια αλλά και την ικανότητα του κάθε νοικοκυριού να διαχειριστεί το κάθε πρόβλημα.

Η Έκθεση της Επιτροπής για τα Μακροοικονομικά και την Υγεία³²¹ του ΠΟΥ, που παρουσιάστηκε το Δεκέμβριο του 2001, ορίζει ότι η υγεία είναι παράγοντας δημιουργίας αλλά και προϋπόθεση της ανάπτυξης. Επίσης, σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, όπως αναφέρεται στο World Development Report 2000/2001, η φτώχεια περιλαμβάνει, εκτός της υλικής στέρησης, και τα χαμηλά επιτεύγματα στον τομέα της υγείας³²².

1.1 Η φτώχεια προκαλεί ασθένειες

Σε πολλές περιπτώσεις η φτώχεια είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ασθενειών. Αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει ότι το εισόδημα αποτελεί βασικό παράγοντα για να εξηγήσει τα επίπεδα της υγείας. Υπάρχουν ασθένειες που ονομάζονται ασθένειες της φτώχειας λόγω του ότι είναι πιο διαδεδομένες στους φτωχούς πληθυσμούς παρά στους πληθυσμούς που έχουν κάποια οικονομική ευημερία.³²³ Οι τρεις βασικές αρρώστιες είναι το AIDS, η ελονοσία και η φυματίωση. Τρεις άλλες ασθένειες που είναι συνδεδεμένες με τη φτώχεια και συμπεριλαμβάνονται στις σχετικές συζητήσεις και ορισμούς περί των ασθενειών της φτώχειας είναι η ιλαρά, η πνευμονία και οι διαρροϊκές ασθένειες.

Οι ασθένειες της φτώχειας αντανακλούν τη δυναμική σχέση μεταξύ της φτώχειας και της υγείας. Για πολλούς οικονομικούς, περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς λόγους και λόγους διαβίωσης, οι φτωχοί είναι πιο πιθανό να εκτεθούν σε μολυσματικές ασθένειες. Οι καταστάσεις που συχνά αντιμετωπίζουν, όπως διατροφική ανεπάρκεια, επικίνδυνες συνθήκες εργασίας και διαβίωσης, έλλειψη επαρκών οικονομικών μέσων, το υποβαθμισμένο περιβάλλον, ενισχύουν συνέχεια τις απειλές που δέχεται η υγεία τους αλλά και επιμηκύνουν το χρόνο ανάρρωσής τους. Στην Αιθιοπία, υπολογίζεται ότι η

³²¹ Βλ. Commission on Macroeconomics and Health (CHM) και πιο συγκεκριμένα:

www.who.int/trade/glossary/story008/en/index.html. Η Επιτροπή για τα Μακροοικονομικά και την Υγεία ιδρύθηκε από τον ΠΟΥ τον Ιανουάριο του 2000 με σκοπό την αξιολόγηση της συμβολής της υγείας στην παγκόσμια οικονομική ανάπτυξη.

³²² Βλ. World Bank, *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*, Chapter 1 p15 “This report accepts the now traditional view of poverty [...] as encompassing not only material deprivation (measured by an appropriate concept of income or consumption) but also low achievements in education and health.” διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20194762~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>

³²³ Οι ασθένειες αυτές βρίσκονται σε αντιδιαστολή με τις ασθένειες του πλούτου (diseases of affluence) που είναι αποτέλεσμα των συνεπειών του αυξανόμενου πλούτου σε μια κοινωνία.

μέσος όρος διάρκειας μιας νόσου είναι έως και 1,6 φορές μεγαλύτερη από εκείνη των ανεπτυγμένων χωρών.³²⁴ Γενικά, τα άτομα κατώτερης οικονομικής τάξης στις περισσότερες κοινωνίες αντιμετωπίζουν σχεδόν πάντα τα υψηλότερα επίπεδα νοσηρότητας, πεθαίνουν πρόωρα σε σύγκριση με το μέσο όρο της κοινωνίας και αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα παιδικής και μητρικής θνησιμότητας.³²⁵

Οι προαναφερθείσες ασθένειες βρίσκονται σε επίπεδο επιδημίας στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου όπου επικρατούν μεγάλα ποσοστά φτώχειας και υπανάπτυξης. Επίσης, το 98% των μητρικών θανάτων και θανάτων νεογνών, που σημειώνονται ημερησίως στον κόσμο, συμβαίνει στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ο ΠΟΥ υποστηρίζει πως οι ασθένειες που σχετίζονται με τη φτώχεια αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενειών που πλήττουν τους πληθυσμούς των χωρών χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου.³²⁶

Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, έρευνες έχουν καταδείξει εμπειρικά ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ της ανάπτυξης που σημειώνεται σε μια χώρα και του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού της. Παρατηρείται ότι σε χώρες με χαμηλή ανάπτυξη, το προσδόκιμο ζωής είναι χαμηλότερο από αυτό των ανεπτυγμένων χωρών.³²⁷ Διαπιστώνεται ότι η αύξηση κατά 1% του μέσου ρυθμού ανάπτυξης του κατά κεφαλήν ΑΕΠ οδηγεί σε 2-3 % άνοδο του προσδόκιμου ζωής. Παράδειγμα, η μέση ετήσια μεταβολή του προσδόκιμου ζωής, κατά την περίοδο 1972-1997, στους φτωχούς πληθυσμούς σε χώρες χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου παρουσίασε πτώση της τάξεως 0,9%, λόγω της μεγάλης υπανάπτυξης που γνώρισαν. Επίσης υπάρχει και αντίστροφη δράση.³²⁸

³²⁴ Βλ. Asfaw, A., "How Poverty Affects the Health Status and Health Care Demand Behaviour of Households? The Case of Rural Ethiopia", paper presented at the CPRC international conference on 'Staying Poor: Chronic Poverty and Development Policy', University of Manchester, UK, 7 -9 April 2003.

³²⁵ Αν και οι δεσμοί μεταξύ θνησιμότητας και οικονομικής ευημερίας δεν είναι πάντα ξεκάθαροι. Βλ. Grant, U., *Health and Poverty Linkages: Perspectives of the chronically poor*, Chronic Poverty Research Centre Working Paper No. 2008-09, February 2005 και Hulme, D., Lawson, D., *Health, Health Care, Poverty and Well being: an overview for a developing country focus*, July 2004.

³²⁶ Βλ. WHO, *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf,

³²⁷ Βλ. Moser, G., Toshihiro, I., *Economic Growth and Poverty Reduction in Sub-Saharan Africa*, IMF Working Paper, African Department, August 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2001/wp01112.pdf> και www.unicef.gr/poverty.php,

³²⁸ Βλ. Ranis, G., Frances, St., Ramirez, A., "Economic Growth and Human Development", *World Development*, Vol. 28, February 2000, σελ. 197-219.

Η ευαισθησία ενός ατόμου σε οποιαδήποτε ασθένεια εξαρτάται από την ισχύ του ανοσοποιητικού του συστήματος η οποία μεταξύ των άλλων παραγόντων επηρεάζεται από τη διατροφή. Η φτώχεια συνδυάζεται σχεδόν πάντα με την έλλειψη της απαραίτητης διατροφής και τον υποσιτισμό. Αυτό συνεπάγεται εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα και μειωμένη ικανότητα για προφύλαξη από τις ασθένειες αλλά και την καταπολέμηση τους καθώς δεν υπάρχει δυνατότητα ανταπόκρισης στις αυξημένες διατροφικές απαιτήσεις που έχουν οι ασθενείς.³²⁹ Οι ενήλικες με AIDS έχουν υψηλότερες ενεργειακές ανάγκες από ότι ένας υγιής ενήλικας και τα παιδιά με AIDS έχουν τις διπλάσιες ενεργειακές ανάγκες από τα συνήθη δεδομένα. Ιδιαίτερα για το HIV/AIDS, η διατροφική ασφάλεια και η σωστή διατροφή είναι παράγοντες θεμελιώδους σημασίας για τη θεραπεία του.³³⁰ Η έλλειψη τους επιταχύνει την εξέλιξη των ασθενειών που συνδέονται με το AIDS και υπομονεύει την αντιρετροϊκή θεραπεία.³³¹ Στην Κένυα, οι ασθένειες που συμμετείχαν σε πρόγραμμα συμπληρώματος διατροφής λαμβάνοντας, παράλληλα, αντιρετροϊκή θεραπεία³³² έδειξαν μεγαλύτερη βελτίωση με τη θεραπείας τους. Ο υποσιτισμός ευθύνεται για το 54% των παιδικών θανάτων από τις ασθένειες της φτώχειας.

Η έλλειψη τροφής περιορίζει τις επιλογές των πολιτών για την εργασία, την εκπαίδευση και τη διατροφή των παιδιών και αυτή η κατάσταση οδηγεί σε αυξημένη κινητικότητα προς εξεύρεση εργασίας και εισοδήματος. Η κινητικότητα και οι περιορισμένες επιλογές για την απόκτηση εισοδήματος μπορεί να οδηγήσουν σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου μόλυνσης και μετάδοσης ασθενειών. Στο Μαλάουι, η φτώχεια και ο κίνδυνος για μόλυνση από τον ιό HIV συνδέονται ολοένα και περισσότερο μέσω των μεγάλων μετακινήσεων για τα προς το ζην και στη Ζάμπια, οι χαμηλόμισθοι άνδρες που ζουν μακριά από το σπίτι τους για ένα μήνα ή περισσότερο χρονικό διάστημα έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αρρωστήσουν από τους άνδρες που ζουν σπίτι τους.³³³

³²⁹ Βλ. Gillespie, St., (ed.), *AIDS, Poverty, and Hunger: Challenges and Responses*, (Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security, Durban, South Africa, April 14–16, 2005), International Food Policy Research Institute, Washington, 2006.

³³⁰ Βλ. UNAIDS, policy brief: *HIV, Food Security and Nutrition*, May 2008.

³³¹ Η κακή διατροφική κατάσταση αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV από τη μητέρα στο παιδί.

³³² Βλ. Academic Model for Prevention and Treatment of HIV (AMPATH) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.ampathkenya.org/> και UNAIDS, policy brief: *HIV, Food Security and Nutrition*, May 2008.

³³³ που μπορεί να προκύπτει και από περιβαλλοντικούς λόγους π.χ. ξηρασίας.

Οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης και στέγασης αυξάνουν την ευπάθεια απέναντι στις ασθένειες. Η μη καλή ποιότητα πόσιμου νερού ή η μη πρόσβαση σε πόσιμο νερό και η κακή διαχείριση των αποβλήτων ευθύνονται συνήθως για μεγάλο μέρος των ασθενειών που προσβάλλουν τον αναπτυσσόμενο κόσμο. Στη Ζιμπάμπουε, το 2008, ξέσπασε επιδημία χολέρας, στην πόλη Chitungwiza εξαιτίας της έλλειψης επαρκών πόρων για τη συντήρηση των τελείως υποβαθμισμένων δημοσίων υποδομών αποχέτευσης και παροχής πόσιμου νερού.³³⁴ Σε περιοχές της Ζάμπια, η χολέρα, που είναι ενδημική στη χώρα, επανεμφανίστηκε με σοβαρή επιδημία, το 2010, ως αποτέλεσμα των άσχημων συνθηκών υγιεινής, της έλλειψης αποχετευτικού συστήματος και της αδυναμίας πρόσβασης σε πόσιμο νερό.³³⁵ Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι τέσσερις στις πέντε ασθένειες σχετίζονται με το νερό.³³⁶ Οι διαρροϊκές ασθένειες, που προκαλούνται κυρίως από τις άσχημες συνθήκες υγιεινής και την κακή ποιότητα πόσιμου νερού, θεραπεύονται απλά και φθηνά, ωστόσο, στοιχίζουν τη ζωή σε εκατομμύρια άτομα κάθε χρόνο.

Η έλλειψη σωστού εξαιρισμού και η χρήση φωτιάς ή καύσης βιομάζας, συνήθως κακής ποιότητας, για μαγείρεμα και θέρμανση, που συνηθίζεται στις φτωχές κοινωνίες των αναπτυσσόμενων περιοχών, αυξάνουν, επίσης, την ευπάθεια κυρίως σε αναπνευστικές παθήσεις. Περίπου το 80% των κατοίκων των ΕΑΧ και των υποσαχάριων κρατών, 2,5 δισεκατομμύρια άνθρωποι,³³⁷ χρησιμοποιούν άνθρακα και βιομάζα από γεωργικά κατάλοιπα, κοπριά, άχυρο κ.α., με αποτέλεσμα να παράγονται υψηλά επίπεδα επιβλαβών ρύπων για την υγεία εντός της οικίας. Οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού σε παιδιά, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και καρκίνος του πνεύμονα στους ενήλικες συνδέονται με αυτές τις πρακτικές. Η ρύπανση του αέρα εσωτερικών χώρων ευθύνεται για πάνω από 1,5 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο.³³⁸ Ιδιαίτερα επιβαρυνμένοι από την κατάσταση, συνήθως, είναι οι γυναίκες και τα μικρά παιδιά επειδή βρίσκονται περισσότερες ώρες στην κατοικία. Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού είναι η πιο σημαντική αιτία θανάτου στα παιδιά κάτω των 5 ετών.³³⁹

³³⁴ Βλ. http://www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=1890&Itemid=235.

³³⁵ Βλ. http://www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=2272&Itemid=235.

³³⁶ Βλ. Cordellier, S., (επιμ.), *Ο κόσμος τον 21^ο αιώνα: 80 κείμενα για να κατανοήσουμε τη νέα τάξη πραγμάτων*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1999.

³³⁷ Τα μεγαλύτερα ποσοστά των οποίων μοιράζονται η Αφρική, η Κίνα και η Νότια Ασία.

³³⁸ Βλ. <http://practicalaction.org/smoke/>.

³³⁹ Βλ. UNDP, WHO, The Energy Access Situation in Developing Countries, A Review Focusing on the Least Developed Countries and Sub-Saharan Africa, report 2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

Επιπλέον, οι συνθήκες συνωστισμού που μπορεί να επικρατεί είτε στους χώρους στέγασης είτε σε χώρους εργασίας αυξάνουν την πιθανότητα εξάπλωσης των ασθενειών σε άλλους.³⁴⁰ Στις φυλακές, για παράδειγμα, η μετάδοση της φυματίωσης είναι έως και 100 φορές υψηλότερη από αυτή του υπόλοιπου πληθυσμού και αυτό οφείλεται στον υψηλό συνωστισμό ανθρώπων, τον ανεπαρκή εξαερισμό, την αδύναμη διατροφή, την ελλιπή ιατρική περίθαλψη. Μάλιστα, τα ποσοστά της φυματίωσης στις φυλακές ευθύνονται έως και 25% των κρουσμάτων της φυματίωσης σε μια χώρα, ακόμα στον ανεπτυγμένο κόσμο.³⁴¹

Η φτώχεια οδηγεί συχνά το άτομο σε κακές συνθήκες εργασίας, όπως εργασία στο δρόμο, σε εργοστάσια όχι σωστά αεριζόμενα, εργασία με επικίνδυνα μηχανήματα ή χημικές ουσίες. Το ανθυγιεινό περιβάλλον της εργασίας και η έλλειψη συνθηκών προστασίας της ασφάλειας και της υγείας στον τομέα της εργασίας αυξάνει την ευπάθεια της υγείας των φτωχών και των κίνδυνο ατυχημάτων. Στις υποσαχάριες χώρες, σπάνια, ισχύουν ασφαλή πρότυπα για την επαγγελματική υγεία και ασφάλειας.³⁴² Το άγχος, η κούραση και η σωματική εξάντληση επιβαρύνουν την κατάσταση.

Τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα είναι λιγότερα ικανά να ανταποκριθούν στο κόστος της - ποιοτικής - υγειονομικής περίθαλψης και ιδιαίτερα τα άτομα που ζουν σε συνθήκες χρόνιας φτώχειας συχνά δεν έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε έγκαιρη και ποιοτική περίθαλψη. Ούτε έχουν την ικανότητα αποταμίευσης ώστε να έχουν τα μέσα να ανταποκριθούν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, όπως είναι μια σοβαρή ασθένεια. Η κακής ποιότητας ή καθόλου φροντίδα της υγείας παρατείνει την άσχημη κατάσταση της υγείας. Η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής ελλείψει χρηματικών πόρων κυρίως, ή η

http://www.who.int/indoorair/publications/Energy_Access_Report_Brief.pdf και Practical Action, *Energy Poverty: the hidden crisis*, 2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://practicalaction.org/docs/advocacy/energy_poverty_hidden_crisis.pdf.

³⁴⁰ Βλ. Grant, U., *Health and Poverty Linkages: Perspectives of the chronically poor*, Chronic Poverty Research Centre Working Paper No. 2008-09, February 2005 και Stevens, Ph., Director of Health Projects, "Diseases of poverty and the 10/90 Gap", *International Policy Network*, November 2004.

³⁴¹ Π.χ. στο Πακιστάν, ο επιπολασμός της νόσου της φυματίωσης σε κρατούμενους, είναι 3,8 φορές υψηλότερος από το ποσοστό της φυματίωσης στον υπόλοιπο πληθυσμό. Επίσης, η Γεωργία, η Ζάμπια, οι ΗΠΑ, η Μποτσουάνα και η Ρωσία είναι χώρες με πολύ υψηλά ποσοστά φυματίωσης στις φυλακές τους. Βλ. http://www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en/index.html και WHO, *Literature Review on Tuberculosis in Prisons*, 18 November 2008, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/tb/challenges/prisons/tb_in_prisons_lit_review_10feb08.pdf.

³⁴² Δεν υπάρχει έλεγχος από τις κυβερνήσεις πάνω σε αυτό το θέμα και οι ποινές για τους εργοδότες είναι σπάνιες. Βλ. Waelkens, M.P., Soors, W., Bart, Cr., *The role of social health protection in reducing poverty: the case of Africa*, International Labour Office, Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (STEP) Programme, 2005.

χρήση θεραπευτικής αγωγής που θα αποφασίσει από μόνο του ένα άτομο λόγω μη δυνατότητας πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτικές υποδομές, μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και να μεταβάλλει τη φύση της ασθένειας δυσχεραίνοντας πολύ την κατάσταση. Το κόστος της θεραπείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για το ρυθμό εξάπλωσης που έχουν οι ασθένειες στις φτωχότερες περιοχές του πλανήτη. Φάρμακα και θεραπείες που στον ανεπτυγμένο κόσμο είναι εύκολα προσβάσιμα προς όλους, για τους φτωχούς πληθυσμούς των αναπτυσσόμενων κρατών, το κόστος είναι δυσβάστακτο και συχνά δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτό.³⁴³ Παρόλο που έχουν γίνει προσπάθειες και το κόστος αρκετών θεραπειών έχει μειωθεί σήμερα, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν έχει τη δυνατότητα, ακόμα, να προμηθευτεί τα φάρμακα ή να έχει πρόσβαση στη θεραπεία, για παράδειγμα, για το AIDS ή την ελονοσία και την περίθαλψη.

Επιπλέον, οι φτωχοί δίνουν ιδιαίτερο βάρος στην ανάγκη τους για το εισόδημα και επομένως για την εργασία τους σε σχέση με την υγεία, γεγονός που συνεπάγεται την καθυστέρηση στη θεραπεία αυξάνοντας την πιθανότητα να υποστούν επιπλοκές ή η νόσος να προχωρήσει αρκετά.³⁴⁴

Η άσχημη οικονομική κατάσταση μιας οικογένειας συχνά οδηγεί τα παιδιά να εγκαταλείψουν τα σχολεία και αναζητήσουν εργασία για να αυξηθούν τα έσοδα του νοικοκυριού. Τα παιδιά που αναγκάζονται να δουλέψουν παρουσιάζουν άσχημη κατάσταση υγείας, αυξημένη ευπάθεια σε αρρώστιες και έχουν να αντιμετωπίσουν ατυχήματα, άγχος και άλλους επαγγελματικούς κινδύνους που υποβαθμίζουν το επίπεδο της υγείας τους. Δεύτερον, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και μόρφωσης ενός ατόμου ή μιας οικογένειας συμβάλλει στην αδυναμία πρόσβασης σε κατάλληλες πληροφορίες και τη σωστή ενημέρωση για την προφύλαξη και την αντιμετώπιση μιας ασθένειας. Έχοντας καλύτερη μόρφωση τα άτομα είναι καλύτερα πληροφορημένα και είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν ασφαλέστερη συμπεριφορά.

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι σχετικά με τις γυναίκες αποτελούν συνήθως κατώτερο κοινωνικά σύνολο στις αναπτυσσόμενες χώρες, συχνά αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη

³⁴³ Για τις υψηλές τιμές των φαρμάκων, εκτός από τις φαρμακευτικές εταιρείες, ευθύνονται και το δασμολόγιο που μπορεί να εφαρμόζει η εκάστοτε χώρα.

³⁴⁴ Βλ. WHO, World Bank, *Dying for Change: Poor people's experience of health and ill-health*, 2002, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/hdp/publications/dying_change.pdf.

εξαθλίωση και αποτελούν τη βασική ομάδα κινδύνου μόλυνσης από τις περισσότερες ασθένειες. Είναι συχνό φαινόμενο, στις φτωχές οικογένειες, να παραμελείται η ανατροφή των κοριτσιών, να μη λαμβάνουν ούτε στοιχειώδη μόρφωση και να χρησιμοποιούνται ως «προϊόν» αγοραπωλησίας. Όσες είναι μορφωμένες και με κάποιο εισόδημα έχουν 15% λιγότερες πιθανότητες να πεθάνουν από νοσολογικές αιτίες σε σύγκρισή με τις φτωχές και χωρίς εκπαίδευση γυναίκες. Αυτό φανερώνει ότι η εκπαίδευση δίνει μελλοντικά την παροχή κάποιου εισοδήματος προσφέροντας έτσι την ευκαιρία στη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας και συμβάλει κάπως στη μείωση της θνησιμότητας.³⁴⁵ Πιο συγκεκριμένα, το AIDS μεταδίδεται δυο φορές πιο γρήγορα στα κορίτσια που δεν έχουν λάβει κάποια μόρφωση σε σχέση με τα κορίτσια που έχουν λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση. Γενικά, παρατηρείται μια θετική σχέση μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης και της εκπαίδευσης και της μείωσης κινδύνου του HIV.³⁴⁶ Ιδιαίτερα στις νέες γυναίκες παρατηρείται ότι η ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης μειώνει τον κίνδυνο προσβολής από τον ιό HIV.³⁴⁷

Η περιθωριοποίηση κάποιων κοινωνικών ομάδων, όπως οι γυναίκες, αλλά και τα παιδιά, συμβάλλει περισσότερο στην εξαθλίωση τους και της φτώχειας τους. Αυτές οι ομάδες ανθρώπων, συνήθως, δεν έχουν πρόσβαση σε επαρκή τροφή, εισόδημα ή γη και είναι πολύ πιθανόν να οδηγηθούν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου μόλυνσης. Παράδειγμα, οι νεαρές Αφρικανές που αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την επιδημία του AIDS.³⁴⁸ Το υψηλό ποσοστό μόλυνσης τους οφείλεται εν μέρει στη φτώχεια καθώς λόγω της οικονομικής εξαθλίωσης καθίστανται ως ιδιαίτερα ευάλωτη κοινωνική ομάδα και συχνά οδηγούνται στην πορνεία ή σε εργασίες που τις εκθέτει σε σεξουαλική κακοποίηση. Επίσης, στις φτωχές χώρες, υπάρχει έντονο το φαινόμενο παράνομης διακίνησης γυναικών και κοριτσιών. Το AIDS είναι άμεσο αποτέλεσμα των παραβιάσεων ανθρωπίνων δικαιωμάτων που βιώνουν καθημερινά οι γυναίκες.³⁴⁹

³⁴⁵ Βλ. Gillespie, St., (ed.), *AIDS, Poverty, and Hunger: Challenges and Responses*, (Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security, Durban, South Africa, April 14–16, 2005), International Food Policy Research Institute, Washington, 2006.

³⁴⁶ Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν πολλές περιπτώσεις, ιδιαίτερα στη Νότιο Αφρική, που τα κορίτσια αντιμετωπίζουν βιασμούς από τους εκπαιδευτικούς ή άλλο σχολικό προσωπικό με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν εξίσου από το AIDS.

³⁴⁷ Βλ. UNAIDS, policy brief: *HIV, Food Security and Nutrition*, May 2008.

³⁴⁸ Ιδιαίτερα υψηλό το ποσοστό μόλυνσης είναι μεταξύ γυναικών έως 25 ετών.

³⁴⁹ Βλ. Human Rights Watch, *Policy Paralysis: A Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa*, New York, December 2003.

Επιπλέον πρόβλημα αποτελούν οι σημαντικές ελλείψεις στη δημόσια υγεία στις χώρες του νότου.³⁵⁰ Οι ασθενείς σε αυτές τις χώρες έχουν να αντιμετωπίσουν και τις αδύναμες υποδομές υγειονομικής περίθαλψης που οφείλονται κυρίως στην έλλειψη οικονομικών πόρων αλλά και ανθρωπίνων πόρων καθώς υπάρχει έλλειψη πολλές φορές του απαραίτητου και εξειδικευμένου προσωπικού. Παράδειγμα, το 2004, στο Μαλάουι αντιστοιχούσε ένας γιατρός για κάθε 49.118 ανθρώπους. Η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού κατά τη διάρκεια της γέννας είναι βασική αιτία για τα υψηλά ποσοστά μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ των φτωχών, όπως στην Καραϊβική, όπου η μητρική θνησιμότητα βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, το 2009 μόνο το 69% των γεννήσεων έγινε με τη βοήθεια ειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού.³⁵¹ Επίσης οι υπηρεσίες δεν είναι προσβάσιμες σε σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού της. Οι φτωχότερες κοινωνίες δεν έχουν τα στοιχειώδη μέσα, δημοσιονομικά ή υπηρεσίες, για να αντιδράσουν στην έξαρση κάποιας ασθένειας ή στα υψηλά επίπεδα επιδημιών που συχνά τις πλήττουν.

1.2 Οι ασθένειες οδηγούν στη φτώχεια

Η εξάπλωση και η διάδοση σοβαρών μεταδοτικών ασθενειών στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου επιβαρύνουν επιπλέον την όποια κοινωνική, οικονομική και αναπτυξιακή κατάσταση των χωρών αυτών. Οι αρρώστιες αποτελούν έναν από τους βασικότερους εχθρούς της ανάπτυξης των φτωχότερων κρατών.³⁵²

Ανάλογα με το επίπεδο της επικράτησης της νόσου και τη διαθεσιμότητα της θεραπείας υπάρχουν και οι αντίστοιχες μακροοικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις σε όλα τα επίπεδα, ατομικό, νοικοκυριού, κοινότητας και εθνικό. Επίσης, το κατά πόσο επηρεάζει μια ασθένεια την οικονομία ή τα οικονομικά ενός ατόμου/οικογένειας διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες όπως το φύλο, την ηλικία και τη θέση του αρρώστου ή θανούντα στο νοικοκυριό, το κοινωνικοοικονομικό σύστημα και το

³⁵⁰ Βλ. Cordellier, S., (επιμ.), *Ο κόσμος τον 21^ο αιώνα: 80 κείμενα για να κατανοήσουμε τη νέα τάξη πραγμάτων*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1999 και Stevens, Ph., Director of Health Projects, “Diseases of poverty and the 10/90 Gap”, *International Policy Network*, November 2004.

³⁵¹ Βλ. UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* για τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/millenniumgoals/MDG2011_la_EN.pdf.

³⁵² Κυρίως της περιοχής της υποσαχάριας Αφρικής.

σύστημα παραγωγής της περιοχής, τη διαθεσιμότητα φυσικών πόρων, την παροχή επίσημων ή ανεπίσημων πηγών στήριξης.

Μια επιδημία, π.χ. ελονοσίας ή AIDS ή χολέρας κ.τ.λ., σε κάποια περιοχή παρεμποδίζει την εθνική και ατομική ευημερία. Για την καταπολέμηση τους καταναλώνονται αρκετοί οικονομικοί πόροι. Οι ασθένειες έχουν άμεσο και έμμεσο κόστος. Το άμεσο κόστος περιλαμβάνει ένα συνδυασμό προσωπικών και δημόσιων δαπανών τόσο για την πρόληψη όσο και για τη θεραπεία της νόσου. Οι προσωπικές δαπάνες αφορούν το κόστος της θεραπείας και των φάρμακων, το κόστος της μεταφοράς αρρώστου, τις αμοιβές γιατρών, επίσημες ή ανεπίσημες, είτε τις πρακτικές προφύλαξης από μια ασθένεια όπως την απόκτηση εντομοκτόνων και κουνουπιέρων στην περίπτωση της ελονοσίας. Οι δημόσιες δαπάνες περιλαμβάνουν τις δημόσιες δαπάνες περίθαλψης, το κόστος διατήρησης ιατρικών εγκαταστάσεων, τις δαπάνες έρευνας, την κοινωνική ασφάλιση των πολιτών κτλ. Στο έμμεσο κόστος μιας ασθένειας υπολογίζεται η απώλεια της παραγωγικότητας και της παραγωγής και το, λεγόμενο, διαφεύγον εισόδημα.

Η φύση, η σοβαρότητα και η διάρκεια των προβλημάτων υγείας και το κατά πόσο αυτό θα οδηγήσει σε διαρκή νοσηρότητα, αναπηρία, ανικανότητα ή θάνατο, επηρεάζουν το μέγεθος της απώλειας των οικονομικών πόρων. Μια παρατεταμένη ασθένεια μπορεί να εξαθλιώσει εντελώς τους ανθρώπους.³⁵³ Η θεραπεία μιας σοβαρής ασθένειας απαιτεί την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτικές υποδομές και τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους. Όταν για μια ασθένεια, η θεραπεία της είναι ιδιαίτερα δαπανηρή, είτε λόγω φαρμάκων, είτε λόγω μακροχρόνιας νοσηλείας ή λόγω επαναλαμβανόμενης διαδικασίας, το άμεσο και έμμεσο κόστος της μπορεί να επιφέρει σημαντική διαρροή εισοδημάτων και περιουσιακών στοιχείων μιας οικογένειας που είναι δύσκολο να ανακτηθούν.³⁵⁴ Οι αποταμιεύσεις των νοικοκυριών μειώνονται στην αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης αναγκάζοντας να κάνουν βουτιά στη μόνιμη φτώχεια. Παράδειγμα, μια έρευνα, στα τέλη της δεκαετίας του '90, έδειξε πως σε αγροτικές περιοχές της Τανζανίας, το 29% των νοικοκυριών που είχαν χάσει έστω και ένα μέλος από το AIDS αναγκάστηκε να

³⁵³ Το βάρος που επιφέρει μια οξεία ασθένεια σε φτωχά νοικοκυριά επιδεινώνεται όταν πρόκειται για μια ασθένεια σπάνια ή δύσκολα διαγνώσιμη και θεραπεύσιμη και σε υποβαθμισμένες κοινωνίες συναντάμε συχνά το φαινόμενο άνθρωποι να πεθαίνουν μυστηριωδώς.

³⁵⁴ Βλ. Grant, U., *Health and Poverty Linkages: Perspectives of the chronically poor*, Chronic Poverty Research Centre Working Paper No. 2008-09, February 2005.

πουλήσει την περιουσία του για να καλυφθούν τα έξοδα της υγειονομικής περίθαλψης.³⁵⁵ Οι ιδιαίτερα μεταδοτικές ασθένειες, όπως η φυματίωση και το HIV/AIDS, μπορεί να οδηγήσουν στη μετάδοση του ιού και τη μόλυνση των υπόλοιπων μελών ενός νοικοκυριού. Για παράδειγμα, σύμφωνα με έρευνες, στη Ζάμπια, η περίπτωση θανάτου ενός ατόμου σε ένα νοικοκυριό από τον ιό HIV είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει τα υπόλοιπα άτομα του ίδιου νοικοκυριού να πεθάνουν από την ίδια αιτία, έχουν 6 με 7 φορές περισσότερες πιθανότητες, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την οικονομική κατάσταση.³⁵⁶ Οι επιπτώσεις και το κόστος αυξάνονται όσο περισσότερα μέλη ασθενούν. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι δαπάνες ενός νοικοκυριού για την υγεία έρχονται σε καταστροφικό όριο όταν υπερβαίνουν το 40% του εισοδήματος. Το υψηλό κόστος νοσηλείας νοείται ως το βασικό αίτιο των καταστροφικών δαπανών.³⁵⁷ Επίσης, η επιτακτική ανάγκη φροντίδας του αρρώστου μπορεί να οδηγήσει και άλλο μέλος ενός νοικοκυριού να εγκαταλείψει την εργασία του μειώνοντας ακόμα περισσότερο τα έσοδα. Το αποτέλεσμα είναι ότι ασθένεια φτωχαίνει ακόμα περισσότερο τα ήδη φτωχά νοικοκυριά τα οποία βυθίζονται σε μια πορεία υποβάθμισης της κατάστασης της υγείας τους και της οικονομικής τους κατάστασης.

Αποτέλεσμα των επιδημιών μολυσματικών ή ενδημικών ασθενειών είναι τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας που απαντώνται συνήθως στις χώρες χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου. Σε νοικοκυριά που πλήττονται έστω και από ένα θάνατο από αρρώστια έχουν σημαντική διαφυγή οικονομικών πόρων. Η μεγάλη θνησιμότητα ενηλίκων, που επιφέρουν οι σοβαρές ασθένειες και επιδημίες αν δεν αντιμετωπιστούν, έχει σημαντική επίδραση και στις εθνικές οικονομίες, καθώς συνεπάγεται άμεση απώλεια παραγωγικότητας, μεταβολή της γονιμότητας και ελάττωση των κινήτρων για επενδύσεις σε ανθρώπινο και υλικό κεφάλαιο.³⁵⁸

³⁵⁵ Βλ. Ngalula, J., Urassa, M., Mwaluko, G., Isingo, R., Boerma, J., “Health service use and household expenditure during terminal illness due to AIDS in rural Tanzania”, *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 7, no 10, October 2002, σελ. 873–877.

³⁵⁶ Βλ. Gillespie, St., (ed.), *AIDS, Poverty, and Hunger: Challenges and Responses*, (Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security, Durban, South Africa, April 14–16, 2005), International Food Policy Research Institute, Washington, 2006.

³⁵⁷ Βλ. Xu, K., Evans, D., B., Kawabata, K., Zeramini, R., Klavus, J., Murray Ch. J. L., “Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis”, *The Lancet*, Vol. 362, 12 July 2003, p.111–117, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/health_financing/Lancet%20paper-catastrophic%20expenditure.pdf.

³⁵⁸ Βλ. Laxminarayan, R., Klein, E., Dye, Ch., Floyd, K., Darley, S., Adeyi, O., *Economic Benefit of Tuberculosis Control*, Policy Research Working Paper 4295, World Bank, August 2007, διαθέσιμο στην

Ο υποσιτισμός, τον οποίο έχει να αντιμετωπίσει σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού των αναπτυσσόμενων χωρών, σε συνδυασμό με τις σοβαρές ασθένειες όπως το AIDS καθιστούν τους ανθρώπους αδύναμους να κερδίσουν κάποιο εισόδημα. Τα άτομα που ζουν στα όρια της φτώχειας, που δεν έχουν κάποια σοβαρή εκπαίδευση, στηρίζονται συνήθως για την εργασία τους στη φυσική τους κατάσταση και ικανότητα και η ασθένεια, επομένως, συνεπάγεται άμεση μείωση των εσόδων τους.

Οι ασθένειες φέρνουν τη φτώχεια σε μια περιοχή αποδεκατίζοντας το ανθρώπινο κεφάλαιο. Αρκετές χώρες χάνουν ένα σημαντικό ποσοστό των νέων και της μέσης ηλικίας ενηλίκων που αποτελούν το παραγωγικότερο τμήμα πληθυσμού για την οικονομία. Καθώς τα μέλη του εργατικού δυναμικού μολύνονται, γίνονται ανίκανα να εργαστούν και επιφέρεται μείωση της παραγωγικότητας και της παραγωγής σε πολλούς οικονομικούς τομείς. Οι θάνατοι ενηλίκων σε παραγωγική ηλικία μπορεί να αποτελέσει υψηλότερη οικονομική επιβάρυνση για τις κοινωνίες. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου το διαφεύγον εισόδημα και η διαφεύγουσα παραγωγή είναι μεγαλύτερο από το άμεσο κόστος που επιφέρει στην οικονομία η επιδημία. Ιδιαίτερα τη δεκαετία του '90 είχε παρατηρηθεί ότι το έμμεσο κόστος του AIDS, λόγω υψηλής πρόωρης θνησιμότητας σε δημιουργικά άτομα ηλικίας μεταξύ 20 με 40 ετών, σε περιοχές που πλήττει περισσότερο ήταν ως και 4 με 5 φορές μεγαλύτερο από το άμεσο κόστος που επιφέρει.

Εξαιτίας της μόλυνσης ενός ατόμου και την έλλειψη του εισοδήματος που συνεπάγεται για την οικογένεια του, υπάρχει πιθανότητα να οδηγηθούν παιδιά στην εργασία³⁵⁹ καθώς και η επιστροφή ηλικιωμένων ατόμων στο εργατικό δυναμικό. Η απομάκρυνση των παιδιών από το σχολείο είναι και αυτός παράγοντας διαιώνισης της φτώχειας. Η απώλεια, επίσης, εργαζόμενων με δεξιότητες και εμπειρία μπορεί να επιβαρύνει το υπόλοιπο εργατικό δυναμικό με επιπλέον αντίκτυπο τη μείωση της παραγωγής. Η βαθμιαία συσσώρευση απωλειών ατόμων οδηγεί, εκτός της μείωσης των πόρων αλλά και σε μείωση των επιλογών για αντικατάσταση τους. Η σοβαρότητα δε της συνέπειας δεν εξαρτάται μόνο από τον αριθμό ατόμων που χάνονται ή μολύνονται αλλά επίσης από τις διαθέσιμες μετέπειτα επιλογές καθώς και από τους διαθέσιμους πόρους

ιστοσελίδα: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSCContentServer/WDSP/IB/2007/08/01/000158349_20070801103922/Rendored/PDF/wps4295.pdf.

³⁵⁹ Περίπου 111 εκατομμύρια παιδιών κάτω των 15 ετών βρίσκονται σε επικίνδυνες εργασίες. Βλ. <http://www.who.int/ceh/risks/labour/en/index.html>

για αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση. Μια επιδημία μπορεί να συμβάλλει στην επιβράδυνση της βελτίωσης της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού.

Σύμφωνα με το UNAIDS και τον International Organisation of Employers,³⁶⁰ σε περιοχές υψηλού ρυθμού μετάδοσης του ιού HIV, οι εταιρείες υπέφεραν από μείωση των κερδών τους. Από τη μια πλευρά, η παραγωγικότητα μειώνεται εξαιτίας των απουσιών και των θανάτων των εργαζομένων και από την άλλη, το κόστος παραγωγής αυξάνεται λόγω της απαραίτητης εναλλαγής του εργατικού δυναμικού και της ανάγκης κατάρτισης του νέου προσωπικού αλλά και της αύξησης των ιατρικών δαπανών και των ασφάλιστρων υγείας.³⁶¹

Στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, ιδιαίτερα οι φτωχότερες κοινωνικές ομάδες στηρίζονται στην αγροτική παραγωγή. Σε μια αγροτική οικονομία, η ασθένεια και ο θάνατος ατόμων απασχολούμενων στο γεωργικό τομέα σημαίνει μειωμένη γεωργική παραγωγή λόγω έλλειψης εργατικού δυναμικού και μειωμένης παραγωγικότητας καθώς και μια πιθανή απώλεια μεταφοράς γνώσεων μεταξύ των γενεών. Στην Κένυα, μεταξύ 1993-1997, η παραγωγή ζάχαρης μειώθηκε κατά 50% εξαιτίας της εξάπλωσης του HIV στο εργατικό δυναμικό σε περιοχές καλλιέργειας της. Στην Ταϊλάνδη, στις αρχές της δεκαετίας του 2000, υπολογιζόταν πως η επιδημία του AIDS είχε πλήξει το 1/3 των αγροτικών νοικοκυριών με αποτέλεσμα η αγροτική παραγωγή να μειωθεί κατά το ήμισυ.³⁶² Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε πρόβλημα διατροφικής ασφάλειας σε περιπτώσεις μεγάλων επιδημιών με πολλά κρούσματα ή ασθενειών όπως το AIDS που πρόκειται για ανίατη νόσος.³⁶³ Στην περίπτωση ενδημικών ασθενειών, οι οποίες βρίσκονται σε έξαρση συγκεκριμένες εποχές,³⁶⁴ η αυξημένη εποχιακή ευπάθεια συνδέεται με την ανικανότητα εργασίας σε

³⁶⁰ Βλ. International Organisation of Employers, UNAIDS, *Employers' handbook on HIV/AIDS. A guide for action*, Geneva, 2002.

³⁶¹ Ιδιαίτερα η άνοδος του κόστους των ιατρικών δαπανών οδήγησε αρκετές εταιρείες στις αναπτυσσόμενες χώρες να σταματήσουν τις κοινωνικές παροχές που παρείχαν ή να υποβαθμίσουν το επίπεδο τους.

³⁶² Βλ. ILO, *HIV/AIDS and the world of work*, Geneva, 2008.

³⁶³ Σύμφωνα με τον FAO, οι μεγάλες ασθένειες έχουν άμεσο και έμμεσο αντίκτυπο στην αγροτική ανάπτυξη και στην διατροφική ασφάλεια. Για αυτό ο Οργανισμός υποστηρίζει τους φορείς χάραξης πολιτικής και σχεδιασμού προγραμμάτων για την ένταξη του AIDS, της ελονοσίας και των άλλων μεγάλων ασθενειών σε προγράμματα και πολιτικές που αφορούν τα τρόφιμα, τη διατροφή και την γεωργία. Βλ. <http://www.fao.org/mdg/64628/en/>.

³⁶⁴ Στις αγροτικές περιοχές, ιδιαίτερα κατά την περίοδο έντονων βροχοπτώσεων, οι μεταδοτικές ασθένειες είναι ικανές να προσβάλλουν μεγάλο μέρος του τοπικού πληθυσμού. Για παράδειγμα, ο αγροτικός

συγκεκριμένες περιόδους με αποτέλεσμα σημαντικές περιοδικές απώλειες εσόδων, σε ατομικό και εθνικό επίπεδο. Όσον αφορά τις αγροτικές περιοχές, τα εποχιακά προβλήματα αποδοτικότητας έχουν ως συνέπεια τη μείωση παραγωγής κάποιων προϊόντων που μπορεί με τη σειρά του να συμβάλει στην έλλειψη τροφίμων. Μελέτη, το 2004, έδειξε ότι σε περιοχή της Ζάμπιας όπου υπάρχουν μικροκαλλιέργειες που παράγουν βαμβάκι και καλαμπόκι, ο θάνατος ενός μόνο αγρότη είναι ικανός για να μειωθεί η παραγωγή περίπου κατά 15%.³⁶⁵ Αντίθετα, στο Μπαγκλαντές,³⁶⁶ ύστερα από έλεγχο της ελονοσίας, η γεωργική παραγωγή αυξήθηκε κατά 15% καθώς οι αγρότες είχαν περισσότερη ενέργεια αλλά και χρόνο για να ασχοληθούν αποτελεσματικά.³⁶⁷

Η επικράτηση μιας επιδημίας αποτελεί παράγοντα αποθάρρυνσης για επενδύσεις είτε εσωτερικές είτε εξωτερικές, είτε ιδιωτικές είτε επιχειρηματικές και αυτό δημιουργεί πρόβλημα στην περαιτέρω ανάπτυξη μιας περιοχής. Λόγω της μεγάλης δαπάνης δημοσίων και ιδιωτικών πόρων υποβαθμίζεται η κάθε προσπάθεια για επένδυση και αποταμίευση. Η κερδοφορία και η ανάπτυξη των επιχειρήσεων κινδυνεύει και παρουσιάζονται πτωτικές τάσεις των αγορών. Οι ξένες επενδύσεις μειώνονται καθώς ποιος θα διακινδύνευε να επενδύσει τα χρήματα του σε μία χώρα που «νοσεί», γνωρίζοντας πόσο πολύ η κατάσταση επιβαρύνει την οικονομία και πώς τα κέρδη που επιθυμεί μάλλον θα γίνουν ζημίες, λόγω της μη οικονομικής ανάπτυξης της χώρας. Υπανάπτυξη λόγω της επικράτησης σοβαρών ασθενειών σε μία περιοχή, παρατηρείται και στον τομέα της τουριστικής βιομηχανίας καθώς υπάρχει απροθυμία των ταξιδιωτών να επισκεφτούν μια τέτοια περιοχή. Από την πλευρά των φτωχών νοικοκυριών που αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα κακής υγείας και θνησιμότητας, συνήθως υπάρχει, εκτός της ανεπάρκειας οικονομικών πόρων, και απροθυμία να προβούν σε μακροπρόθεσμες επενδύσεις ή αποταμίευσης. Για παράδειγμα, οι αγροτικές οικογένειες δεν θα ασχοληθούν με την επένδυση σε εξελιγμένα εργαλεία ή πρακτικές όπως πιο αποτελεσματικά συστήματα άρδευσης.

πληθυσμός της Αφρικής, είναι πιο επιρρεπής στην ελονοσία και τις γαστρεντερικές νόσους κατά την διάρκεια της εποχής των βροχοπτώσεων. Βλ. Grant, U., *Health and Poverty Linkages: Perspectives of the chronically poor*, Chronic Poverty Research Centre Working Paper No. 2008-09, February 2005.

³⁶⁵ Βλ. Larson, B., Hamazakaza, P., et al., *Morbidity, mortality, and crop production: an empirical study of smallholder cotton growing households in the central province of Zambia*, Boston Center for International Health and Development, Boston University of Public Health, 2004.

³⁶⁶ Προς τα τέλη της δεκαετίας του '90.

³⁶⁷ Βλ. Stevens, Ph., Director of Health Projects, "Diseases of poverty and the 10/90 Gap", *International Policy Network*, November 2004.

Μια επιδημία, εκτός του ότι μπλοκάρει την οικονομική ανάπτυξη ενός κράτους, καθιστά και την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών δυσκολότερη. Ασκείται ιδιαίτερη πίεση στα υγειονομικά και κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα της πολιτείας και η δημόσια διοίκηση και οι κοινωνικές υπηρεσίες αποσταθεροποιούνται. Δημιουργούνται επιπλέον ανάγκες και επαυξάνονται οι ανισότητες στην υγειονομική φροντίδα. Οι επιπρόσθετες πιέσεις στις οικονομίες των ήδη φτωχών χωρών αποτελούν ένα σημαντικό αποσταθεροποιητικό παράγοντα. Οι μεγάλες ασθένειες εμποδίζουν τη «σωστή λειτουργία» της κοινωνικής ζωής π.χ. σχολική φοίτηση. Υπάρχουν περιοχές, κυρίως στην υποσαχάρια Αφρική, οι οποίες έχουν επηρεαστεί σε πολύ μεγάλο βαθμό από τις επιδημίες που τις πλήττουν. Σε αυτές τις περιοχές κινδυνεύουν οι ίδιες οι δομές της κοινωνίας καθώς γιατροί και νοσοκόμες πεθαίνουν και μένουν χωρίς προσωπικό και ειδικούς τα νοσοκομεία, δάσκαλοι πεθαίνουν και μένουν κενά τα σχολεία,³⁶⁸ αγρότες πεθαίνουν και εκτάσεις γης μένουν ακαλλιέργητες, χωριά ερημώνουν και καταστρέφονται οικονομικά.³⁶⁹

Οι ασθένειες έχουν και ένα κρυφό κόστος. Το κόστος αυτό αφορά τη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, το κοινωνικό αποκλεισμό, το στιγματισμό και την απομόνωση που μπορεί να αντιμετωπίσει λόγω της ασθένειας. Όταν μια ασθένεια περιβάλλεται από το φόβο και το κοινωνικό στιγματισμό, αυξάνονται οι επιπτώσεις που επωμίζονται ο ασθενής και η οικογένειά του. Το AIDS, που είναι σύνηθες να ακολουθείται από κοινωνικό στιγματισμό και φόβο, ευθύνεται για τη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων στους φορείς του ιού λόγω της περιθωριοποίηση που αντιμετωπίζουν. Η καλή σωματική και ψυχική υγεία είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική παραγωγικότητα, την επιχειρηματικότητα και την κοινωνική ιδιότητα ενός πολίτη.³⁷⁰ Η κακή κατάσταση της υγείας μειώνει την ικανότητα απασχόλησης του ατόμου και σε συνδυασμό με το στιγματισμό του λόγω της ασθένειας, δυσκολεύει ιδιαίτερα την εύρεση εργασίας και αναγκάζει το άτομο να εξαρτάται περισσότερο από ανεπίσημες και περιστασιακές εργασίες όπου οι συνθήκες δεν είναι καλές επιτείνοντας έτσι και την κατάσταση της υγείας του αλλά και τη φτώχεια του. Οι συμπεριφορές διακρίσεων και

³⁶⁸ Σύμφωνα με τον ILO, το 2001, ένα εκατομμύριο παιδιά στην Αφρική έχασαν τους δασκάλους τους από το AIDS.

³⁶⁹ Βλ. www.poverty.com.

³⁷⁰ Βλ. Giddens, A., *Κοινωνιολογία*, εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 2002.

κοινωνικού αποκλεισμού μειώνουν, επίσης, την προθυμία του ασθενή να ζητήσει διάγνωση και θεραπεία.³⁷¹ Στην περιφέρεια της Λατινικής Αμερικής υπάρχει έντονος στιγματισμός για τους οροθετικούς με αποτέλεσμα να πλήττεται η οικονομική και κοινωνική τους θέση. Στη Χιλή και στο Περού, έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις που τα άτομα διώκονται από τις δουλειές τους, μόλις μαθευτεί ότι είναι φορείς του HIV ή δεν τους δέχονται σε νέες εργασίες.³⁷² Παρομοίως, στη Ρουάντα, το 65% των οροθετικών δηλώνει ότι έχει αντιμετωπίσει την απώλεια της εργασίας ή εισοδήματος και στην Κίνα, σε ένα σημαντικό ποσοστό φορέων έχουν αρνηθεί την πρόσληψη.³⁷³ Κοινωνική απομόνωση μπορεί να συναντήσουν και οι χώρες που μαστιζονται από επιδημίες ασθενειών και αυτό δημιουργεί σημαντικά οικονομικά προβλήματα.

Η σύνδεση μεταξύ ασθένειας και φτώχειας είναι ιδιαίτερα έντονη στην περίπτωση του AIDS και της ελονοσίας. Οι επιπτώσεις τους στην οικονομική ανάπτυξη είναι παγκόσμια αναγνωρισμένες και η καταπολέμηση τους αποτελεί μέρος των στρατηγικών μείωσης της φτώχειας.

Η επιδημία του AIDS είναι πολυδιάστατη με μακροχρόνια και σταδιακά φαινόμενα και αποτελεί σημαντικός παράγοντας υπανάπτυξης και επιφέρει σοβαρή επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών δεικτών ανάπτυξης.³⁷⁴ Αποτελεί μια παγκόσμια κρίση και το μέγεθος των επιπτώσεων της αποκαλύπτεται με το πέρασμα των χρόνων. Λόγω του μεγάλου αριθμού φορέων του ιού, οι επιπτώσεις που επιφέρει το AIDS εκτιμάται ότι θα είναι αισθητές για πολλά χρόνια ακόμα και αν η εξάπλωση του ιού σταματήσει

³⁷¹ Ο ΓΓ του ΟΗΕ, Ban Ki Moon, έχει δηλώσει ότι η κοινωνική ντροπή, που δημιουργεί ο στιγματισμός της ασθένειας του AIDS, οδηγεί πολλούς ανθρώπους να μην προβούν σε διαγνωστικές εξετάσεις και είναι ένας βασικός παράγοντας που το AIDS συνεχίζει να καταστρέφει πολλές κοινωνίες στον κόσμο. Βλ. Ban, K. M., "The stigma factor", *Washington Times*, 6 August 2008, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.washingtontimes.com/news/2008/aug/06/the-stigma-factor/>

³⁷² Στο Μεξικό, επίσης, υπάρχουν πολλές καταγγελίες πως τα άτομα με AIDS δέχονται διακρίσεις και ως προς την υγειονομική περίθαλψη. Βλ. Aggleton, P., Parker, R., Maluwa, M., *Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*, Sustainable Development Department, Inter-American Development Bank, February 2003, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=354523> και Lama, A., *Health-Peru: Fighting AIDS Discrimination*, 13 December 2000, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://ipsnews.net/news.asp?idnews=82849>.

³⁷³ Βλ. UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf.

³⁷⁴ Βλ. Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010.

εντελώς.³⁷⁵ Το 2000,³⁷⁶ η Παγκόσμια Τράπεζα είχε χαρακτηρίσει το AIDS ως αναπτυξιακή κρίση.³⁷⁷ Σκοτώνοντας, ετησίως, εκατομμύρια ανθρώπους στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως στις υποσαχάριες, το AIDS από μόνο του αποτελεί απειλή για τις οικονομίες, τις κοινωνικές δομές και την πολιτική σταθερότητα ολόκληρων κοινωνιών. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, που έλαβε χώρα στο Κάιρο, στις 3 και 4 Απριλίου του 2000,³⁷⁸ είχε δηλώσει πως αναγνώριζε ότι «η πανδημία του AIDS δεν συνιστά πλέον μόνο υγειονομικό πρόβλημα αλλά και σοβαρή απειλή για την ανάπτυξη».³⁷⁹ Υπολογίζεται πως, σε περιοχές με μεγάλη έξαρση του, το AIDS ευθύνεται για τη συρρίκνωση του ΑΕΠ έως και 1,5%.³⁸⁰ Οι συνέπειες της μάστιγας του AIDS είναι εμφανείς σε όλους τους τομείς της κοινωνίας και τις μεγαλύτερες τις συναντάμε στην Αφρική. Το AIDS και η φτώχεια αλληλοτροφοδοτούνται και αλληλοενισχύονται.

Το AIDS πλήττει δυσανάλογα τις πλέον παραγωγικές κοινωνικές ομάδες και στερεί το πιο παραγωγικό τμήμα του εργατικού δυναμικού καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό φορέων είναι ηλικίας μεταξύ 15 με 49 ετών.³⁸¹ Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο νοικοκυριού που συσχετίζονται από την απώλεια εργασίας λόγω του AIDS.³⁸² Κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, δημιουργεί τεράστια μάζα ορφανών που το μέλλον τους συνήθως διαγράφεται μέσα στη φτώχεια. Απαιτείται μεγάλη δαπάνη δημοσίων και ιδιωτικών πόρων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των φορέων και για αντιμετώπιση των αναγκών του πολυάριθμων ορφανών εξαιτίας του.

³⁷⁵ Βλ. Gillespie, St., (ed.), *AIDS, Poverty, and Hunger: Challenges and Responses*, (Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security, Durban, South Africa, April 14–16, 2005), International Food Policy Research Institute.

³⁷⁶ Περίοδο όπου ακόμα δεν υπήρχαν εντατικές και στοχευμένες παγκόσμιες δράσεις για την καταπολέμηση του AIDS και σχεδόν κανείς από αυτούς με τον ιό HIV στον αναπτυσσόμενο κόσμο δεν λάμβανε αντιρετροϊκή θεραπεία.

³⁷⁷ Βλ. <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/hivaids/>.

³⁷⁸ Υπό την αιγίδα των African Economic Community (AEC) και Ευρωπαϊκής Ένωσης.

³⁷⁹ Βλ. Διακήρυξη του Καΐρου, παράγραφος 95 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=PRES/00/901&format=HTML&aged=1&language=EL&guiLanguage=en>.

³⁸⁰ Βλ. Bell, C., Devarajan, S., Gersbach, H., *The Long-run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa*, World Bank Policy Research Working Paper 3152, World Bank, Washington, 2003.

³⁸¹ Νέοι και μόνες γυναίκες διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης.

³⁸² Βλ. Gillespie, St., (ed.), *AIDS, Poverty, and Hunger: Challenges and Responses*, (Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security, Durban, South Africa, April 14–16, 2005), International Food Policy Research Institute.

Το γεγονός ότι το AIDS ευθύνεται για τη μόλυνση και το θάνατο ενός μεγάλου ποσοστού νεαρών ενηλίκων, δημιουργεί ένα μακροπρόθεσμο οικονομικό κόστος καθώς δυσκολεύει την μετάδοση των γνώσεων και των δεξιοτήτων στις νέες γενιές. Τα παιδιά των θυμάτων της ασθένειας, αλλά και οποιασδήποτε άλλης ασθένειας ή επιδημίας, είναι πολύ πιθανόν να αποκτήσουν ελάχιστη εκπαίδευση και με τη σειρά τους, δεν θα είναι σε θέση να επενδύσουν στην εκπαίδευση των δικών τους παιδιών. Στο γενικότερο πλαίσιο μιας χώρας, η αποτυχία ανάπτυξης των γνώσεων είναι πιθανόν να οδηγήσει σε μια μακροπρόθεσμη κατάρρευση του ανθρώπινου κεφαλαίου και της παραγωγικότητας.³⁸³

Το AIDS επηρεάζει, σημαντικά, τους δείκτες θνησιμότητας και το προσδόκιμο ζωής. Για κάθε 1% των ενηλίκων που νοσούν από AIDS, σημαίνει τη μείωση του προσδοκώμενου ορίου ζωής κατά ένα χρόνο περίπου. Έντεκα χώρες της ομάδας των EAX, κυρίως αφρικανικές χώρες, παρουσίασαν μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά την δεκαετία του '90 και ο ένας κύριος λόγος ήταν το AIDS.³⁸⁴

Σχετικά με το οικονομικό κόστος της ελονοσίας, η ασθένεια έχει χαρακτηριστεί από τον ΟΗΕ ως και οικονομική καταστροφή για τις χώρες όπου ενδημεί.³⁸⁵ Μπορεί οι εκτιμήσεις και οι αξιολογήσεις να διαφέρουν, όμως, όλα δείχνουν ότι οι χώρες που πλήττονται ιδιαίτερα από τη συγκεκριμένη ασθένεια είναι χώρες χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου και με αργή οικονομική ανάπτυξη.³⁸⁶ Για παράδειγμα, τα μόνα μέρη της Αφρικής που είναι απαλλαγμένα από την ελονοσία είναι το βόρειο και το νότιο μέρος της και συμβαίνει στις δυο αυτές περιοχές να βρίσκονται τα πιο εύπορα και ανεπτυγμένα κράτη της ηπείρου. Η ελονοσία επηρεάζει την υγεία και τον πλούτο των εθνών και των ιδιωτών έχοντας σημαντικό και μετρήσιμο άμεσο και έμμεσο κόστος και έχει αποδειχθεί πως είναι σημαντικό εμπόδιο στην οικονομική ανάπτυξη. Έχει παρατηρηθεί ότι η ανάπτυξη του κατά κεφαλήν εισοδήματος, μεταξύ 1965-1990, για τις χώρες με σοβαρή ενδημία ήταν 5 φορές μικρότερη από τις υπόλοιπες χώρες. Μάλιστα, την συγκεκριμένη περίοδο, σε περισσότερες χώρες από το 1/3 των ενδημικών χωρών υπήρξε αρνητικός

³⁸³ Βλ. Waelkens, M.P., Soors, W., Bart, Cr., *The role of social health protection in reducing poverty: the case of Africa*, International Labour Office, Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (STEP) Programme, 2005.

³⁸⁴ Ο άλλος λόγος είναι οι βίαιες συρράξεις. Βλ. Moser, G., Toshihiro, I., *Economic Growth and Poverty Reduction in Sub-Saharan Africa*, IMF Working Paper, African Department, August 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2001/wp01112.pdf> και www.unicef.gr/poverty.php.

³⁸⁵ Βλ. <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF5c-malaria-F.pdf>.

³⁸⁶ Βλ. Παράρτημα III, εικόνα 3.

ρυθμός ανάπτυξης του κατά κεφαλήν εισοδήματος.³⁸⁷ Χάνονται πολλές εργάσιμες ημέρες και αυτό επηρεάζει την παραγωγή, δημιουργεί ανάγκη κινητικότητας και μετανάστευσης του εργατικού δυναμικού, οδηγεί στην απώλεια ξένων επενδύσεων και των ευκαιριών για ανάπτυξη έργων π.χ. υποδομής.³⁸⁸ Για την περίπτωση των υποδομών, χαρακτηριστικό παράδειγμα της επίδρασης της ελονοσίας στο εργατικό δυναμικό αφορά στο χτίσιμο της Διώρυγας του Παναμά, 1905-1910, που δεν θα είχε επιτευχθεί χωρίς την εφαρμογή των προγραμμάτων ελέγχου της ελονοσίας.³⁸⁹ Η συγκεκριμένη ασθένεια έχει σημαντικό οικονομικό αντίκτυπο στις χώρες που προσβάλλει. Η ετήσια οικονομική ανάπτυξη των χωρών με υψηλά επίπεδα ενδημίας είναι χαμηλότερη από την ανάπτυξη των χωρών χωρίς ελονοσία και το χάσμα μεταξύ της ευημερίας των αναπτυσσόμενων οικονομιών με ελονοσία και αυτών χωρίς διευρύνεται κάθε χρόνο. Εξαιτίας της, υπάρχει σημαντική μείωση της παραγωγικότητας που εκτιμάται σε δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Η Ζάμπια κατάφερε να γίνει ο μεγαλύτερος παραγωγός χαλκού στην Αφρική, όταν εφάρμοσε ένα πρόγραμμα ελέγχου της ελονοσίας.³⁹⁰ Προηγουμένως, η χώρα αντιμετώπιζε απώλειες εκατομμυρίων δολαρίων στον τομέα αυτό από τη χαμηλή παραγωγικότητα εξαιτίας των πολλών χαμένων εργάσιμων ημερών και των θανάτων των εργατών από την ελονοσία. Οι βελτιωμένες συνθήκες εργασίας, επίσης, προσελκύσαν και μετανάστες εργάτες από ένα ευρύ γεωγραφικό φάσμα που οδήγησε στην άνοδο του εργατικού δυναμικού στον τομέα της μεταλλουργίας της Ζάμπιας.³⁹¹

Σύμφωνα με τους οικονομολόγους, η ελονοσία είναι υπεύθυνη για επιβράδυνση της ανάπτυξης έως και 1,3% σε ορισμένες αφρικανικές χώρες όπου είναι ενδημική. Με το πέρασμα των χρόνων, η επιβράδυνση αυτή οδηγεί σε σημαντικές διαφορές ως προς το ΑΕΠ μεταξύ των χωρών με και χωρίς ελονοσία και συγκρατεί σημαντικά την ανάπτυξη

³⁸⁷ Βλ. Gallup, J., Sachs, J., “The economic burden of malaria”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.ajtmh.org/content/64/1_suppl/85.full.pdf+html.

³⁸⁸ Βλ. Gallup, J., Sachs, J., “The economic burden of malaria”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.ajtmh.org/content/64/1_suppl/85.full.pdf+html.

³⁸⁹ Βλ. http://www.cdc.gov/malaria/about/history/panama_canal.html

³⁹⁰ Την περίοδο του 1930-1950.

³⁹¹ Βλ. Utzinger, J., Tozan, Y., Doumani, F., Singer, B.H., “The economic payoffs of integrated malaria control in the Zambian copperbelt between 1930 and 1950”, *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 7, Issue 8, 2002, σελ 657-677.

ολόκληρης της περιοχής.³⁹² Μια μείωση κατά 10% των κρουσμάτων της επιδημίας είναι ικανό να αυξήσει το ρυθμό ανάπτυξης κατά 0,3%.³⁹³

Η φυματίωση αποτελεί μια έκτακτη επιβάρυνση για όσους έχουν προσβληθεί από αυτήν, για τις οικογένειες τους, την κοινότητα και τον κρατικό προϋπολογισμό.³⁹⁴ Το άμεσο κόστος της θεραπείας της φυματίωσης είναι ιδιαίτερα σημαντικό και συνήθως αφορά το 8-20% του ετήσιου εισοδήματος των νοικοκυριών που έχει προσβάλλει.³⁹⁵ Η πιο καταστροφική επίπτωση της φυματίωσης είναι ο θάνατος που επέρχεται αν δεν υπάρχει κάποια θεραπεία και όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, η θνησιμότητα του παραγωγικού ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση για την κοινωνία.

Οι διάφορες τροπικές ασθένειες που είναι ενδημικές στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου λόγω κλίματος, επηρεάζουν ιδιαίτερα τον αγροτικό πληθυσμό. Μπορούν να καταστήσουν ολόκληρες περιοχές μη ελκυστικές για ανάπτυξη γεωργικών ασχολιών και εγκατάσταση και υπάρχουν περιπτώσεις έχουν προκαλέσει μαζική φυγή πληθυσμών από εύφορες περιοχές καθώς το κόστος των πολλών κρουσμάτων ήταν υπερβολικά υψηλό για την οικονομική επιβίωση των τοπικών κοινοτήτων.

2. ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Σίγουρα, η φτώχεια δεν δημιουργείται μόνο από την επιδημία του AIDS ή των άλλων ασθενειών. Αντίστοιχα, στην περίπτωση των ενδημικών ασθενειών, οι εν λόγω ασθένειες δεν μπορούν να συνδεθούν μεμονωμένα με τη φτώχεια καθώς η εμφάνιση τους οφείλεται κυρίως σε γεωγραφικούς και κλιματικούς παράγοντες. Ούτε το AIDS κάνει «διακρίσεις» μεταξύ φτωχών και πλουσίων. Εντούτοις, φαίνεται πως υπάρχει σχέση μεταξύ τους καθώς οι πολύ σημαντικές μολυσματικές και θανατηφόρες ασθένειες,

³⁹² Βλ. http://www.rollbackmalaria.org/cmc_upload/0/000/015/363/RBMInfosheet_10.html.

³⁹³ Βλ. Sachs, J., *Macroeconomics and health: Investing in health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Geneva, WHO, 2001.

³⁹⁴ Η επίπτωση της φυματίωσης στον τεχνολογικά και οικονομικά ανεπτυγμένο κόσμο είναι ιδιαίτερα μικρή.

³⁹⁵ Βλ. Laxminarayan, R., Klein, E., Dye, Ch., Floyd, K., Darley, S., Adeyi, O., *Economic Benefit of Tuberculosis Control*, Policy Research Working Paper 4295, World Bank, August 2007, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSCContentServer/WDSP/IB/2007/08/01/000158349_20070801103922/RendeRed/PDF/wps4295.pdf.

επιδεινώνουν την οποιαδήποτε οικονομική κατάσταση και εξίσου μια κατάσταση υπανάπτυξης φαίνεται να επηρεάζει την επικράτηση και το ρυθμό εξάπλωσης των ασθενειών. Ουσιαστικά, η πλειοψηφία των ασθενειών, μεταδοτικών ή μη μεταδοτικών, προσβάλλει και τις πλούσιες χώρες και τις φτωχές εξίσου. Η διαφορά έγκειται στον τρόπο και στα μέσα που αντιμετωπίζονται αυτές.

Η διατήρηση και διασφάλιση της καλής κατάστασης της υγείας σε μια χώρα δίνει τρόπους διαφυγής από τη φτώχεια αφού «υπόσχεται» υψηλότερη παραγωγικότητα, άνοδο του μορφωτικού επιπέδου, ανάπτυξη περισσότερων ατομικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων, βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου, υψηλότερα ποσοστά εγχώριων και ξένων επενδύσεων και καλύτερο δημογραφικό περιβάλλον.

Από την άλλη πλευρά, η εύρεση οικονομικών πόρων και η σωστή διαχείριση τους οδηγεί στη προαγωγή και εξασφάλιση καλύτερου βιοτικού επιπέδου και του επιπέδου της υγείας του ατόμου και του συνόλου της κοινωνίας.

Είναι σημαντικό να υπάρχει κινητοποίηση εγχώριων πόρων για την υγεία. Σε πολλές περιπτώσεις, οι κυβερνήσεις δεν μοιράζουν τους εθνικούς τους πόρους σύμφωνα με τις βασικές ανάγκες του πληθυσμού. Για παράδειγμα, ειδικά αυταρχικά καθεστώτα κάποιων αναπτυσσόμενων χωρών δαπανούν περισσότερους δημόσιους πόρους για το στρατό και πολύ λιγότερους για την υγεία. Τέτοιες τακτικές είναι καταστροφικές καθώς συχνά οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας είναι ασύμμετρες με τις ανάγκες του πληθυσμού και ειδικότερα, των φτωχότερων ομάδων.

Έχει παρατηρηθεί πως σε χώρες που γνωρίζουν κάποια οικονομική ανάπτυξη και εφαρμόζουν επιτυχημένες στρατηγικές μείωσης της φτώχειας, υπάρχουν συνήθως βελτιώσεις στο βιοτικό επίπεδο, όπως πρόσβαση στην εκπαίδευση, υγειονομική περίθαλψη, άνοδος εισοδημάτων των φτωχών, πρόσβαση σε πόσιμο νερό. Από την άλλη, η βελτίωση της κοινωνικής προστασίας μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της φτώχειας και στην προώθηση της αειφόρου ανάπτυξης. Η ανάπτυξη της κοινωνικής προστασίας για την υγεία και η διευκόλυνση στην πρόσβαση για περίθαλψη ενδέχεται να αυξήσει τα ποσοστά συμμετοχής των ανθρώπων στην αγορά εργασίας με αποτέλεσμα να βελτιωθεί το εισόδημα τους και κατ' επέκταση να προωθηθεί η οικονομική ανάπτυξη.³⁹⁶ Χώρες που

³⁹⁶Βλ. Waelkens, M.P., Soors, W., Bart, Cr., *The role of social health protection in reducing poverty: the case of Africa*, International Labour Office, Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (STEP) Programme, 2005.

κατάφεραν να ελέγξουν και να μετριάσουν την επιδημία της ελονοσίας παρουσιάζονται να έχουν, έπειτα, γρηγορότερη οικονομική ανάπτυξη από τις γειτονικές τους χώρες που δεν έχουν αντιμετωπίσει επαρκώς το πρόβλημα.³⁹⁷

Κρατώντας, για παράδειγμα, μέσω της απαραίτητης θεραπείας, το οροθετικό άτομο ενεργό και παραγωγικό εξασφαλίζεται ότι μπορεί να συμβάλει και αυτό στο οικογενειακό εισόδημα. Προσφέροντας στο φτωχό και ευάλωτο πληθυσμό καλύτερα μέσα διαχείρισης και αντιμετώπισης φυσικών και ανθρωπογενών κινδύνων, τον βοηθάμε να προστατεύσει τα προς τα ζην του και την ίδια στιγμή, παρέχοντας του ένα ασφαλέστερο περιβάλλον, του δίνεται η ευκαιρία και η δυνατότητα να δραστηριοποιηθεί σε οικονομικές δραστηριότητες, ίσως και ριψοκίνδυνες αλλά με μεγαλύτερες αποδόσεις.

Οι επενδύσεις στην υγεία, όπως οι επενδύσεις στην παιδεία και το περιβάλλον, έχουν και υψηλά ποσοστά απόδοσης και συμβάλλουν στη μείωση της φτώχειας αποτελώντας ένα μέσο επιτάχυνσης για την ανάπτυξη. Παράδειγμα, η προσφορά και διανομή κουνουπιέρων σε χώρες που πλήττονται από ελονοσία, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια καλή οικονομική επένδυση καθώς λόγω της ελονοσίας υπάρχει σημαντική μείωση της παραγωγικότητας που εκτιμάται σε δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, ενώ το κόστος της κουνουπιέρας είναι μηδαμινό.

Η προώθηση μιας βιώσιμης ανάπτυξης βελτιώνει την πρόοδο στον τομέα της υγείας χάρη στην ικανότητα της να μειώνει την εισοδηματική φτώχεια και να επιτρέπει να υπάρχουν περισσότερες κοινωνικές δαπάνες υπέρ των φτωχών.³⁹⁸ Αντίστοιχα, η οικονομική ανάπτυξη και η μείωση της φτώχειας είναι πιθανόν να αυξήσουν τη ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες και εκπαίδευση, βελτιώνοντας τις πιθανότητες για την επίτευξη και αυτών των στόχων.

Οι δράσεις ενός κράτους για τη βελτίωση του τομέα της υγείας μπορούν άμεσα να χρησιμοποιηθούν και ως δράσεις για την καταπολέμηση της φτώχειας. Παράδειγμα, η ενίσχυση ή η αποκέντρωση των υγειονομικών συστημάτων θα οδηγήσει στην αύξηση του προσωπικού με αποτέλεσμα περισσότερα άτομα να αποκτήσουν θέσεις εργασίας.

³⁹⁷ Βλ. Gallup, J., Sachs, J., “The economic burden of malaria”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.ajtmh.org/content/64/1_suppl/85.full.pdf+html.

³⁹⁸ Βλ. World Bank, *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*, Chapter 3. διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20194762~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>

Παρόμοια, με την ανάπτυξη υποδομών απαραίτητων για την υγειονομική ασφάλεια των πολιτών, όπως αποχετεύσεις, εγκαταστάσεις για πόσιμο νερό, αποξήρανση ελών, δίνεται η δυνατότητα σε ένα κομμάτι του εργατικού δυναμικού της εκάστοτε χώρας να αντιμετωπίσει, έστω και παροδικά, την εισοδηματική του φτώχεια.

Η οικονομική μεγέθυνση ενός κράτους βοηθάει στην αύξηση των εισοδημάτων αλλά ταυτόχρονα, προσφέρει στο κράτος τους απαραίτητους πόρους, το οποίο αν επιθυμεί να γνωρίσει μια μακροχρόνια ανάπτυξη, οφείλει να τους κατευθύνει προς την ενίσχυση των κοινωνικών παραγόντων, όπως η υγεία και η εκπαίδευση στοχεύοντας, δηλαδή, στην ανθρώπινη ανάπτυξη.³⁹⁹ Με αυτόν τον τρόπο, συμβάλλει στην ενίσχυση της ατομικής και κατ'επέκταση εθνικής ευημερίας.

³⁹⁹ Η Ιαπωνία, για παράδειγμα, διαφέρει σημαντικά ως προς την ανάπτυξη της από τις υπόλοιπες ασιατικές χώρες. Η διαφορά έγκειται ότι, από την αρχή της αναπτυξιακής πορείας της, ήδη από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, η συγκεκριμένη χώρα έδωσε έμφαση και επένδυσε στην ανθρώπινη ανάπτυξη.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Αφρική είναι μια ήπειρος που υστερεί αναπτυξιακά σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο. Ιδιαίτερα η περιοχή της Υποσαχάριας Αφρικής ήταν και συνεχίζει να είναι γεωγραφικά καταδικασμένη σχετικά με την ανάπτυξη της καθώς η έρημος Σαχάρα, που βρίσκεται από πάνω της, την απέκοβε και περιόρισε σημαντικά τις επαφές της με τους ανεπτυγμένους λαούς της Μεσογείου και της Ευρώπης. Επίσης, οι δυο ωκεανοί που την περικλείουν ο Ατλαντικός και ο Ινδικός, για αιώνες κατέστησαν δύσκολη την ανάπτυξη σχέσεων με άλλους πολιτισμούς. Τα εμπόδια στις επαφές της με τον υπόλοιπο κόσμο έχουν οικονομικές και πολιτιστικές συνέπειες που φαίνονται μέχρι σήμερα.⁴⁰⁰ Στην προαποικιακή εποχή υπήρχαν τρεις λόγοι που η ανάπτυξη της Αφρικής υστερούσε από αυτήν της Ευρασίας. Πρώτον, οι κάτοικοι της ηπείρου είχαν λιγότερη πρόσβαση σε φυσικούς πόρους όπως εύφορες εκτάσεις, ζώα που μπορούν να εξημερωθούν και καλλιεργήσιμα φυτά. Δεύτερον, έχει παρατηρηθεί ότι υπήρχε δυσκολία στη μεταφορά και διάδοση των γνώσεων. Επίσης, ένας τρίτος λόγος ήταν ο αρκετά μικρός πληθυσμός σε σύγκριση με την έκταση της ηπείρου δημιουργώντας επικοινωνιακές δυσκολίες και στο εσωτερικό της Υποσαχάριας Αφρικής, που συνεχίζουν να υπάρχουν μέχρι σήμερα.⁴⁰¹

Γεωγραφικά πιο ευνοημένη περιοχή της Υποσαχάριας Αφρικής, με τα πιο γόνιμα εδάφη, είναι η ισημερινή δυτική Αφρική, όπου βρίσκονται τα κράτη της Νιγηρίας και της Γκάνας και αποτελούσαν δυο από τα μεγαλύτερα κράτη της προ αποικιακής εποχής.

Από όλες τις περιοχές του κόσμου, η υποσαχάρια Αφρική είναι αυτή με τα χαμηλότερα κατά κεφαλήν εισοδήματα, το μικρότερο προσδόκιμο ζωής και την υψηλότερη θνησιμότητα.⁴⁰² Στην περιοχή αυτή, βρίσκονται οι 33 από 48 ελάχιστα αναπτυγμένες χώρες του κόσμου.

⁴⁰⁰ Βλ. Σωτηρόπουλος, Δ. Α., Χουλιάρης, Α., Ρούσσος, Σ., Σκλιάς, Π., *Ο τρίτος κόσμος: πολιτική, κοινωνία, οικονομία, διεθνείς σχέσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2005.

⁴⁰¹ Βλ. Diamond, J., *Όπλα, μικρόβια και ατσάλι. Οι τύχες των ανθρώπινων κοινωνιών*, εκδ. Κάτοπτρο, Αθήνα, 2006.

⁴⁰² Βλ. Sachs, J.D., McArthur, J.W., Schmidt-Traub, G., Kruk, M., Bahadur, C., Faye, M., McCord, G., “Ending Africa’s Poverty Trap”, *Brookings Papers on Economic Activity*, 1, 2004, σελ.117-240.

Όσον αφορά στους αναπτυξιακούς στόχους της χιλιετίας, είναι αναμενόμενο ότι η υποσαχάρια Αφρική, αν και έχει προοδεύσει σε αρκετούς από τους αυτούς, δεν θα καταφέρει να τους εκπληρώσει μέχρι το 2015. Γενικά, στην περίπτωση της, ένας αναπτυξιακός στόχος δεν μπορεί να επιτευχθεί ανεξάρτητα από τους άλλους. Η περιοχή απέχει πολύ από την εκπλήρωση του πρώτου στόχου για την εξάλειψη της ακραίας φτώχειας ενώ, αντιθέτως, παρουσιάζει σταθερή πρόοδο στην καταπολέμηση των μεγάλων ασθενειών, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα και σε αυτόν τον τομέα. Οι δύο αυτοί στόχοι θα παρουσιαστούν αναλυτικότερα παρακάτω. Σχετικά με το στόχο για την πρόσβαση στην εκπαίδευση, τα ποσοστά έχουν αυξηθεί από το 1990 κατά 18 ποσοστιαίες μονάδες αλλά, ακόμα, η υποσαχάρια Αφρική αντιπροσωπεύει το 50% των παιδιών⁴⁰³ που δεν πάνε σχολείο παγκοσμίως. Η Μαδαγασκάρη, το Μπουруντί, η Ρουάντα, η Σαμόα, το Σάο Τόμε και Πρίνσιπε, η Τανζανία και το Τόνγκο έχουν πετύχει ή βρίσκονται στο δρόμο άμεσης επίτευξης του στόχου της καθολικής πρόσβασης στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Σε άλλες οκτώ χώρες, την Αιθιοπία, τη Γουινέα, το Μαλί, τη Μοζαμβίκη, το Μπενίν, τη Μπουρκίνα-Φάσο, το Μπουτάν και το Νίγηρα, τα ποσοστά φοίτησης αυξήθηκαν περισσότερο από 25%. Ωστόσο, η περιοχή βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις της παγκόσμιας κατάταξης για την εγγραφή των κοριτσιών στις διάφορες εκπαιδευτικές βαθμίδες. Αναφορικά με τον τέταρτο στόχο, η υποσαχάρια Αφρική απαριθμεί τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας. Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΗΕ, το 2009, 1 παιδί στα 8 πέθανε πριν τα πέντε του χρόνια. Το ποσοστό αυτό είναι το διπλάσιο του μέσου όρου των αναπτυσσόμενων χωρών και 18 φορές μεγαλύτερο από αυτό του ανεπτυγμένου κόσμου. Στα ίδια επίπεδα βρίσκεται και η μητρική θνησιμότητα, αν και έχει σημειωθεί κάποια σταδιακή μείωση. Μηδαμινή μείωση υπάρχει στο ποσοστό των υποσιτιζόμενων παιδιών, από 27% το 1990 έγινε 22% το 2009. Αντίθετα, πρόοδος υπάρχει στην πρόσβαση σε πόσιμο νερό με σχεδόν διπλασιασμό των ατόμων από 252 εκατομμύρια το 1990 σε 492 εκατομμύρια το 2009 και αντιστοιχούν στο 60% του πληθυσμού. Εν κατακλείδι, η υποσαχάρια Αφρική έχει να αντιμετωπίσει, ακόμα, πολλές προκλήσεις για την εξέλιξη της.⁴⁰⁴

⁴⁰³ Περίπου 32 εκατομμύρια παιδιά.

⁴⁰⁴ Βλ. UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* για την υποσαχάρια Αφρική, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/pr_afrique_sub.pdf

2. ΑΠΟΚΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ

Αναφορικά με το κατά πόσο επηρέασε η αποικιοκρατία την εξέλιξη και την αναπτυξιακή πορεία της Αφρικής, οι γνώμες διίστανται. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η περιοχή γνώρισε μακροχρόνιες και σημαντικές επιπτώσεις από την αποικιοκρατία και άλλοι μελετητές που θεωρούν πως τα σημερινά κράτη της Αφρικής συνεχίζουν την πορεία τους όπως ήταν στην προ αποικιακή περίοδο.⁴⁰⁵ Επίσης, κάποιοι άλλοι μελετητές σημειώνουν πως η αποικιοκρατία βοήθησε, εν μέρει, στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ ανεπτυγμένου κόσμου και τα υπόλοιπα κράτη.

Την περίοδο της αποικιοκρατίας, οι αποικιακές οικονομίες βασίζονταν στις εξαγωγές δημιουργώντας ένα είδος εξάρτησης για τις χώρες που τις χαρακτηρίζει μέχρι σήμερα. Οι αποικιακές αρχές προώθησαν τις μονοκαλλιέργειες, όπως βαμβάκι και κακάο, ανάλογα με τις ανάγκες που ήθελαν να καλύψουν. Το γεγονός ότι είχαν τον απόλυτο έλεγχο της αγοράς και της πώλησης απέφερε ως αποτέλεσμα τραγικές συνέπειες για την οικονομία των αφρικάνικων κρατών με αντίκτυπο μέχρι και σήμερα. Από τη μια, μειώθηκε η παραγωγή παραδοσιακών ειδών διατροφής και από την άλλη, επειδή οι οικονομίες της περιοχής στηρίζονταν ουσιαστικά εξ ολοκλήρου στις εξαγωγές ήταν ιδιαίτερα ευάλωτες στις διακυμάνσεις των διεθνών τιμών αυτών των προϊόντων. Επίσης δημιουργήθηκαν έντονες οικονομικές ανισότητες ανάμεσα σε περιφερειακές ομάδες. Η οικονομική εξάρτηση των αφρικανικών κρατών με τις αποικιακές αρχές δημιούργησε εμπόδια στην αναπτυξιακή πρόοδο τους μετά την ανεξαρτησία τους.⁴⁰⁶

Εκτός από τις οποίες οικονομικές επιπτώσεις μπορεί να είχε η αποικιοκρατία για τα αφρικανικά κράτη, υπήρχαν εξίσου σημαντικές πολιτικές επιπτώσεις. Η αυθαίρετη χάραξη εθνικών αφρικανικών συνόρων από τους Ευρωπαίους και η ταξινόμηση των ντόπιων κατοίκων σε φυλές δημιουργώντας αυστηρούς διαχωρισμούς που ήταν ξένοι

⁴⁰⁵ Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, οι μελετητές από την πλευρά του αναπτυσσόμενου κόσμου υποστηρίζουν ότι από η υπανάπτυξη του Τρίτου κόσμου οφείλεται καθαρά στην εκμετάλλευση που έχουν υποστεί οι τριτοκοσμικές χώρες από τις αναπτυγμένες οι οποίες για να φθάσουν στο επίπεδο που είναι σήμερα βασίστηκαν μεταξύ άλλων στην εκμετάλλευση αυτών των χωρών. Από την πλευρά του Δυτικού κόσμου, οι μελετητές θεωρούν ότι η υπανάπτυξη των χωρών του αναπτυσσόμενου κόσμου έχει τις ρίζες της στην προ-αποικιακή εποχή. Βλ. Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010.

⁴⁰⁶ Βλ. Σωτηρόπουλος, Δ. Α., Χουλιάρης, Α., Ρούσσος, Σ., Σκλιάς, Π., *Ο τρίτος κόσμος: πολιτική, κοινωνία, οικονομία, διεθνείς σχέσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2005 και Thomson, A., *An Introduction to African Politics*, Routledge, London, 2004

στην περιοχή δημιουργούν προβλήματα στις αφρικανικές κοινωνίες μέχρι σήμερα και έχουν καταστεί τροχοπέδη για την ανάπτυξη τους.

Τα διεθνή σημερινά σύνορα των κρατών της Αφρικής είναι σχεδόν εξ ολοκλήρου δημιούργημα των Ευρωπαίων. Η δημιουργία συνόρων έγινε με βάση την οριοθέτηση των δυνάμεων τους στην περιοχή και όχι βάση τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές πραγματικότητες της ηπείρου.⁴⁰⁷ Ιδιαίτερα στη δυτική Αφρική, πολλές εθνότητες διαχωρίστηκαν σε δυο ή περισσότερα τμήματα λόγω ότι οι αποικιακές δυνάμεις επιθυμούσαν την πρόσβαση στη θάλασσα των περιοχών που είχαν την κυριαρχία τους. Το αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής ήταν οι συνεχείς εμφύλιοι πόλεμοι και οι συγκρούσεις μεταξύ διαφόρων φυλών, που συμβαίνουν μέχρι σήμερα και έχουν εξαθλιώσει το μεγαλύτερο μέρος της περιφέρειας.

Επίσης, ο αυθαίρετος γεωγραφικός διαχωρισμός των κρατών είχε ως συνέπεια κάποια από αυτά να μην έχουν τους απαραίτητους οικονομικούς και φυσικούς πόρους για να καλύψουν τις ανάγκες τους. Επιπλέον, 15 χώρες⁴⁰⁸ έμειναν περικλειστές με αποτέλεσμα την καχεκτική οικονομική ανάπτυξή τους.

Ο Β' Παγκόσμιος πόλεμος, ο καταστατικός χάρτης του ΟΗΕ και η αρχή της αυτοδιάθεσης των λαών είναι κάποιοι παράγοντες που ώθησαν την αποαποικιοποίηση των κρατών της Αφρικής. Ουσιαστικά, στην πλειοψηφία τους, η ανεξαρτησία τους δόθηκε, δεν χρειάστηκε να την κατακτήσουν με αγώνα.

Η ανεξαρτητοποίηση ήρθε ως αποτέλεσμα οικονομικών πολιτικών και ιδεολογικών παραγόντων που πηγάζουν από το νέο παγκόσμιο σκηνικό μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο. Τα κράτη της Ευρώπης, ηττημένοι και νικητές, βγήκαν οικονομικά διαλυμένα από τη δίνη του πολέμου και το κόστος διατήρησης των αποικιών τους ήταν δυσβάστακτο.

Από την άλλη, η γέννηση των Ηνωμένων Εθνών το 1945, η νέα ηθική περί το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης των λαών που επικράτησε παγκοσμίως και η πίεση προς

⁴⁰⁷ Παρόλο που τα σύνορα δεν αντικατόπτριζαν την αφρικάνικη πραγματικότητα το 1964, στο Κάιρο, στην πρώτη σύνοδο του Οργανισμού Αφρικάνικης ενότητας αποφασίστηκε πως τα σύνορα θα μείνουν ως έχει καθώς δεν υπήρχαν εναλλακτικές λύσεις. Εκτός από τη μη εύρεση εναλλακτικών λύσεων άλλοι δυο παράγοντες για την παγίωση των συνόρων ήταν πρώτον, ο φόβος για τη δημιουργία διαταραχών στις αφρικανικές κοινωνίες και δεύτερον, αυτά τα σύνορα εξυπηρετούσαν τις αφρικανικές ελίτ που είχαν δημιουργηθεί κατά τη διάρκεια της αποικιοκρατίας.

⁴⁰⁸ Αιθιοπία, Δημοκρατία Κεντρικής Αφρικής, Ζάμπια, Ζιμπάμπουε, Λεσόθο, Μαλάουι, Μαλί, Μποτσουάνα, Μπουρκίνα Φάσο, Μπουρούντι, Νίγηρας, Ουγκάντα, Ρουάντα, Σουαζιλάνδη, Τσαντ.

επικράτηση της είναι ένας ακόμα λόγος που οδήγησε προς την παραχώρηση της ελευθερίας των αφρικανικών κρατών. Επίσης, η ανεξαρτησία της Ινδίας το 1947 έδωσε το έναυσμα σε διάφορες αφρικανικές ελίτ να διεκδικήσουν και αυτές την αυτοδιάθεση τους.⁴⁰⁹ Μεταξύ 1945 και 1960 πολλές αφρικανικές ομάδες και πολιτικά κόμματα διεκδίκησαν τα δικαιώματα τους και την ανεξαρτησία τους, αν και τα αφρικανικά κινήματα για την ανεξαρτησία δεν ταυτίζονταν ιδιαίτερα για να υπάρξει κάποια ενότητα μεταξύ τους. Δεν υπήρχε εθνική συνείδηση.⁴¹⁰

Το πρώτο κράτος που έγινε ανεξάρτητο στην Υποσαχάρια Αφρική ήταν η βρετανική αποικία Χρυσή Ακτή - σημερινή Γκάνα - το 1957. Τα περισσότερα κράτη κέρδισαν την ανεξαρτησία τους στις αρχές του '60 και ήταν, κυρίως, οι βρετανικές και γαλλόφωνες αποικίες. Σε κράτη που ήταν έντονη η παρουσία των λευκών έποικων, η αυτοδιάθεση δόθηκε πολύ αργότερα και με περισσότερο κόπο και αίμα. Οι πορτογαλικές κτήσεις, Αγκόλα, Μοζαμβίκη, Γουινέα-Μπισάου και Πράσινο Ακρωτήριο, ανεξαρτητοποιήθηκαν το 1974. Η Ροδεσία, σημερινή Ζιμπάμπουε, έγινε ανεξάρτητη το 1980. Στη Νότια Αφρική, που επικρατούσε ένα άλλο είδος «κατάκτησης» της χώρας από τους λευκούς, το γνωστό απαρτχάιντ, η εξουσία ήρθε στα χέρια των ντόπιων κατοίκων μόλις το 1994. Παρόμοια και στη Ναμίμπια, το 1993.⁴¹¹

Στα κράτη της υποσαχάριας Αφρικής, από την περίοδο της ανεξαρτησίας τους μέχρι και στις μέρες μας, δεν υπήρξαν οι κατάλληλες δυνάμεις και προϋποθέσεις που θα μπορούσαν να εγγυηθούν την πολιτική ανεξαρτησία που θα συνέβαλλε σε μια υγιή πορεία ανάπτυξης των χωρών αυτών και κατ' επέκταση και στην οικονομική ευημερία των πολιτών τους.⁴¹² Μειονέκτημα και εμπόδιο στην περαιτέρω ανάπτυξη τους είναι, επίσης, ότι δεν έχουν διαμορφωθεί κοινές εθνικές ταυτότητες.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, το αφρικανικό κράτος ήταν ιδιαίτερα εύθραυστο και δύσκαμπτο οικοδόμημα που δεν μπορούσε να ελέγξει τις πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές και καταστάσεις που παρουσιάζονταν. Η εξέλιξη του ήταν αρκετά

⁴⁰⁹ Βλ. Mazrui, A. A., Wondji, C., (eds), *UNESCO General History of Africa Volume VIII Africa since 1935*, Heinemann Publishers (Oxford) Ltd, California, 1993.

⁴¹⁰ Βλ. Σωτηρόπουλος, Δ. Α., Χουλιάρας, Α., Ρούσσος, Σ., Σκλιάς, Π., *Ο τρίτος κόσμος: πολιτική, κοινωνία, οικονομία, διεθνείς σχέσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2005.

⁴¹¹ Βλ. Thomson, A., *An Introduction to African Politics*, Routledge, London, 2004.

⁴¹² Για δεκαετίες, ο μονοκομματισμός και οι προσωποπαγείς μορφές διακυβέρνησης κυριάρχησαν στις χώρες της αφρικανικής ηπείρου με ότι αυτό συνεπάγεται, όπως αυθαιρεσία και διαφθορά. Οι Αφρικανοί ηγέτες δεν δίσταζαν να χρησιμοποιήσουν τακτικές της αποικιοκρατικής εποχής, για παράδειγμα την επιβολή της τάξης με τη χρήση του στρατού, κάθε φορά που η εξουσία τους φαινόταν να απειλείται.

δύσκολη καθώς στηριζόταν στις δομές και τα θεμέλια του αποικιακού κράτους.⁴¹³ Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι δημοκρατίες, που δημιουργήθηκαν, μπορούν να χαρακτηριστούν επίπλαστες. Ένας σημαντικός λόγος για αυτό, ήταν η μη ύπαρξη των σωστών και ισχυρών θεσμών που θα μπορούσαν να εγγυηθούν την επικράτηση μιας ουσιαστικής δημοκρατίας. Η έλλειψη θεσμών αποτέλεσε και εμπόδιο για την ανάπτυξη των κρατών αυτών.

3.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΣΑΧΑΡΙΑΣ ΑΦΡΙΚΗΣ

Τα αφρικανικά κράτη από την εποχή που απέκτησαν την ανεξαρτησία τους έχουν παρουσιαστεί ανίκανα και αδύναμα να ακολουθήσουν κάποια αξιόλογη αναπτυξιακή πορεία. Είναι γεγονός ότι η ανεξαρτησία αυτών των χωρών οδήγησε, δυστυχώς, στην πλήρη εξαθλίωση αυτών με τις συνεχείς διαμάχες και τον πλουτισμό τοπικών αρχόντων. Έχουν περάσει 40 με 50 χρόνια από την εποχή της ανεξαρτητοποίησης των κρατών της Αφρικής, αλλά φαίνεται να είναι προσκολλημένα στις οικονομικές δραστηριότητες της εποχής της αποικιοκρατίας, όπως εξαγωγή γεωργικών προϊόντων και ορυκτού πλούτου, με τη διαφορά, όμως, ότι το μερίδιο τους στο διεθνές εμπόριο μειώνεται. Η περιφέρεια διαθέτει ανεκμετάλλευτο ανθρώπινο δυναμικό και φυσικούς πόρους που είναι ικανά να δώσουν μια διέξοδο από την ένδεια που την πλήττει.

Η υποσαχάρια Αφρική διαθέτει τα πιο πλούσια εδάφη σε ορυκτό πλούτο. Ανάλογα με το ορυκτό, στην περιοχή αυτή βρίσκεται συσσωρευμένο το 23% με 89% των παγκόσμιων αποθεμάτων και η υποσαχάρια Αφρική είναι κύριος τροφοδότης της παγκόσμιας αγοράς σε μέταλλευμα. Τα μεγαλύτερα αποθέματα των περισσότερων ορυκτών βρίσκονται στο κράτος της Νοτίου Αφρικής. Μεγάλα αποθέματα βωξίτη υπάρχουν στη Γουινέα, κοβαλτίου στη Δημοκρατία του Κονγκό και τη Ζάμπια, ουρανίου στο Νίγηρα και διαμαντιών στην Αγκόλα, τη Μποτσουάνα, τη Ναμίμπια και τη Δημοκρατία του Κονγκό. Επίσης, τα εδάφη της υποσαχάριας Αφρικής, εκτός από μεταλλεύματα, κρύβουν και το 6% με 8% των παγκόσμιων αποθεμάτων άνθρακα, φυσικού αερίου, πετρελαίου και χαλκού και περίπου το 20% των εκμεταλλεύσιμων

⁴¹³ Βλ. Σωτηρόπουλος, Δ. Α., Χουλιάρης, Α., Ρούσσο, Σ., Σκλιάς, Π., *Ο τρίτος κόσμος: πολιτική, κοινωνία, οικονομία, διεθνείς σχέσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2005.

κοιτασμάτων ουρανίου. Τα αφρικανικά κράτη εξαιτίας του πλούσιου έδαφός τους σε συνδυασμό με την ασταθή εσωτερική διοίκηση τους κατάντησαν έρμαιο των μεγάλων επιχειρήσεων. Οι καταστάσεις που επικράτησαν ήταν ολέθριες για την ανάπτυξη τους και οι μόνοι που ευνοήθηκαν είναι οι παράνομες και εγκληματικές ομάδες. Σημαντικά προβλήματα δημιουργούνται με την παράνομη διακίνηση διαμαντιών, χρυσού ή άλλων μεταλλευμάτων καθώς συσσωρεύονται τα κέρδη σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, συνήθως διεφθαρμένες. Για το περιορισμό αυτού του παράνομου εμπορίου, η διεθνής κοινότητα έχει επιβάλλει την πιστοποίηση των διαμαντιών.

Τη δεκαετία του '70, τα κράτη της περιφέρειας αντιμετώπισαν μια σημαντική οικονομική κρίση με μελλοντικές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς. Η οικονομία των αφρικανικών χωρών στηριζόταν κυρίως στην εξαγωγή ενός ή λίγων προϊόντων, όπως ο καφές και το κακάο. Με τις διακυμάνσεις της διεθνούς αγοράς εκείνη την περίοδο και την πτώση των διεθνών τιμών ορισμένων προϊόντων – συμπεριλαμβανομένου και των προϊόντων που εξάγονταν από την αφρικανική ήπειρο – τα αφρικανικά κράτη καθίσταντο ιδιαίτερα ευάλωτα και είχαν να αντιμετωπίσουν μια δραματική μείωση των εσόδων. Η μη σωστή διαχείριση της κατάστασης από τις αναποτελεσματικές εξουσίες που κυβερνούσαν επιδείνωσε την κατάσταση. Το εξωτερικό χρέος αυξήθηκε γιατί, ενώ τα έσοδα μειώνονταν, οι δαπάνες και οι εξωτερικοί δανεισμοί συνέχιζαν να αυξάνονται και η πλειοψηφία των αφρικανικών κρατών, στο τέλος της δεκαετίας του '80, βρέθηκε υπό τη στέγη του ΔΝΤ. Οι πρακτικές, όμως, που εφαρμόστηκαν βάση του προγράμματος του ΔΝΤ, φιλελευθεροποίηση οικονομιών, μείωση δαπανών, αντί να επιφέρουν την οικονομική και πολιτική εξυγίανση των κρατών της Αφρικής, τελικά, ευνόησαν ακόμα περισσότερο τις κυρίαρχες και διεφθαρμένες ομάδες της εξουσίας.⁴¹⁴ Πολλοί ερευνητές επιρρίπτουν, δικαίως, ευθύνες στο ΔΝΤ για την αδυναμία, μέχρι και σήμερα, των κρατών αυτών να αναπτυχθούν.

Οι δεκαετίες του '80 και του '90 υποβάθμισαν οποιαδήποτε ανάπτυξη είχαν πετύχει μέχρι τότε τα αφρικανικά κράτη και οι προσπάθειες για τη μείωση της φτώχειας ήταν απογοητευτικές. Είναι η μόνη περιοχή που παρουσίασε αρνητικούς δείκτες

⁴¹⁴ Βλ. Σωτηρόπουλος, Δ. Α., Χουλιάρας, Α., Ρούσσο, Σ., Σκλιάς, Π., *Ο τρίτος κόσμος: πολιτική, κοινωνία, οικονομία, διεθνείς σχέσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2005.

ανάπτυξης για την εικοσαετία 1980-2000.⁴¹⁵ Παρόλο που τα δεδομένα, παγκόσμια και εγχώρια, για την ήπειρο της Αφρικής άλλαξαν ριζικά τη δεκαετία του '90 και άνοιξε ο δρόμος για περισσότερες επενδύσεις και για εμπορική και πλουτοπαραγωγική αξιοποίηση της περιοχής, για την ίδια την Αφρική, όμως, δεν αυξήθηκε η συμμετοχή της στον παγκόσμιο πλούτο.⁴¹⁶ Η Υποσαχάρια Αφρική με το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που ζουν σε ακραία φτώχεια απέτυχε να αναπτυχθεί κατά τη δεκαετία του '90. Η στάσιμη οικονομική δραστηριότητα, εκείνη την περίοδο, συνδέεται με τη μηδαμινή πτώση των ποσοστών φτώχειας στην περιοχή. Ουσιαστικά, δεν έγινε σχεδόν καμία κίνηση για να «μετακινηθούν» οι πληθυσμοί από τη φτώχεια.⁴¹⁷

Η περιοχή άρχισε να γνωρίζει μια νέα μορφή «αποικιοκρατίας», όπως θα μπορούσαμε να τη χαρακτηρίσουμε. Στην πραγματικότητα, «υποτάχθηκε» στις μεγάλες εταιρείες⁴¹⁸ που εγκατασταθήκαν στα εδάφη της και άρχισαν να εκμεταλλεύονται προς όφελος τους τον πλούτο που διαθέτει η περιοχή.

Το 1999, το 56% των άμεσων ξένων επενδύσεων στην ήπειρο αφορούσε δύο κράτη μόνο, την Αγκόλα και τη Νιγηρία και προσανατολίζονταν στην εκμετάλλευση πετρελαίου. Μια μικρή άνοδο των ξένων επενδύσεων παρατηρήθηκε και σε κάποιες λιγότερο προηγμένες χώρες όπως η Μοζαμβίκη, η Ουγκάντα, η Τανζανία και η Αιθιοπία.

Το 2000, η υποσαχάρια Αφρική ήταν η φτωχότερη περιοχή του κόσμου και οι εξαγωγές της αντιστοιχούσαν σε λιγότερο του 2% των παγκόσμιων εξαγωγών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας, τον Απρίλιο του 2001, το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν ανά κάτοικο στην υποσαχάρια Αφρική στα τέλη της δεκαετίας του '90 ήταν μειωμένο κατά πολύ από το 1970. Παράλληλα, η μέση παραγωγή ανά κάτοικο ήταν μειωμένη σε σύγκριση πριν από 3 δεκαετίες. Στις αρχές του 21ου αιώνα, το χάσμα του

⁴¹⁵ Βλ. Sachs, J.D., McArthur, J.W., Schmidt-Traub, G., Kruk, M., Bahadur, C., Faye, M., McCord, G., "Ending Africa's Poverty Trap", *Brookings Papers on Economic Activity*, 1, 2004, σελ.117-240.

⁴¹⁶ Βλ. Cordellier, S., (επιμ.), *Ο κόσμος τον 21^ο αιώνα: 80 κείμενα για να κατανοήσουμε τη νέα τάξη πραγμάτων*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1999.

⁴¹⁷ Βλ. Devarajan, Sh., Miller, M. J., Swanson, E. V., *Goals for Development: History, Prospects and Costs*, World Bank Policy Research Working Paper No. 2819, April 2002.

⁴¹⁸ Οι εταιρείες αυτές, πολλές φορές, δέχονται την ενίσχυση και εκπροσωπούν ανεπτυγμένα κράτη, πχ. ΗΠΑ.

επιπέδου της φτώχειας μεταξύ της Αφρικής και του υπόλοιπου είχε διευρυνθεί σημαντικά.⁴¹⁹

Η αναπτυξιακή πορεία των υποσαχάρων κρατών, στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, συνέχιζε να φαίνεται αποτυχημένη. Το 2005, 23 χώρες της Αφρικής είχαν χαμηλότερο εισόδημα από αυτό που είχαν το 1975 και κάποιες από αυτές είναι αρκετά φτωχότερες σήμερα σε σύγκριση την δεκαετία του 60 και την εποχή της αποικιοκρατίας.

Το διογκωμένο εξωτερικό χρέος είναι ένα απόλυτο αδιέξοδο για τα αναπτυσσόμενα κράτη. Ομοίως και για τις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής. Ο δανεισμός και η διμερής αναπτυξιακή βοήθεια ως δώρα των ανεπτυγμένων για την προώθηση της ανάπτυξης του Τρίτου κόσμου τελικά φάνηκε να αποδίδει οφέλη κυρίως στους δωρητές και όχι στους αποδέκτες. Στην Αφρική, στις χώρες με χαμηλό εισόδημα, το εξωτερικό χρέος έφθασε στο 415% των ετήσιων εξαγωγών τους ενώ σε κάποιες χώρες όπως Γουινέα-Μπισάο, Μοζαμβίκη, Σομαλία και Σουδάν, η συγκεκριμένη αναλογία αγγίζει ή ξεπερνά το 1.500%.⁴²⁰

Τα υποσαχάρια αφρικανικά κράτη κατέχουν ελάχιστο ποσοστό στο διεθνές εμπόριο. Τα αφρικανικά προϊόντα βρίσκουν δύσκολα πρόσβαση και είναι λιγότερα ανταγωνιστικά στις αγορές του ανεπτυγμένου κόσμου. Οι επιδοτήσεις και οι επιχορηγήσεις που δίνουν τα ανεπτυγμένα κράτη στους ντόπιους παραγωγούς σε συνδυασμό με τις πολιτικές ελεύθερου εμπορίου που επιβάλλει το ΔΝΤ στα αφρικανικά κράτη δυσχεραίνουν το διεθνές εμπόριο της Αφρικής.⁴²¹

Εδώ και δεκαετίες, έχει κριθεί επιτακτικό από τη διεθνή κοινότητα η αύξηση της αναπτυξιακής βοήθειας προς την Αφρική. Εντούτοις, τα πραγματικά ποσά που δίνονται για αναπτυξιακή βοήθεια στην περιοχή δεν αγγίζουν ούτε το ελάχιστο των υποσχέσεων. Με το τέλος του Ψυχρού Πολέμου, η Αφρική έχασε τη στρατηγική αξία που είχε αποκτήσει κατά την ψυχροπολεμική περίοδο αποτελώντας το πεδίο ανταγωνισμού των δυο υπερδυνάμεων. Η μείωση του ενδιαφέροντος επιβάρυνε την κατάσταση. Η αδιαφορία των δυτικών κρατών, αλλά και η εστίαση στην ύπαρξη καλής διακυβέρνησης

⁴¹⁹ Βλ. Moser, G., Toshihiro, I., *Economic Growth and Poverty Reduction in Sub-Saharan Africa*, IMF Working Paper, African Department, August 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2001/wp01112.pdf>.

⁴²⁰ Βλ. Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010.

⁴²¹ Βλ. Σωτηρόπουλος, Δ. Α., Χουλιάρης, Α., Ρούσσοι, Σ., Σκλιάς, Π., *Ο τρίτος κόσμος: πολιτική, κοινωνία, οικονομία, διεθνείς σχέσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2005.

ως απαραίτητο κριτήριο παροχής βοήθειας, μεταφράστηκε σε μείωση της οικονομικής βοήθειας που δέχονταν τόσα χρόνια τα αφρικανικά κράτη. Μέσα στη δεκαετία του '90, η βοήθεια που τους δόθηκε ήταν μειωμένη κατά 40%.⁴²² Παρόλο που η βοήθεια προς τις αναπτυσσόμενες χώρες έφτασε σε ύψος ρεκόρ το 2010, στην υποσαχάρια Αφρική δόθηκαν μόνο τα 11 από τα 25 δισεκατομμύρια δολάρια που της είχαν «υποσχεθεί» στη Σύνοδο Κορυφής των G8 το 2005 στο Gleneagles.⁴²³

Την τελευταία δεκαετία, οι ασιατικές χώρες έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στην υποσαχάρια Αφρική. Ιδιαίτερα, η Ιαπωνία, η Ινδία και η Κίνα έχουν αναπτύξει έντονη εμπορική δραστηριότητα στην περιοχή. Δύο είναι οι βασικοί παράγοντες που τις κινητοποίησαν να ενισχύσουν τις σχέσεις τους με τις αφρικανικές χώρες. Πρώτον, λόγω του μεγάλου πληθυσμού τους αλλά και της ταχείας οικονομικής και βιομηχανικής ανάπτυξής τους, έχουν αυξανόμενη ανάγκη για πρώτες ύλες και ενέργεια και δεύτερον, επιθυμούν να ισχυροποιήσουν τη θέση τους και αναδειχθούν ως νέα δύναμη στη διεθνή σκηνή. Η κυβέρνηση της Ινδίας, το 2003, ξεκίνησε το πρόγραμμα “Focus Africa”⁴²⁴ για την αύξηση του διμερούς εμπορίου και των επενδύσεων με τους επτά κυριότερους εμπορικούς εταίρους της στην περιοχή, οι οποίες είναι η Αιθιοπία, η Γκάνα, η Κένυα, η Νιγηρία, η Νότιος Αφρική, ο Μαυρίκιος και η Τανζανία και αντιπροσωπεύουν περίπου το 69% του συνολικού εμπορίου της στην περιοχή και το 2004 δημιούργησε την ομάδα Team-9⁴²⁵, που την απαρτίζουν η Ινδία με την Ακτή Ελεφαντοστού, τη Γκάνα, τη Γουινέα Μπισάο, την Ισημερινή Γουινέα, το Μαλί, τη Μπουρκίνα Φάσο, τη Σενεγάλη και το Τσάντ, για ενίσχυση των μεταξύ τους συναλλαγών. Οι εμπορικές συναλλαγές της Ινδίας στην Αφρική έχουν πενταπλασιαστεί, τα τελευταία χρόνια, ξεπερνώντας τα 30 δισεκατομμύρια δολάρια και της Κίνας, τα 100 δισεκατομμύρια δολάρια. Η Κίνα προμηθεύεται το 30% του πετρελαίου της από την Αφρική. Το 85% των αφρικανικών εξαγωγών προς την Κίνα αφορά σε πέντε κράτη, την Αγκόλα, την Ισημερινή Γουινέα, τη Νιγηρία και το Σουδάν. Η Κίνα προσελκύει όλο και περισσότερες εμπορικές συναλλαγές καθώς, αντίθετα με τους δυτικούς εταίρους, εφαρμόζει χωρίς όρους. Δηλαδή, δεν

⁴²² Βλ. Thomson, A., *An Introduction to African Politics*, Routledge, London, 2004 και Σωτηρόπουλος, Δ. Α., Χουλιάρης, Α., Ρούσσος, Σ., Σκλιάς, Π., *Ο τρίτος κόσμος: πολιτική, κοινωνία, οικονομία, διεθνείς σχέσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2005.

⁴²³ Βλ. UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* για την υποσαχάρια Αφρική, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/pr_afrique_sub.pdf.

⁴²⁴ Βλ. http://focusafrica.gov.in/Focus_Africa_Programme.html

⁴²⁵ Techno- Economic Approach for Africa India Movement

ενδιαφέρεται για την τήρηση ή μη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ούτε για ορθά περιβαλλοντικά πρότυπα. Άλλες ασιατικές χώρες που ενδιαφέρονται για τις πρώτες ύλες των υποσαχάρων χωρών είναι η Μαλαισία και η Ινδονησία.⁴²⁶ Το θετικό από την ενίσχυση των αφρο-ασιατικών συναλλαγών είναι ότι εισρέουν περισσότερα έσοδα στα αφρικανικά κράτη από την αύξηση των εξαγωγών και υπάρχει μεταφορά τεχνολογίας και τεχνογνωσίας και νέες πηγές χρηματοδότησης για αναπτυξιακά έργα. Από την άλλη, παράλληλα με τις εξαγωγές, τα υποσαχάρια κράτη δέχονται και ένα μεγάλο κύμα εισαγωγών ασιατικών προϊόντων που είναι ιδιαίτερα ανταγωνιστικά στα τοπικά προϊόντα, καθώς είναι φθηνότερα και πιο προηγμένα, με αποτέλεσμα να πλήττεται σημαντική η τοπική αγορά και παραγωγή, όπως συνέβη στο Μαλάουι.⁴²⁷

Δεν υπάρχουν, όμως μόνο εξωτερικοί παράγοντες που καθυστερούν την ανάπτυξη της Αφρικής. Ένα βασικό εμπόδιο που έχει να αντιμετωπίσει το αφρικανικό κράτος είναι ο ίδιος του ο εαυτός. Χωρίς εξυγίανση των θεσμών και απομάκρυνση από την εξουσία των διεφθαρμένων ελίτ που πλουτίζουν εις βάρος της οικονομικής ανάπτυξης του συνόλου, όποια προσπάθεια και να γίνει για βελτίωση δεν θα ευδοκιμήσει.⁴²⁸

Εκτός από τις μειωμένες ξένες επενδύσεις, την πολιτική αστάθεια και διαφθορά, σημαντικός παράγοντας υπανάπτυξης για την περιοχή είναι και οι ενδημικοί πόλεμοι που έχουν αιματοκυλήσει κατά καιρούς την περιοχή. Η καταστροφή της κεφαλαιακής βάσης, τόσο το φυσικό όσο και το ανθρώπινο κεφάλαιο, εξαιτίας των εμφύλιων συρράξεων, περιορίζει το εύρος των κερδών και αυξάνει τα επίπεδα της φτώχειας. Ιδιαίτερο πρόβλημα υπήρξε στην περιοχή τη δεκαετία του '90, όπου τουλάχιστον 10 χώρες τις περιοχής βρίσκονταν σε εμφύλιο ή εμπλέκονται σε διαμάχες διαφόρων φυλών.⁴²⁹ Ο μέσος όρος αύξησης του ΑΕΠ, την περίοδο μεταξύ 1982-1997, για τις χώρες με συγκρούσεις ήταν της τάξεως μόλις του 3%.⁴³⁰

⁴²⁶ Βλ. Hugon, Ph., "Les nouveaux acteurs de la coopération en Afrique", *Revue internationale de politique de développement*, 11 mars 2010.

⁴²⁷ Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/southern-africa/malawi/>

⁴²⁸ Τα δημοκρατικά καθεστώτα είναι αποδεδειγμένο πως δημιουργούν ευνοϊκότερες συνθήκες για οικονομική ανάπτυξη.

⁴²⁹ Κατάλοιπο του Ψυχρού Πολέμου ήταν και η διασπορά και η μεγάλη συσσώρευση όπλων σε διάφορες κοινωνικές ομάδες που βοήθησε τις τραγικές ένοπλες εξεγέρσεις και διαμάχες που έλαβαν χώρα στην αφρικανική ήπειρο (Ζαΐρ, Λιβερία, Ρουάντα, Σομαλία, Σουδάν κτλ). Επίσης, αρκετές ένοπλες εξεγέρσεις και συμπλοκές έχουν χρηματοδοτηθεί με τα κέρδη του παράνομου εμπορίου.

⁴³⁰ Βλ. Moser, G., Toshihiro, I., *Economic Growth and Poverty Reduction in Sub-Saharan Africa*, IMF Working Paper, African Department, August 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2001/wp01112.pdf>

Η υποσαχάρια Αφρική, τα τελευταία χρόνια, έχει να αντιμετωπίσει ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα που γίνεται όλο και σοβαρότατο, που είναι η κλιματική αλλαγή που βάζει σε κίνδυνο την επισιτιστική ασφάλεια του πληθυσμού και καταστρέφει την αγροτική παραγωγή. Γεγονότα, όπως, η έντονη ξηρασία που αντιμετώπισαν, πρόσφατα, οι κάτοικοι των χωρών στο Κέρας της Αφρικής, τους βύθισε περισσότερο στη φτώχεια και την εξαθλίωση. Συνολικά, περισσότεροι από 13 εκατομμύρια άνθρωποι επλήγησαν στην Αιθιοπία, την Κένυα, τη Σομαλία και το Τζιμπουτί. Η Σομαλία, ειδικά, αντιμετώπισε μεγάλο πρόβλημα λιμού.⁴³¹ Οι αφρικανικές ηγεσίες θα πρέπει να δώσουν έμφαση σε πολιτικές προσαρμογής για να διασφαλίσουν έναν από τους βασικότερους τομείς της οικονομίας τους, τον αγροτικό, καθώς το πρόβλημα φαίνεται να γίνεται, δυστυχώς, ολοένα και εντονότερο. Αντιμετωπίζοντας ένα τόσο μεγάλο πρόβλημα, η οποιαδήποτε ανάπτυξη επιβραδύνεται και αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα και για τις ξένες επενδύσεις που μπορεί να δέχεται η κάθε χώρα.

Λόγω της σοβαρότητας του προβλήματος της φτώχειας στην περιοχή, πολυάριθμες δράσεις της διεθνούς κοινότητας κατευθύνονται προς τις υποσαχάριες χώρες, χωρίς απαραίτητα να σημαίνει ότι είναι πάντα επιτυχημένες και πραγματοποιείται η ανάπτυξη που υπόσχονται. Άλλοτε, η ελλιπής χρηματοδότηση και απουσία απαραίτητων πόρων, άλλοτε, η αδυναμία και απροθυμία των κυβερνώντων ή η έλλειψη τεχνογνωσίας και ορθού συντονισμού είναι κάποιοι από τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε αποτυχία ενός αναπτυξιακού προγράμματος.

Οι δράσεις για την καταπολέμηση της φτώχειας που λαμβάνουν χώρα στην περιφέρεια είναι πολύμορφες. Υπάρχουν προγράμματα για τη δημιουργία εθνικών στρατηγικών για την προαγωγή της αναπτυξιακής πορείας των χωρών, όπως είναι η περίπτωση των PRSC της Παγκόσμιας Τράπεζας και άλλα που ενισχύουν τα ήδη υπάρχοντα εθνικά αναπτυξιακά προγράμματα, είτε μέσω οικονομικής είτε μέσω τεχνικής βοήθειας και κατάρτισης, όπως συνήθως δραστηριοποιείται το UNDP και άλλοι οργανισμοί του ΟΗΕ. Επίσης, στα αφρικανικά κράτη παρέχονται χρηματοδοτήσεις για την ανάπτυξη υποδομών και τη βελτίωση των κοινωνικών παροχών.

Επιτυχημένη προσπάθεια για την ενίσχυση του πληθυσμού αφρικανικής χώρας για να ξεπεράσει το πρόβλημα της φτώχειας θεωρείται το πρόσφατο πρόγραμμα του UNDP

⁴³¹ Βλ. <http://www.un.org/News/Press/docs/2011/sgsm13845.doc.htm>.

για την ενίσχυση του εθνικού προγράμματος του Τζιμπουτί για την επίτευξη κοινωνικής ανάπτυξης. Το Τζιμπουτί έχει υψηλό ποσοστό πληθυσμού που ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, 42%, χωρίς σημάδια βελτίωσης με το πέρασμα των χρόνων και υψηλότερη ανεργία που αγγίζει το 60%. Η χώρα ξεκίνησε, το 2007, την Εθνική Πρωτοβουλία για την Κοινωνική Ανάπτυξη⁴³² που ενισχύει τη δυνατότητα πρόσβασης στο πιστωτικό σύστημα των πιο ευάλωτων κοινωνικών ομάδων για να αυξηθεί η επιχειρηματικότητα. Η υποστήριξη του UNDP εστιάζει στον τομέα μικρο-χρηματοδότησης με τη βελτίωση της πρόσβασης και ροής κεφαλαίων, την εφαρμογή συστήματος πληροφόρησης, διαχείρισης και συντονισμού και την εκπαίδευση του αρμόδιου προσωπικού χρηματοοικονομικών οργανισμών για βελτίωση του τομέα και επέκταση των υπηρεσιών μικρο-χρηματοδότησης. Απόρροια του προγράμματος είναι η αύξηση των πολιτών που απέκτησαν μικρά δάνεια για τη δημιουργία και επέκταση μικρών επιχειρηματικών δραστηριοτήτων. Το 87% των δικαιούχων είναι γυναίκες. Τα έσοδα που προέρχονται από τις επενδύσεις, ιδιαίτερα στην περίπτωση των γυναικών, οδηγούνται στην οικογένεια τους ανεβάζοντας, έτσι, το συνολικό βιοτικό επίπεδο της οικογένειας.⁴³³

Γενικά, προγράμματα μικρο-χρηματοδοτήσεων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα τα τελευταία χρόνια και χρησιμοποιούνται από τον ΟΗΕ, τις ΜΚΟ και άλλους εταίρους ως βασικό εργαλείο για τη μείωση της φτώχειας.⁴³⁴ Στην Αιθιοπία, για παράδειγμα, έχουν συσταθεί 31 ιδρύματα μικρο-χρηματοδότησης και το 2010 παρείχαν δάνεια συνολικού ύψους 108 εκατομμυρίων δολαρίων σε περίπου 660.000 δανειολήπτες.⁴³⁵ Βέβαια, τα προγράμματα αυτά κρύβουν και κινδύνους υπερχρέωσης των φτωχών επιχειρηματιών ή αγροτών με αντίστροφα αποτελέσματα από τα επιθυμητά. Επίσης, είναι κατανοητό πως από μόνη της η χρηματοδότηση δε μπορεί να προσφέρει και πολλά στους φτωχούς Αφρικανούς αν δεν υπάρξουν οι κατάλληλες διαρθρωτικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις στην κοινωνία τους.

⁴³² Βλ. National Initiative for Social Development (INDS).

⁴³³ Βλ. <http://web.undp.org/comtoolkit/success-stories/ARAB-Djibouti-povred.shtml> και <http://content.undp.org/go/newsroom/2009/july/micro-finance-dans-les-quartiers-de-djibouti.fr?lang=fr>.

⁴³⁴ Βλ. UN, *MICROFINANCE IN AFRICA: Overview and suggestions for Action by Stakeholders*, Draft, September 2011.

⁴³⁵ Βλ. Sisay, A., "In Ethiopia, battling poverty with tiny bits of cash", *Africa Renewal online*, 26 October 2011, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.un.org/en/africarenewal/newrels/ethiopia-micro-finance.html>.

Υπάρχουν περιπτώσεις που οι διεθνείς οργανισμοί συνεργάζονται στο ίδιο πρόγραμμα, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κάθε περίπτωσης και τη σφαιρικότητα της αντιμετώπισης του προβλήματος, όπως για την αποκατάσταση των βασικών κοινωνικών δομών και υπηρεσιών στην περιοχή του Νότιου Κίνυ⁴³⁶, που τρεις οργανισμοί του ΟΗΕ, ο FAO, το UNDP και η UNICEF. Η συγκεκριμένη περιοχή ερημώθηκε κατά τη διάρκεια του πολέμου τη δεκαετία του '90, που κράτησε σχεδόν δέκα χρόνια. Οι κάτοικοι αναγκαστήκαν να φύγουν και να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους, τις δουλειές τους, τις καλλιέργειές τους. Όσοι επέστρεψαν ή είχαν απομείνει εκεί, έπρεπε να αντιμετωπίσουν την καταστροφή των γεωργικών καλλιεργειών και των υποδομών. Η πρώτη φάση του προγράμματος διήρκησε 18 μήνες, με συνολική χρηματοδότηση 8 εκατομμυρίων δολαρίων, εκτιμάται πως επέφερε σταθεροποίηση στην περιοχή και έχουν επωφεληθεί συνολικά 42.000 άτομα. Οι τρεις οργανισμοί έχουν ξεχωριστές αρμοδιότητες. Η UNICEF δραστηριοποιείται για τη βελτίωση της πρόσβασης του τοπικού πληθυσμού σε βασικές κοινωνικές υπηρεσίες, π.χ. εκπαίδευση, υγεία, ύδρευση και αποχέτευση. Ο FAO είναι υπεύθυνος για την διατροφική ασφάλεια των κατοίκων και την ασφάλεια των τροφίμων. Τέλος, το UNDP είναι επιφορτισμένος με την προώθηση κοινωνικής συνοχής, της εξάλειψης των κοινωνικών εντάσεων και την υποστήριξη των ευάλωτων ομάδων όπως γυναίκες, οικογένειες θυμάτων του πολέμου και άποροι. Το UNDP έχει δώσει τη δυνατότητα στις επιλέξιμες οικογένειες να αναπτύξουν κάποια αγροτική απασχόληση για να κερδίσουν τα προς το ζην διανέμοντας είδη εκτροφής, όπως αιγοπρόβατα και κότες, παρέχοντας κατάρτιση και δημιουργώντας τις απαραίτητες υποδομές, όπως στάβλους. Στην περιοχή, έχουν δημιουργηθεί επιπλέον θέσεις εργασίας με τη λειτουργία εργοστασίου επεξεργασίας αγροτικών προϊόντων και αποθηκευτικών εγκαταστάσεων. Επίσης, δόθηκε η ευκαιρία σε 117 γυναίκες να δημιουργήσουν μικρές επιχειρήσεις και σε άλλες να γίνουν εκτροφείς καταρρίπτοντας έτσι, τις τοπικές παραδόσεις που τους το απαγόρευαν. Το πρόγραμμα δέχεται θερμή υποστήριξη και από τις τοπικές ΜΚΟ και θεωρείται πρότυπο για την ανάπτυξη παρόμοιων δράσεων και σε άλλες περιοχές.⁴³⁷

⁴³⁶ Βλ. Basic Social Services rehabilitation and Community recovery in South Kivu return zones.

⁴³⁷ Βλ. http://www.cd.undp.org/mediafile/PRODOC_servicessociauxSK.pdf, <http://web.undp.org/comtoolkit/success-stories/AFRICA-DRC-povred.shtml> και UNICEF, *Good Practices Handbook: Lessons learned and good practices in three education projects in the unstable humanitarian context of North and South Kivu (DRC)*, October 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unicef.org/infobycountry/files/DRC_Good_Practices_Handbook.pdf.

Επιπλέον, στην περιφέρεια της υποσαχάριας Αφρικής υπάρχει πλήθος περιφερειακών οργανισμών συνεργασίας, κοινοτήτων και ενώσεων, οι οποίοι επιδιώκουν την οικονομική ανάπτυξη. Από τους πιο σημαντικούς περιφερειακούς δρώντες είναι η Αφρικανική Ένωση⁴³⁸, που, μεταξύ άλλων, στόχος της είναι η αειφόρος ανάπτυξη των μελών της⁴³⁹ και η Αφρικανική Τράπεζα Ανάπτυξης⁴⁴⁰ που δραστηριοποιείται για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της εξάλειψης της φτώχειας των υποσαχάριων πληθυσμών. Η Αφρικανική Ένωση, για την κοινωνικοοικονομική εξέλιξη των χωρών, έχει δημιουργήσει το πρόγραμμα NEPAD.⁴⁴¹ Το NEPAD επιδιώκει οι αφρικανικοί ηγέτες να δώσουν έμφαση σε νέες πολιτικές κοινωνικής ανάπτυξης με τομείς δράσεις την ενίσχυση της αγροτικής παραγωγής και της επισιτιστικής ασφάλειας, την προώθηση της οικονομικής ολοκλήρωσης, την ανθρώπινη ανάπτυξη, την ορθή διαχείριση των φυσικών πόρων και τη αποτελεσματική οικονομική και κοινωνική διακυβέρνησης. Το NEPAD δημιούργησε, το 2003, το Comprehensive Africa Agriculture Development Programme (CAADP)⁴⁴² που παρέχει στήριξη για την ανάπτυξη των στρατηγικών και επενδυτικών σχεδίων που αυξάνουν την ποιότητα των τροφίμων και τη μείωση της φτώχειας στις χώρες που συμμετέχουν. Στοχεύει στην αύξηση του ρυθμού ανάπτυξης στον αγροτικό τομέα, τουλάχιστον 6% ετησίως και των δημοσίων επενδύσεων για τη γεωργία στο 10% των συνολικών εθνικών επενδύσεων έως το 2015. Ο στόχος για αύξηση στο 10% των δημόσιων επενδύσεων για τη γεωργία έχει επιτευχθεί στην Αιθιοπία, τη Ζιμπάμπουε, τη Μαδαγασκάρη, το Μαλί, το Μαλάουι, τα Νησιά Κομόρες, το Νίγηρα και στη Σενεγάλη. Το CAADP έδωσε ώθηση στην ανάπτυξη των αγροτικών στη Σιέρα Λεόνε και απετράπηκε η επισιτιστική κρίση.⁴⁴³

Μερικοί από τους υπολοίπους περιφερειακούς οργανισμούς που μέσω από τη δράση τους στοχεύουν στην αειφόρο ανάπτυξη των υποσαχάριων κρατών είναι η

⁴³⁸ Βλ. African Union και πιο συγκεκριμένα: <http://www.au.int/>.

⁴³⁹ Η Αφρικανική Ένωση, που ξεκίνησε τη λειτουργία της το 2002, ουσιαστικά, διαδέχθηκε την Οργάνωση Αφρικανικής Ενότητας που είχε ιδρυθεί το 1963 και ήταν επιφορτισμένη με τα αναπτυξιακά προβλήματα των μόλις ανεξαρτοποιημένων αφρικανικών κρατών.

⁴⁴⁰ Βλ. African Development Bank και πιο συγκεκριμένα: <http://www.afdb.org/en/>.

⁴⁴¹ Βλ. New Partnership for Africa's Development (NEPAD) και πιο συγκεκριμένα: <http://www.nepad.org/>

⁴⁴² Βλ. <http://www.nepad-caadp.net/index.php>.

⁴⁴³ Βλ. Harsch, E., "Investing in Africa's farms — and its future", *Africa Renewal online*, April 2011, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.un.org/en/africarenewal/vol25no1/investing-african-agriculture.html#box>.

Τράπεζα Ανάπτυξης Ανατολικής Αφρικής,⁴⁴⁴ η Τράπεζα Ανάπτυξης της Δυτικής Αφρικής⁴⁴⁵, η Αναπτυξιακή Κοινότητα της Νότιας Αφρικής,⁴⁴⁶ η Κοινή Αγορά για την Ανατολική και Νότια Αφρική⁴⁴⁷. Για παράδειγμα, η χρηματοδοτική υποστήριξη που έχει προσφέρει η Τράπεζα Ανάπτυξης Ανατολικής Αφρικής, από το 2004, στους μικρο-καλλιεργητές της περιοχής Kinkizi στην Ουγκάντα είναι ιδιαίτερα σημαντική για την υποστήριξη των δραστηριοτήτων τους και του εισοδήματός τους αλλά και της συνολικής κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης της αγροτικής περιοχής. Η χρηματοδότηση έχει δώσει τη δυνατότητα για βελτίωση των αγροτικών εξοπλισμών με αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγής και συνέβαλλε στην επέκταση του τοπικού εργοστασίου όπου 600 άτομα εργάζονται και 5.000 αγρότες συνεργάζονται με αυτό.⁴⁴⁸ Η Κοινή Αγορά για την Ανατολική και Νότια Αφρική έχει αναπτύξει συνεργασία με την China Development Bank όπου ενδιαφέρεται για επενδύσεων στον τομέα της γεωργίας και της ενέργειας στα κράτη-μέλη της⁴⁴⁹ και στηρίζει, επίσης, το CAADP και 11 κράτη-μέλη της το έχουν υπογράψει: Αιθιοπία, Ζάμπια, Ζιμπάμπουε, Κένυα, Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, Μαλάουι, Μπουρουντί Ουγκάντα, Ρουάντα, Σεϋχέλλες και Σουαζιλάνδη.

Σύμφωνα με την Έκθεση Προόδου του 2011⁴⁵⁰ των Ηνωμένων Εθνών, η υποσαχάρια Αφρική είναι απίθανο να καταφέρει να εκπληρώσει το στόχο που αφορά στη μείωση της φτώχειας. Από το 1990 μέχρι το 2005 υπήρξε μόνο μια μικρή μείωση της τάξης των 7 ποσοστιαίων μονάδων όσον αφορά τον πληθυσμό που ζούσε κάτω από συνθήκες ακραίας φτώχειας. Το 1990, το 58% του πληθυσμού της υποσαχάριας Αφρικής ζούσε κάτω από τα όρια της φτώχειας και το 2005 το ποσοστό ήταν 51%. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, οι πρόσφατες εκτιμήσεις κρύβουν κάποια αισιοδοξία για τη μείωση της φτώχειας της περιοχής με βάση την απόδοση και τις τάσεις της οικονομικής ανάπτυξης της περιοχής. Για να υπάρξει, όμως, κάποια ουσιαστική επιτυχία όσον αφορά

⁴⁴⁴ Βλ. East African Development Bank (EADB) και πιο συγκεκριμένα: <http://www.eadb.org/>.

⁴⁴⁵ Βλ. West African Development Bank (WADB).

⁴⁴⁶ Βλ. Southern African Development Community (SADC) και πιο συγκεκριμένα: <http://www.sadc.int/>.

⁴⁴⁷ Βλ. Common Market for Eastern and Southern Africa (COMESA) και πιο συγκεκριμένα: <http://www.comesa.int>.

⁴⁴⁸ Βλ. <http://www.eadb.org/index.php/projects/141>.

⁴⁴⁹ Βλ. http://www.comesa.int/index.php?option=com_content&view=article&id=186:china-to-support-investment-in-agriculture-and-energy&catid=5:latest-news&Itemid=41.

⁴⁵⁰ Βλ. UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* για την υποσαχάρια Αφρική, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/pr_afrique_sub.pdf.

το στόχο της φτώχειας, το ποσοστό του πληθυσμού που ζει στα όρια της φτώχειας πρέπει να πέσει κάτω από το 36% μέχρι το 2015, γεγονός που φαίνεται αδιανόητο να συμβεί.

Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την ταχεία οικονομική ανάπτυξη που βιώνει η περιφέρεια τα τελευταία χρόνια. Η δυσαναλογία αυτή οφείλεται στις τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες που υπάρχουν σχεδόν σε όλα τα υποσαχάρια κράτη αλλά και τις τροφοδοτεί, λόγω έλλειψης παρεμβάσεων από τις κυβερνήσεις. Οι ανισότητες είναι ικανές να υπονομεύσουν την αναπτυξιακή πορεία που φαίνεται να διαγράφει η υποσαχάρια Αφρική και θα πρέπει να δοθεί βάση στην εξέλιξη των περιθωριοποιημένων κομματιών του πληθυσμού και να δοθούν πραγματικές ευκαιρίες για οικονομική ανάπτυξη και βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των φτωχών πληθυσμιακών ομάδων, που συνήθως αποτελούν τη βάση και την πλειοψηφία των αφρικανικών κρατών. Μόνο έτσι, θα υπάρξει ουσιαστική μακροπρόθεσμη πρόοδος της περιοχής.

4. ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΑΧΑΡΙΑ ΑΦΡΙΚΗ

Οι ασθένειες αποτελούν ένα σημαντικό εμπόδιο για την ανάπτυξη της Αφρικής. Παρόλο το μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει συνολικά η περιφέρεια, η αντιμετώπιση δεν είναι επαρκής και κάποιες φορές ανύπαρκτη. Η έλλειψη συντονισμένης και επίσημης προστασίας δημιουργεί καθυστερήσεις στη φροντίδα των ασθενών και την αντιμετώπιση της εκάστοτε ασθένειας, γεγονός το οποίο οδηγεί στην παράταση της διάρκειας της ασθένειας με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη μετάδοση της, την χρονοβόρα και δαπανηρότερη θεραπεία της ή και το θάνατο.

Ωστόσο, σύμφωνα με την Έκθεση προόδου του 2011 των Ηνωμένων Εθνών⁴⁵¹, στην περιοχή της υποσαχάριας Αφρικής υπάρχει θετική εξέλιξη στους τομείς της υγείας.⁴⁵² Μέσω της διαδικασίας για την εκπλήρωση των αναπτυξιακών στόχων, η υποσαχάρια Αφρική είναι αυτή που, ανάμεσα σε όλες τις περιφέρειες, γνώρισε την ταχύτερη βελτίωση στους τομείς που σχετίζονται με την υγεία. Προηγείται των άλλων

⁴⁵¹ Βλ. UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* για την υποσαχάρια Αφρική, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/pr_afrique_sub.pdf

⁴⁵² Όπως και στην εκπαίδευση. Αντιθέτως όσον αφορά στη μητρική και παιδική θνησιμότητα και στη διατροφική ασφάλεια δεν έχει παρατηρηθεί κάποια σημαντική βελτίωση.

περιφερειών όσον αφορά στην προσπάθεια για τη μείωση της εξάπλωσης του ιού HIV. Επιπλέον, η πρόσβαση στη θεραπεία και στα φάρμακα για το AIDS είναι ευκολότερη και πιο διαδεδομένη από ότι στο παρελθόν. Στην περιοχή, έχει καταγραφεί και η μεγαλύτερη μείωση, παγκοσμίως, του αριθμού των θανάτων από ελονοσία μεταξύ 2000-2009.

Η Αφρική είναι η περιοχή που έχει πληγεί περισσότερο από τη μάστιγα του AIDS. Τις δυσμενείς προβλέψεις των ειδικών στις αρχές της δεκαετίας του '90 που υπολόγιζαν ότι σε μια δεκαετία, περίπου 9 εκατομμύρια Αφρικανοί θα έχουν μολυνθεί από τον ιό του HIV/AIDS, δυστυχώς, τις ξεπέρασε η πραγματικότητα.⁴⁵³ Το 1999, ο μέσος όρος του ποσοστού εξάπλωσης του ιού στην υποσαχάρια Αφρική ήταν 8,6% ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο βρισκόταν στο 0,2%.⁴⁵⁴ Το 2000, παρά το υψηλό ποσοστό της υποσαχάριας Αφρικής, είχε παρατηρηθεί κάποια μείωση του ρυθμού εξάπλωσης του ιού HIV σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια. Αυτό οφειλόταν, εν μέρει, σε επιτυχή προγράμματα πρόληψης που είχαν εφαρμοστεί σε ορισμένες χώρες⁴⁵⁵ και είχαν καταφέρει να μειώσουν τα ποσοστά μόλυνσης. Από την άλλη, αυτή η επιβράδυνση του ρυθμού εξάπλωσης οφειλόταν και στο τραγικό γεγονός ότι η επιδημία είχε ήδη επηρεάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενεργού πληθυσμού.⁴⁵⁶ Το 2002, 29,4 εκατομμύρια Αφρικανοί είχαν μολυνθεί από τον ιό HIV. Μέχρι το 2004, σε 16 αφρικανικές χώρες, ο αριθμός των φορέων του AIDS ξεπερνούσε το 10% του ενήλικου πληθυσμού τους. Σε επτά από αυτές τις χώρες, 1 στους 5 ενήλικες ήταν φορέας της ασθένειας.⁴⁵⁷ Ιδιαίτερα πριν μια δεκαετία, σε χώρες όπως το Μαλάουι, η Τανζανία, η Ουγκάντα και η Ζάμπια, το AIDS ήταν η πρώτη αιτία θανάτου για άτομα ηλικίας 15-49. Το 2009, στην Αφρική αντιστοιχούσε το 69% των νέων μολύνσεων από HIV, το 68% των ανθρώπων που ζουν

⁴⁵³ Για παράδειγμα, στη Νότια Αφρική, από το 1990 έως 2000, η επικράτηση του ιού AIDS εκτοξεύτηκε από το 1% στο 25 %. Μέσα της δεκαετίας του 2000, η Νότια Αφρική απέκτησε το μεγαλύτερο αριθμό φορέων του AIDS από οποιοδήποτε άλλη χώρα που άγγιξε τα 5 εκατομμύρια άτομα.

⁴⁵⁴ Βλ. Moser, G., Toshihiro, I., *Economic Growth and Poverty Reduction in Sub-Saharan Africa*, IMF Working Paper, African Department, August 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2001/wp01112.pdf>.

⁴⁵⁵ Όπως στην Ουγκάντα.

⁴⁵⁶ Βλ. Devarajan, Sh., Miller, M. J., Swanson, E. V., *Goals for Development: History, Prospects and Costs*, World Bank Policy Research Working Paper No. 2819, April 2002.

⁴⁵⁷ Η γυναίκα είναι το σύνηθες θύμα του AIDS. Σε αυτό συμβάλλουν πολλοί κοινωνικοί παράγοντες όπως η ύπαρξη σεξουαλικού τουρισμού, οι βιασμοί που αποτελούν καθημερινό φαινόμενο, η παντελής έλλειψη μέσων προφύλαξης κ.α.

με τον ιό παγκοσμίως, το 72% των θανάτων εξαιτίας του AIDS⁴⁵⁸ και το 91% των νέων μολύνσεων μεταξύ των παιδιών. Εξαιτίας της μεγάλης θνησιμότητας από το AIDS, η υποσαχάρια Αφρική κατέχει, επίσης, το υψηλότερο ποσοστό των περιπτώσεων των ορφανών παιδιών που έχουν χάσει έναν ή και τους δύο γονείς τους εξαιτίας του. Το ποσοστό αυτό ξεπερνάει το 80% του παγκόσμιου αριθμού⁴⁵⁹ και αντιστοιχεί σε 14,1 εκατομμύρια παιδιά.⁴⁶⁰

Εκτός από τα ελλιπή μέτρα πρόληψης, προφύλαξης και ενημέρωσης, το AIDS στην Αφρική «ακμάζει» και λόγω ενός συνηθισμένου «όπλου» πολέμου αλλά, δυστυχώς, και συχνού καθημερινού φαινομένου στις αφρικανικές κοινωνίες, το βιασμό. Οι γυναίκες, ακόμα και παιδιά, σε εμπόλεμες περιοχές, έχουν δεχθεί άπειρους βιασμούς και αντιμετωπίζουν, φυσικά, μεγαλύτερες πιθανότητες μόλυνσης και μετάδοσης του ιού HIV/AIDS. Σε περιοχές, όπως η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό⁴⁶¹, το Δυτικό Σουδάν⁴⁶², τη Ρουάντα⁴⁶³, όπου εφαρμόστηκε αυτή η τακτική από τις ένοπλες δυνάμεις, η μεγάλη εξάπλωση του HIV/AIDS είναι άμεσα συνδεδεμένη με τους βιασμούς των γυναικών.

Το AIDS αποτελεί ένα σημαντικό εχθρό για την οικονομική ανάπτυξη των χωρών της υποσαχάριας Αφρικής. Ιδιαίτερα τη δεκαετία του '90, το AIDS ήταν ένας από τους βασικούς ανασταλτικούς παράγοντες για την πρόοδο της περιοχής λόγω της μεγάλης και ταχύτατης εξάπλωσης του.⁴⁶⁴ Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, η μείωση του προσδόκιμου ζωής στην αφρικανική ήπειρο εξαιτίας του ιού ήταν υπεύθυνη για την πτώση του ρυθμού οικονομικής ευημερίας κατά 1,7% ετησίως.⁴⁶⁵ Στις αφρικανικές χώρες με υψηλό ρυθμό

⁴⁵⁸ Βλ. UN, *The Millennium Development Goals Report 2011* για την υποσαχάρια Αφρική διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/pr_afrique_sub.pdf

⁴⁵⁹ Παγκοσμίως, 17,5 εκατομμύρια παιδιά έχουν μείνει ορφανά εξαιτίας του AIDS.

⁴⁶⁰ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

⁴⁶¹ Βλ. <http://www.amnesty.org.gr/democratic-republic-of-the-congo>

⁴⁶² Βλ. Amnesty International, *Sudan: Darfu: Rape as a weapon of war: sexual violence and its consequences*, July 2004, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AFR54/076/2004/en/f66115ea-d5b4-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/af540762004en.pdf>

⁴⁶³ Βλ. Amnesty International, *Rwanda: "Marked for Death", rape survivors living with HIV/AIDS in Rwanda*, April 2004 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AFR47/007/2004/en/53d74ceb-d5f7-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/af470072004en.pdf>

⁴⁶⁴ Θεωρείται πως ένας παράγοντας για την μείωση στις εγγραφές των παιδιών στα σχολεία σε πολλές αφρικανικές χώρες, μεταξύ της περιόδου 1985-2000, ήταν και οι θάνατοι από τον ιό HIV.

⁴⁶⁵ Βλ. Jamison, D. T., Sachs, J. D., Wang, J., *The Effect of the AIDS Epidemic on Economic Welfare in Sub-Saharan Africa*, CMH Working Paper Series Paper No. WG1: 13, Geneva, World Health Organisation and Commission on Macroeconomics and Health, December 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

μετάδοσης του ιού HIV, η μείωση της οικονομικής ευημερίας λόγω του AIDS έχει τύχει να αγγίζει και το 8% το χρόνο.⁴⁶⁶ Στην περίπτωση αυτή, φαίνεται ξεκάθαρα ο φαύλος κύκλος που δημιουργείται με τις ασθένειες και τη φτώχεια. Το AIDS επιτείνει την υπανάπτυξη της Αφρικής και η υπανάπτυξη δημιουργεί μεγαλύτερη εξαθλίωση στην κοινωνία που επιτείνει την εξάπλωση και την έκβαση της ασθένειας.

Θετική εξέλιξη υπάρχει, ωστόσο, όσον αφορά στο ποσοστό των ατόμων με HIV που λαμβάνουν αντιρετροϊκή θεραπεία, που αυξήθηκε από το ελάχιστο 3%, το 2004, στο 37% το 2009. Στη Μποτσουάνα, τη Ναμίμπια, τη Νότια Αφρική και τη Σουαζιλάνδη έχει επιτευχθεί περισσότερο από 80% κάλυψη με αντιρετροϊκή προφύλαξη για την αποφυγή της κάθετης μετάδοσης του ιού HIV από τη μητέρα στο βρέφος.⁴⁶⁷

Αρκετές υπόσαχάριες χώρες, όπως η Ζιμπάμπουε και το Μαλάουι, προσπάθησαν να εφαρμόσουν βελτιωμένα προγράμματα θεραπείας για το AIDS. Ωστόσο, είναι συχνό το φαινόμενο να συναντούν δυσκολίες στην εφαρμογή λόγω οικονομικών προβλημάτων με αποτέλεσμα είτε τα προγράμματα δεν τίθενται σε πλήρη ισχύ, είτε αναγκάζονται οι χώρες να υποβαθμίσουν την ποιότητα της θεραπείας που παρέχουν στους πολίτες τους ή να παρέχουν θεραπεία μόνο σε αυτούς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της ασθένειας.

Η Ζιμπάμπουε είναι η πρώτη χώρα της περιοχής της νότιας Αφρικής που κατέγραψε σημαντική μείωση του επιπολασμού HIV/AIDS και από 29% το 1997⁴⁶⁸, έπεσε στο 16% το 2007⁴⁶⁹, χάρη στην ευαισθητοποίηση του λαού της πάνω σε αυτό το θέμα. Βέβαια, υπάρχουν αμφιβολίες κατά πόσο ισχύουν στην πραγματικότητα αυτά τα ποσά γιατί τα στοιχεία είναι ελλιπή μιας και υπάρχει μεγάλο ποσοστό περιθωριοποιημένων πολιτών που μπορεί να μην έχουν εξεταστεί και υπολογιστεί στο συνολικό ποσοστό. Η εξωτερική βοήθεια που δέχθηκε η χώρα, και ως παροχή διεθνής

http://www.emro.who.int/cbi/PDF/AIDS_Epidemic.pdf και Thomson, A., *An Introduction to African Politics*, Routledge, London, 2004

⁴⁶⁶ Βλ. Waelkens, M.P., Soors, W., Bart, Cr., *The role of social health protection in reducing poverty: the case of Africa*, International Labour Office, Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (STEP) Programme, 2005.

⁴⁶⁷ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

⁴⁶⁸ Τη χρονιά αυτή θεωρείται πως έφθασε στο αποκορύφωμα της η επιδημία στην χώρα.

⁴⁶⁹ Επίσης, στην πρωτεύουσα, το 2010 η συχνότητα εμφάνισης του ιού ήταν μόλις 1%. Βλ. WHO, UNAIDS, UNICEF, Progress Report 2011: *GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf

χρηματοδότησης από χώρες και ως ανάληψη δράσεων και προγραμμάτων από ξένες ΜΚΟ, διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο. Η χώρα, τα προηγούμενα χρόνια, γνώρισε μια από τις μεγαλύτερες επιδημίες HIV/AIDS και για αυτό, ευθύνεται η κυβέρνηση της που άργησε να αναγνωρίσει το πρόβλημα και να κινητοποιηθεί ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης. Το αρχικό Nation AIDS Co-ordination Programme (NACP), παρόλο που άρχισε τη δράση του το 1987, μέχρι και το τέλος της δεκαετίας του '90, δεν είχε προσφέρει τίποτα για την αναχαίτιση της επιδημίας. Το NACP χαρακτηριζόταν από κακή οργάνωση και έλλειψη πόρων.⁴⁷⁰ Η κατάσταση επιδεινώθηκε ιδιαίτερα και το κράτος φαινόταν αδύναμο να αντιμετωπίσει επαρκώς την κρίση. Με τα τεράστια ποσοστά θνησιμότητας και τις λάθος πρακτικές που εφάρμοσε η κυβέρνηση⁴⁷¹, η χώρα οδηγήθηκε στην παρακμή, αυξήθηκε η φτώχεια και κατέρρευσαν υγειονομικά και εκπαιδευτικά συστήματα. Οι ξένες και διεθνείς ΜΚΟ, οργανώσεις και χώρες, που προσπάθησαν να αναλάβουν δράση στη χώρα, συνάντησαν εχθρικό κλίμα εκ μέρους της κυβέρνησης που κατηγορούσε τις παρεμβάσεις ότι είχαν πολιτικά κίνητρα. Ωστόσο, με τη βοήθεια των χρηματοδοτήσεων που, τελικά, έλαβε⁴⁷² και τα προγράμματα που κατάφεραν να λειτουργήσουν, οι πολίτες της Ζιμπάμπουε άρχισαν να αποκτούν κάποια ενημέρωση και εκπαίδευση πάνω στο θέμα του AIDS. Από το 2006, τα παιδιά μαθαίνουν για το AIDS από το σχολείο. Παράλληλα, αναπτύχθηκαν προγράμματα ενημέρωσης μέσω των MME και εκστρατείες για την εκπαίδευση των νέων⁴⁷³ πάνω στο θέμα. Η ενημέρωση αλλά και το σοκ που είχε υποστεί η κοινωνία από τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας λόγω AIDS, οδήγησαν τους πολίτες να αποκτήσουν ασφαλέστερες σεξουαλικές συμπεριφορές και

⁴⁷⁰ Βλ. <http://www.avert.org/aids-zimbabwe.htm>.

⁴⁷¹ Γενικά, η κυβέρνηση της Ζιμπάμπουε έχει δεχθεί πολλές φορές έντονη κριτική από τη διεθνή κοινότητα για διαφθορά, παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και αδιαφορία για τις φτωχές και ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες της χώρας.

⁴⁷² Οι βασικοί χρηματοδότες για την περίπτωση του AIDS στη Ζιμπάμπουε είναι οι Υπηρεσίες για τη Διεθνή Ανάπτυξη των ΗΠΑ και της Μ.Βρετανίας (DFID and USAID) και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και μέχρι το 2010, χορήγησαν πάνω από 40 εκατομμύρια δολάρια. Επίσης, η χώρα έχει λάβει οικονομική βοήθεια μέσω του UNDP και του GFATM, ύψους 37,9 εκατομμυρίων δολαρίων. Τα ποσά που της χορηγήθηκαν, παρόλο τη σημαντική βοήθεια που προσέφεραν τελικά στη χώρα, είναι σημαντικά μικρότερα από τα ποσά που λαμβάνουν άλλα υποσαχάρια κράτη από τους συγκεκριμένους φορείς, π.χ. Ζάμπια και Ναμίμπια. Βλ. UNGASS, *United Nations General Assembly Report on HIV and AIDS, Zimbabwe country report 2006-2007*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/zimbabwe_2008_country_progress_report_en.pdf και Plus News, *ZIMBABWE: A timeline of HIV/AIDS funding woes*, 12 August 2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.plusnews.org/Report/85691/ZIMBABWE-A-timeline-of-HIV-AIDS-funding-woes>.

⁴⁷³ Το ήμισυ των φορέων της χώρας μολύνεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής.

μεγαλύτερη πρόληψη για την αποφυγή μόλυνσης.⁴⁷⁴ Το παράδειγμα της χώρας αποδεικνύει πως η καλύτερη κατανόηση και ευαισθητοποίηση είναι από τα σημαντικότερα μέσα καταπολέμησης του HIV/AIDS καθώς οδηγεί σε ασφαλείς συμπεριφορές και έχει αποδειχθεί, έμπρακτα, ότι μειώνει τις νέες μολύνσεις. Σχετικά με τη Ζιμπάμπουε, ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί πως η χώρα έχει ακόμα μεγάλα ποσοστά φορέων του ιού και πρέπει να γίνουν ακόμα πολλές και εντατικότερες προσπάθειες για να νικήσει το AIDS καθώς τα προγράμματα πρόληψης συνεχίζουν να υποχρηματοδοτούνται και το κόστος των αντιρετροϊκών φαρμάκων είναι ιδιαίτερα υψηλό με αποτέλεσμα να είναι συχνό το φαινόμενο μετανάστευσης των νοσούντων σε γειτονικές χώρες όπου μπορούν λάβουν φθηνότερη θεραπεία.⁴⁷⁵

Αρκετές παγκόσμιες δράσεις κατά του AIDS λαμβάνουν χώρα σε πολλά κράτη της υποσαχάριας Αφρικής για την δημιουργία προγραμμάτων ή για την υποστήριξη υπαρχόντων.

Ενδεικτικά, στην περίπτωση της Μπουρκίνα-Φάσο, το UNDP προσφέρει τακτική βοήθεια σε 36.000 πολίτες που ζουν με τον ιό HIV. Οι ασθενείς δέχονται κατ' οίκο ιατρικές επισκέψεις, γεύματα και μια βοήθεια για προώθηση μικρών επιχειρήσεων. Επιπλέον, κατά την διάρκεια των τελευταίων πέντε χρόνων, 3 εκατομμύρια πολίτες έχουν λάβει μέρος σε δραστηριότητες πρόληψης.⁴⁷⁶

Άλλη μια περίπτωση είναι η Νιγηρία, η οποία δέχεται σημαντική χρηματική βοήθεια για δημιουργία προγραμμάτων καταπολέμησης του AIDS. Από την Παγκόσμια Τράπεζα έλαβε, αρχικά, 90,3 εκατομμύρια δολάρια μέσω του 5ετούς προγράμματος HIV/AIDS Programme Development Project, που ξεκίνησε το 2002 και το 2007, αποφασίστηκε ο δεύτερος κύκλος του προγράμματος και έλαβε άλλα 50 εκατομμύρια

⁴⁷⁴ Βλ. Hallett, T.B, et al, “Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti”, *Sex Transm Infect.*, Vol. 82, Suppl 1, April 2006, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693572/?tool=pubmed> και Halperin, D. T., et al., “A Surprising Prevention Success: Why Did the HIV Epidemic Decline in Zimbabwe?”, *PLoS Medicine*, Vol. 8, Issue 2, 2011 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000414>.

⁴⁷⁵ Βλ. Banda, I., “Zimbabwe: Children Crossing Borders in Search of HIV Treatment”, 24 August 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://allafrica.com/stories/201008240798.html>

⁴⁷⁶ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

δολάρια μέχρι το 2009.⁴⁷⁷ Με την ενίσχυση των υγειονομικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες περιοχές, την κινητοποίηση του ιδιωτικού τομέα και της κοινωνίας των πολιτών, το πρόγραμμα συνέβαλε στη μείωση του επιπολασμού του HIV, από 5,2% το 2003 σε 4,6% το 2008.⁴⁷⁸ Επιπλέον, το GFATM διάθεσε στη Νιγηρία 95 εκατομμύρια δολάρια⁴⁷⁹ για την προώθηση της πρόληψης της κάθετης μετάδοσης από τη μητέρα στο παιδί και την επέκταση της αντιρετροϊκής θεραπείας. Οι ΗΠΑ έχουν διαθέσει, από το 2004 μέχρι το 2009, στην χώρα, μέσω του PEPFAR⁴⁸⁰, 1,539 δισεκατομμύρια δολάρια για την προώθηση δράσεων για την πρόληψη, τη θεραπεία και τη φροντίδα των οροθετικών ατόμων. Χάρη σε αυτή τη στήριξη πάνω από ένα εκατομμύριο φορείς έχουν λάβει ειδική θεραπεία και συμβουλευτική υποστήριξη, αυξήθηκαν οι έγκυες γυναίκες που έλαβαν αντιρετροϊκή προφύλαξη και σε περισσότερα από 5 χιλιάδες βρέφη αποφεύχθηκε η μόλυνση από HIV.⁴⁸¹

Οι χώρες πολλές φορές είναι ιδιαίτερα συνδεδεμένες με την εξωτερική ενίσχυση που δέχονται και η εξέλιξη της πορείας τους βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με αυτή. Για παράδειγμα, στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, η μείωση της διεθνούς χρηματοδότησης που δέχεται θέτει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή των φορέων του ιού HIV. Το δετές πρόγραμμα χρηματοδότησης της Παγκόσμιας Τράπεζας έληξε το 2011 και η χρηματοδότηση από το UNITAID προβλέπεται να σταματήσει το Δεκέμβριο του 2012. Επιπλέον, η ακύρωση του 11^{ου} πακέτου χρηματοδότησης εκ μέρους του GFATM δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση για τη χώρα, που δεν ήταν επιλέξιμη ούτε για το 9^ο και 10^ο πακέτο στήριξης. Αυτό συμβαίνει γιατί η χώρα εμφανίζεται με μικρά ποσοστά επιπολασμού του ιού. Το πρόβλημα είναι ότι μόνο το 15% των φορέων λαμβάνουν αντιρετροϊκή θεραπεία και τώρα με τη μείωση των οικονομικών πόρων, ήδη, στην πρωτεύουσα έχει χρειαστεί να κλείσουν τα 2 από τα 3 κέντρα υγείας.⁴⁸²

⁴⁷⁷ Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/PROJECTS/0,,contentMDK:21344088~menuPK:64282138~pagePK:41367~piPK:279616~theSitePK:40941,00.html>

⁴⁷⁸ Βλ.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22294364~menuPK:141310~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>

⁴⁷⁹ Μέσω της διαδικασίας εκταμίευσης κεφαλαίων.

⁴⁸⁰ Βλ. The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.pepfar.gov/>

⁴⁸¹ Βλ. <http://www.pepfar.gov/countries/nigeria/index.htm>.

⁴⁸² Βλ. <http://allafrica.com/stories/201202021223.html>.

Η ελονοσία είναι η πλέον διαδεδομένη ασθένεια στην περιοχή, ιδιαίτερα οι χώρες της κεντρικής και δυτικής Αφρικής αντιμετωπίζουν μεγάλα ποσοστά ενδημίας.⁴⁸³ Το 81% των κρουσμάτων και το 91% των θανάτων από ελονοσία, παγκοσμίως, συμβαίνουν στην υποσαχάρια Αφρική.⁴⁸⁴ Υπολογίζεται πως για το 2010, η υποσαχάρια Αφρική αριθμούσε 174 εκατομμύρια κρούσματα ελονοσίας και 655 χιλιάδες θανάτους εξαιτίας της.⁴⁸⁵

Στην Αφρική, σήμερα, είναι γνωστό ότι η ελονοσία είναι ταυτόχρονα αρρώστια της φτώχειας αλλά και αιτία της φτώχειας. Η συγκεκριμένη ασθένεια επιφέρει σημαντικές αρνητικές συνέπειες για την οικονομία της περιοχής.⁴⁸⁶ Υπολογίζεται πως ετησίως η συγκεκριμένη ασθένεια έχει κόστος στο ΑΕΠ της Αφρικής της τάξεως των 12 δισεκατομμυρίων δολαρίων.⁴⁸⁷ Εκτιμάται ότι τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 2000, στην υποσαχάρια Αφρική, η μέση μείωση ανάπτυξης που οφειλόταν στην ελονοσία κυμαινόταν στο 55%. Η επίδραση της εν λόγω ασθένειας στην οικονομία έγκειται στη σημαντική συγκράτηση στον τομέα του τουρισμού, της γεωργίας και των εξορύξεων. Σε ορισμένα μέρη της Αφρικής με υψηλά ποσοστά επικράτησης της ελονοσίας, υπολογίζεται ότι τα φτωχά νοικοκυριά αναγκάζονται να δαπανήσουν έως το 25%, ή και περισσότερο του ετήσιου εισοδήματός τους για πρόληψη και θεραπεία.⁴⁸⁸ Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε το 2004, σε αγροτικές περιοχές της Ακτής του Ελεφαντοστού με καλλιέργειες λαχανικών, όπου η μετάδοση της ελονοσίας είναι ιδιαίτερα εύκολη, αποδείχθηκε ότι οι αγρότες που αρρώστησαν και έχασαν περισσότερες από 2 μέρες εργασίας είχαν έως και 53% χαμηλότερα έσοδα από αγρότες που μπορεί να έχασαν μέχρι 2 μέρες εργασίας.⁴⁸⁹

⁴⁸³ Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ, εικόνα 4.

⁴⁸⁴ Ετησίως, η ελονοσία συμβάλλει στο θάνατο περίπου 10.000 εγκύων και ως 200.000 βρεφών. Βλ. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html και <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>.

⁴⁸⁵ Βλ. WHO, *World Malaria Report 2011*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf.

⁴⁸⁶ Βλ. http://www.rollbackmalaria.org/cmc_upload/0/000/015/363/RBMInfosheet_10.htm.

⁴⁸⁷ Βλ. <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/malaria/>.

⁴⁸⁸ Βλ. Waelkens, M.P., Soors, W., Bart, Cr., *The role of social health protection in reducing poverty: the case of Africa*, International Labour Office, Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (STEP) Programme, 2005.

⁴⁸⁹ Βλ. Girardin, O., Dao, D., Koudou, B., Essé, C., Cissé, G., Yao, T., N'Goran, E., Tschannen, A., Bordmann, G., Lehmann, B., Nsabimana, C., Keiser, J., Killeen, G., Singer, B., Tanner, M., Utzinger, J., "Opportunities and limiting factors of intensive vegetable farming in malaria endemic Côte d'Ivoire", *Acta Tropica*, Vol. 89, Issue 2, January 2004, σελ. 109-123.

Λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης, οι διεθνείς προσπάθειες για τον μετριασμό της ασθένειας στην περιοχή έχουν ενισχυθεί, ιδίως τα τελευταία χρόνια. Με τη συνεργασία μεγάλων οργανισμών⁴⁹⁰ και ΜΚΟ, έχει παρατηρηθεί ραγδαία αύξηση της κάλυψης των νοικοκυριών της υποσαχάριας Αφρικής με κουνουπιέρες και εντομοκτόνα και από 5,6 εκατομμύρια κουνουπιέρες που είχαν διανεμηθεί το 2004, το 2010, ο αριθμός τους έφθασε τα 145 εκατομμύρια και διανεμήθηκαν σε 38 χώρες. Επίσης, σε 36 υποσαχάριες χώρες χρησιμοποιούνται και οι ψεκασμοί με εντομοκτόνο ως βασικό μέσο προφύλαξης.⁴⁹¹

Στην Αιθιοπία, την Ερυθραία, τη Ζάμπια και τη Σενεγάλη παρουσιάζουν μείωση τα κρούσματα ελονοσίας κατά 25% με 50% και αυτό οφείλεται στις πρακτικές έντονων παρεμβάσεων που εφάρμοσαν οι χώρες αυτές για τον έλεγχο της ασθένειας.⁴⁹² Στη Ζάμπια, με το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για την Ελονοσία 2006-2010⁴⁹³, δόθηκε βάση στην ενίσχυση των υγειονομικών συστημάτων και τη βελτίωση της λειτουργίας τους και σε μια σφαιρική αντιμετώπιση του ζητήματος της ελονοσίας, από τη φροντίδα του ασθενή ως το μετριασμό των οικονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας.⁴⁹⁴ Ο στόχος ήταν η μείωση κατά 75% του ρυθμού μετάδοσης της ασθένειας και της θνησιμότητας εξαιτίας της έως το 2010. Τα μέσα παρέμβασης του προγράμματος είναι η διανομή ειδικών κουνουπιέρων στους πολίτες της, οι ψεκασμοί με εντομοκτόνα εντός των κατοικιών και σε εξωτερικούς χώρους, η προληπτική θεραπεία και η έγκαιρη χορήγηση αποτελεσματικής θεραπείας, ιδιαίτερα στις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες όπως οι εγκυμονούσες και τα παιδιά. Το 2010, περίπου 1,1 νοικοκυριά επωφελήθηκαν από τους εσωτερικούς ψεκασμούς και έτσι προστατεύθηκαν περίπου 4,7 εκατομμύρια άτομα.⁴⁹⁵ Παράλληλα, γίνονται προσπάθειες να διανεμηθούν οι απαραίτητες κουνουπιέρες σε όλους τους πολίτες της χώρας που κινδυνεύουν από την ελονοσία. Στην Αιθιοπία, οι θάνατοι από ελονοσία μειώθηκαν κατά το ήμισυ μεταξύ της περιόδου 2005-

⁴⁹⁰ όπως ο ΠΟΥ και το UNDP.

⁴⁹¹ Βλ. WHO, *World Malaria Report 2011*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf

⁴⁹² Βλ. WHO, *World Malaria Report 2011*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf

⁴⁹³ Βλ. http://www.nmcc.org.zm/about_nmcc.htm

⁴⁹⁴ Σημαντική βοήθεια στην κυβέρνηση της Ζάμπιας, για το σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων για την ελονοσία, παρέχει η Roll Back Malaria. Ενίσχυση δέχεται και από άλλους διεθνείς και περιφερειακούς φορείς.

⁴⁹⁵ Βλ. http://www.nmcc.org.zm/indoor_residual_spraying.htm

2008. Σε συνεργασία με το GFATM που του χορήγησε την απαραίτητη χρηματοδότηση, το κράτος διέμεινε περίπου 20 εκατομμύρια εμποτισμένες με εντομοκτόνο κουνουπιέρες και πέτυχε ευρεία διάθεση των απαραίτητων φαρμάκων. Το 2005, όταν ξεκίνησε το πρόγραμμα μόνο το 2% των νοικοκυριών είχαν στη διάθεση τους ειδικές κουνουπιέρες και σχεδόν το 50% του πληθυσμού ήταν αποκομμένο από τις υγειονομικές υπηρεσίες. Το εθνικό πρόγραμμα, εντατικοποίησε, επίσης, τους προληπτικούς ελέγχους που αναδείχθηκε ως πολύτιμο μέσο παρέμβασης.⁴⁹⁶

Μικρότερη ύφεση των κρουσμάτων και των θανάτων από ελονοσία παρουσίασαν και άλλες 7 υποσαχάριες χώρες: η Μποτσουάνα, η Ναμίμπια, η Νότιος Αφρική, το Πράσινο Ακρωτήριο, η Σουαζιλάνδη, η Τανζανία και η Ζανζιβάρη.⁴⁹⁷

Εκτός από τη ελονοσία, η περιφέρεια της υποσαχάριας Αφρικής πλήττεται και από πολλές άλλες ενδημικές, ή αλλιώς τροπικές, ασθένειες. Οι αγροτικοί πληθυσμοί στις περισσότερες υπασαχάριες χώρες κινδυνεύουν από την αφρικανική τρυπανοσωμίαση, ή αλλιώς ασθένεια του ύπνου.⁴⁹⁸ Χωρίς να δεχθεί θεραπεία, ο ασθενής οδηγείται στον θάνατο. Τη δεκαετία του '60, ύστερα από έρευνες και υγειονομικούς ελέγχους δεκαετιών,⁴⁹⁹ η ασθένεια έφθασε κοντά στην εξάλειψη. Με το πέρασμα, όμως, των χρόνων και την υπανάπτυξη που γνώρισαν τα αφρικανικά κράτη μετά την ανεξαρτησία, η νόσος ανάκαμψε καθώς και οι συνθήκες διαβίωσης των Αφρικανών συνέχιζαν να είναι άσχημες αλλά και τα υγειονομικά συστήματα υποβαθμίστηκαν. Στα τέλη της δεκαετίας του '80, υπήρχαν περιπτώσεις αγροτικών περιοχών όπου το 50% των κατοίκων νοσούσε από τη συγκεκριμένη ασθένεια. Στις μέρες μας, υπάρχει θετική εξέλιξη για τον έλεγχο της συγκεκριμένης ασθένειας και από το 2009, μετά από 50 χρόνια, υπάρχουν, ετησίως, λιγότερα από 10.000 νέα κρούσματα.⁵⁰⁰

Επίσης, δυο μεγάλες ασθένειες, η χολέρα και η φυματίωση σκοτώνουν, κατά καιρούς, μεγάλα τμήματα του πληθυσμού της υποσαχάριας Αφρικής. Από τη μια, η φυματίωση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την επιδημία του AIDS και οι οροθετικοί είναι από τα βασικά θύματα της. Η περιοχή αντιμετωπίζει υψηλά ποσοστά θνησιμότητα λόγω

⁴⁹⁶ Βλ. <http://www.theglobalfund.org/en/savinglives/ethiopia/ma1/>

⁴⁹⁷ Βλ. WHO, *World Malaria Report 2011* διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf

⁴⁹⁸ Μεταδίδεται από τσίμπημα εντόμων, τη γνωστή μύγα τσε-τσε.

⁴⁹⁹ Το παράσιτο που ευθύνεται για την ασθένεια αναγνωρίστηκε το 1901.

⁵⁰⁰ Βλ. http://www.who.int/trypanosomiasis_african/en/

της συγκεκριμένης ασθένειας. Από την άλλη, η χολέρα βρίσκει πρόσφορο έδαφος στις εξαθλιωμένες πληθυσμιακές ομάδες των υποσαχάριων κρατών, όπως η Ρουάντα, λόγω πείνας, φτώχειας, συγκρούσεων και άσχημων συνθηκών διαβίωσης.

Επιτυχημένη θεωρείται η κίνηση που έκανε το Τόγκο για την συνδυασμένη αντιμετώπιση κάποιων ασθενειών. Το 2004, η χώρα προώθησε μια εθνική εκστρατεία για τη δημόσια υγεία. Συνδύασε το εμβόλιο κατά της ιλαράς και της πολιομυελίτιδας με τη δωρεάν διανομή κουνουπιέρων εμποτισμένων με εντομοκτόνο, συμπληρώματα βιταμίνης Α και αντιπαρασιτικά φάρμακα. Το 2008, το 71% των νοικοκυριών του στόχου είχε αποκτήσει κουνουπιέρα και περισσότερο από 1 εκατομμύριο παιδιά είχαν λάβει αντιπαρασιτική θεραπεία.⁵⁰¹

Για την επιτυχία της αντιμετώπισης των ασθενειών που βασανίζουν τα υποσαχάρια κράτη, καταλυτικός είναι ο ρόλος των εθνικών κυβερνήσεων και φορέων. Θα πρέπει να υπάρξει εκ μέρους τους άμεση επέμβαση και να δημιουργήσουν οργανωμένες και συντονισμένες δράσεις για την καταπολέμηση της μάστιγας των ασθενειών που πλήττουν ανεπανόρθωτα την κοινωνία τους. Είναι αναγκαίο, να αναλάβουν δράση από μόνα τους τα κράτη για να αξιοποιήσουν, αποτελεσματικά και μεθοδευμένα, την εξωτερική βοήθεια που τους προσφέρεται. Βέβαια, θα πρέπει να ζητήσουν την στήριξη και να συνεργαστούν στενά για αυτόν το σκοπό με κάποιο μεγαλύτερο και πιο εξειδικευμένο φορέα, διεθνή ή περιφερειακό, γιατί είναι αναμενόμενο πως ένα φτωχό κράτος δεν διαθέτει ούτε τους οικονομικούς πόρους ούτε την απαραίτητη τεχνογνωσία.

5. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, η περιφέρεια της υποσαχάριας Αφρικής χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά φτώχειας και πλήττεται σημαντικά από σοβαρές ασθένειες όπως AIDS, ελονοσία ή άλλες ενδημικές και επιδημικές ασθένειες. Ακόμα και οι χώρες που φαίνονται πιο ισχυρές από τις υπόλοιπες της περιφέρειας απέχουν σημαντικά από την αναπτυξιακή πορεία που ακολουθούν αναπτυσσόμενα κράτη άλλων περιοχών και στο εσωτερικό τους συναντάμε μεγάλες οικονομικές ανισότητες. Σε χώρες, όπως η Νότιος

⁵⁰¹ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf> και International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Report 2006-2007: *Health Initiative - Malaria, Measles and Polio*, 3 April 2008.

Αφρική και η Γκαμπόν, που θεωρούνται πιο εύπορες από τις περισσότερες χώρες της περιοχής, ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού τους ζει κάτω από το όριο της φτώχειας. Παγιδευμένοι σε συνθήκες ακραίας φτώχειας και αποκλεισμένοι από αξιοπρεπή υγειονομική περίθαλψη, τα φτωχά κοινωνικά στρώματα των Αφρικανών έχουν να αντιμετωπίσουν από τη μια πλευρά, το καταστροφικό κόστος εξεύρεσης υγειονομικής περίθαλψης και από την άλλη, επωμίζονται το βάρος της χαμένης παραγωγικότητάς τους.

Μπορούν να γίνουν πολλές συγκρίσεις μεταξύ των χωρών σχετικά με το θέμα της φτώχειας και των ασθενειών. Μια σύγκριση που μπορεί να γίνει είναι με βάση τους κατακτητές τους. Οι χώρες «μεταφέρουν» ακόμα στοιχεία της αποικιοκρατικής εποχής, η οποία επηρέασε και επηρεάζει ακόμα και σήμερα την πορεία τους.⁵⁰²

Στην ανατολική Αφρική επικράτησαν κυρίως οι Βρετανοί⁵⁰³ και η αποικιοκρατία σε αυτή την περιοχή ήταν ηπιότερη και χωρίς να διαστρεβλώσει εντελώς τις εκεί κοινωνίες.⁵⁰⁴ Οι Βρετανοί επιθυμούσαν κάθε αποικία τους να είναι οικονομικά ανεξάρτητη. Για να μην επιβαρύνεται η μητρόπολη και οι Ευρωπαίοι φορολογούμενοι, η οποιαδήποτε αύξηση των δημόσιων δαπανών μιας βρετανικής αποικίας θα έπρεπε να χρηματοδοτηθεί από την αντίστοιχη αύξηση των εσόδων.⁵⁰⁵ Επίσης, η βρετανική διακυβέρνηση, στην περιοχή, στηρίχθηκε περισσότερο σε Αφρικανούς ηγέτες που ενεργούσαν ως μεσάζοντες. Σε αυτές τις χώρες παρατηρείται καλύτερη αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων όπως για παράδειγμα η επιδημία του AIDS.

Αντιθέτως, η δυτική Αφρική γνώρισε μια αποικιοκρατία ιδιαίτερα σκληρή, αυτή των Γάλλων. Σε αντίθεση με τους Βρετανούς, την εξουσία στις γαλλικές αποικίες και όλα τα ανώτερα αξιώματα, με ελάχιστες εξαιρέσεις, τα καταλάμβαναν, μόνο, οι

⁵⁰² Βλ. Austin, G., “Développement économique et legs coloniaux en Afrique”, *Revue internationale de politique de développement*, 11 mars 2010, Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010 και Mazrui, A. A., Wondji, C., (eds), *UNESCO General History of Africa Volume VIII Africa since 1935*, Heinemann Publishers (Oxford) Ltd, California, 1993.

⁵⁰³ Βρετανικές αποικίες στην ανατολική Αφρική: Ζάμπια, Κένυα, Μαδαγασκάρη, Μαλάουι, Μαυρίκιος, Ουγκάντα, Σεϋχέλλες και Τανζανία.

⁵⁰⁴ Γενικά, σε αντίθεση με τη Γαλλία, η οποία διατήρησε ένα ενιαίο σύστημα διαχείρισης για τις 14 αφρικανικές αποικίες της, η Βρετανία επινόησε μια ποικιλία διοικητικών συστημάτων διακυβέρνησης για τις χώρες υπό την κατοχή της. Βλ. Mazrui, A. A., Wondji, C., (eds), *UNESCO General History of Africa Volume VIII Africa since 1935*, Heinemann Publishers (Oxford) Ltd, California, 1993.

⁵⁰⁵ Για παράδειγμα, στη Γκάνα, το 1920, οι νέες υποδομές που πραγματοποιήθηκαν, όπως σχολείο, νέο λιμάνι, οδικό και σιδηροδρομικό δίκτυο, χρηματοδοτήθηκαν από τα δασμολογικά έσοδα από την αύξηση των εξαγωγών κακάο.

αποικιοκράτες. Η Γαλλία επωμιζόταν, η ίδια, το κόστος των δαπανών για υποδομές και δημόσια αγαθά και τα ποσά που προόριζε για αυτά αλλά και ο αριθμός των έργων της υπολείπονταν από αυτά των βρετανικών αποικιών. Μια τακτική που εφάρμοζαν οι γαλλόφωνοι αποικιοκράτες ήταν να κρατούν το βιοτικό και το πολιτιστικό επίπεδο των γηγενών κατοίκων ιδιαίτερα χαμηλό ώστε να είναι πιο ασφαλής η κυριαρχία τους. Επίσης, στις περισσότερες περιοχές, οι κάτοικοι απασχολούνταν σε καταναγκαστική εργασία. Απότοκο αυτής της αποικιοκρατίας ήταν η εξαθλίωση των τοπικών κοινωνιών, η επικράτηση δυσχερέστερων κοινωνικών και υγειονομικών υποδομών με αποτέλεσμα οι λαοί της περιοχής να μην έχουν τα απαραίτητα ή έστω τα στοιχειώδη μέσα για να αντιδράσουν στη φτώχεια και τις ασθένειες που τους απειλούν καθημερινά. Η μάστιγα του AIDS εξαπλώνεται στη δυτική Αφρική ταχύτατα χωρίς να γίνεται καμία προσπάθεια αναχαίτιση της. Επίσης, σε μέρη της περιοχής, εκτός από τον κλασσικό ιό του AIDS (HIV-1), υπάρχει και ένας δεύτερος ιός ο HIV-2, που είναι πολύ πιο ισχυρός.⁵⁰⁶ Σε αυτήν την περιοχή, τη δυτική Αφρική, η σύγκριση μεταξύ των πρώην γαλλικών και βρετανικών αποικιών είναι πιο έντονη. Τα πιο ανεπτυγμένα κράτη της περιοχής είναι οι τέσσερις πρώην βρετανικές αποικίες, η Νιγηρία, η Γκάνα, η Σιέρα Λεόνε και η Γκάμπια σε αντίθεση με τις εννέα πρώην γαλλικές αποικίες⁵⁰⁷ και τα υπόλοιπα δύο κράτη που ήταν υπό πορτογαλική κατοχή⁵⁰⁸. Ένας λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι μετά την ανεξαρτησία, ένας μεγάλος αριθμός Αφρικανών που κατάγονταν από χώρες της βρετανικής δυτικής Αφρικής, μορφωμένοι και εκπαιδευμένοι στο εξωτερικό όπως γιατροί, δικηγόροι και μηχανικοί, άρχισαν να επιστρέφουν στην πατρίδα τους. Το αποτέλεσμα ήταν σε αυτές τις χώρες να υπάρξει μια σταθερή αύξηση των «αστικών» επαγγελματιών και παρατηρήθηκε, γενικά, μια ανάπτυξη εκείνων των κοινωνιών.⁵⁰⁹

Για τη συγκεκριμένη σύγκριση, μεταξύ πρώην βρετανικών και γαλλικών αποικιών σχετικά με την ανάπτυξη και την αντιμετώπιση των ασθενειών, χαρακτηριστική είναι η διαφορά της Γκάνας με την Ακτή Ελεφαντοστού. Οι χώρες έχουν παρόμοια γεωγραφική θέση, βρίσκονται στη δυτική Αφρική και είναι γειτονικές χώρες. Επίσης, έχουν

⁵⁰⁶ Βλ. Χανιώτης, Φρ. Ι., Χανιώτης, Δ. Ι., *Νοσολογία Παθολογία*, Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2002.

⁵⁰⁷ Ακτή Ελεφαντοστού, Γουινέα, Μαλί, Μαυριτανία, Μπενίν, Μπουρκίνα Φάσο, Σενεγάλη και Τόγκο.

⁵⁰⁸ Γουινέα-Μπισάο και Πράσινο Ακρωτήριο.

⁵⁰⁹ Βλ. Mazrui, A. A., Wondji, C., (eds), *UNESCO General History of Africa Volume VIII Africa since 1935*, Heinemann Publishers (Oxford) Ltd, California, 1993.

παρόμοιους φυσικούς πόρους, είναι και οι δυο από τους μεγάλους παραγωγούς κακάο και καφέ, παγκοσμίως, και τα εδάφη τους είναι πλούσια σε χρυσό και διαμάντια. Ωστόσο, έχουν ακολουθήσει μια τελείως διαφορετική οικονομική και αναπτυξιακή πορεία. Αν και η Ακτή Ελεφαντοστού είχε ξεκινήσει μια πορεία ανάκαμψης από την εποχή της ανεξαρτησίας της και έφθασε τη δεκαετία του '80 να έχει το διπλάσιο κατά κεφαλήν ΑΕΠ από τη δεκαετία του '60, ενώ, αντιθέτως, η Γκάνα γνώριζε, την ίδια περίοδο, σημαντικές και αναπτυξιακές απώλειες, από τη δεκαετία του '80 και μετά οι όροι αντιστράφηκαν. Η Γκάνα άρχισε να ακολουθεί μια πιο βιώσιμη ανάπτυξη ενώ η οικονομία της Ακτής Ελεφαντοστού άρχισε να καταρρέει.

Η Γκάνα, πρώην βρετανική αποικία, ήταν η πρώτη αφρικανική χώρα που απέκτησε την ανεξαρτησία της. Θεωρείται μια από τις ταχύτερες αναπτυσσόμενες οικονομίες στον κόσμο και τα τελευταία χρόνια, κατατάσσεται στις χώρες μεσαίου εισοδήματος. Η οικονομία της Γκάνας στηρίζεται στη γεωργία, η οποία αντιπροσωπεύει το 50% του ΑΕΠ και απασχολεί το 85% του εργατικού δυναμικού της χώρας. Είναι η 3^η παραγωγός κακάο και η 5^η παραγωγός διαμαντιών, παγκοσμίως. Η ανθρώπινη ανάπτυξη της χώρας, σύμφωνα με το δείκτη HDI, είναι μεγαλύτερη από το μέσο όρο της υποσαχάριας Αφρικής.⁵¹⁰

Στην αρχή της πορείας ως ανεξάρτητο κράτος, γνώρισε μια σειρά από πραξικοπήματα και κυβερνήσεις στρατιωτικού χαρακτήρα και αυτό ήταν ένας κατασταλτικός παράγοντας για την ανάπτυξη της χώρας. Ωστόσο, προς το τέλος της δεκαετίας του '70, με την αλλαγή των πρακτικών που ακολουθούσαν μέχρι τότε οι κυβερνήσεις⁵¹¹, τη θέσπιση μιας πιο κοινωνικής πολιτικής, την εφαρμογή αναπτυξιακών πολιτικών και τη μείωση φορολογικών συντελεστών, ιδιαίτερα στον τομέα της γεωργίας, η Γκάνα κατάφερε να αυξάνει συνεχώς το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της.⁵¹²

Η οικονομική ανάπτυξη της χώρας συνεχίζεται με ρυθμό ανάπτυξης 5,9% για το 2010. Με μια συνετή και δημοσιονομική νομισματική διαχείριση που έχει εφαρμόσει η κυβέρνηση, οι πληθωριστικές τάσεις υποχώρησαν και σε συνδυασμό με την όλο και πιο

⁵¹⁰ Ο HDI της Γκάνας κυμαίνεται στο 0,541 για το 2011 και καταλαμβάνει την 135^η θέση στην παγκόσμια κατάταξη. Βλ. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GHA.html>

⁵¹¹ Οι αρχικές αλλαγές διακυβέρνησης έγιναν, παραδόξως, από την πραξικοπηματική κυβέρνηση Rawlings που είχε καταλάβει την εξουσία το 1979.

⁵¹² Βλ. Eberhardt, M., Teal, Fr., "Le Ghana et la Côte d'Ivoire: une inversion des rôles", *Revue internationale de politique de développement*, 11 mars 2010.

δημοκρατική πορεία της χώρας, ιδιαίτερα από το 2000 και μετά, που έχει συμβάλλει στην κοινωνική σταθερότητα, η Γκάνα έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη των επενδυτών οδηγώντας στην αύξηση των επενδύσεων. Το επιχειρηματικό περιβάλλον βελτιώθηκε και από τα αναπτυξιακά προγράμματα της κυβέρνησης για τον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, η κίνηση της να εξάγει πετρέλαιο, για πρώτη φορά, το 2011, αναμένεται να βοηθήσει σημαντικά τη μελλοντική της οικονομική πορεία.⁵¹³ Η Γκάνα έχει εφαρμόσει δυο σημαντικά αναπτυξιακά προγράμματα το Ghana Poverty Reduction Strategy I, για την περίοδο 2003-2005 και το Ghana Poverty Reduction Strategy II, για την περίοδο 2006-2009. Πρόκειται για πλαίσια πολιτικής που κατευθύνονταν προς την επίτευξη μέτρων κατά της φτώχειας, με βάση τους στόχους της χιλιετίας στοχεύοντας στην ανασυγκρότηση οικονομικών πτυχών της ανάπτυξης, στην πολιτική σταθερότητα, την ενίσχυση της παραγωγής και απασχόλησης, στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων και στην προστασία ευάλωτων και περιθωριοποιημένων πληθυσμιακών ομάδων. Τα προγράμματα αυτά, ιδιαίτερα το δεύτερο, έχουν λειτουργήσει ικανοποιητικά, αν και κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω ενίσχυση για τη βελτίωση της παροχής βασικών κοινωνικών υποδομών και υπηρεσιών.⁵¹⁴ Η συνεργασία της με αναδυόμενες οικονομίες, όπως η Κίνα και η Νότια Κορέα, της παρέχει νέες πηγές χρηματοδότησης και τεχνογνωσίας.⁵¹⁵

Όσον αφορά στην ανθρώπινη ανάπτυξη της χώρας, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα επίπεδα είναι πολύ ανώτερα από το μέσο όρο της υποσαχάριας Αφρικής. Έχει το δεύτερο μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής⁵¹⁶ στην περιφέρεια, που είναι τα 64,2 έτη.⁵¹⁷ Το συνολικό ποσοστό της φτώχειας έχει μειωθεί από 51,7% το 1991 σε 28,5% το 2006 και θεωρείται σχεδόν σίγουρο ότι θα επιτύχει, πριν από το 2015, το επιθυμητό 26% για να εκπληρώσει τον πρώτο αναπτυξιακό στόχο. Επίσης, έχει μειωθεί και ο πληθυσμός της που ζει κάτω από τα όρια της ακραίας φτώχειας από 36,5% σε 18,2% με αποτέλεσμα να

⁵¹³ Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/ghana/>

⁵¹⁴ Βλ. IDA, IMF, *Annual Progress Report for the Ghana Growth and Poverty Reduction Strategy (GPRS II)*, July 2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/383606-1092340662634/cr09238.pdf>

⁵¹⁵ Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/ghana>

⁵¹⁶ Η χώρα με το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής είναι η Μαδαγασκάρη με 66,7 έτη. Όλες οι υπόλοιπες υποσαχάριες χώρες έχουν προσδόκιμο ζωής κάτω των 62 ετών.

⁵¹⁷ Βλ. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GHA.html>

έχει επιτύχει ήδη αυτό το στόχο, όπου το επιθυμητό αποτέλεσμα ήταν το 19%.⁵¹⁸ Η Γκάνα έχει πετύχει, από τώρα, τον αναπτυξιακό στόχο για τον υποσιτισμό, κυρίως των παιδιών. Με τη σταθερή και συστηματική επένδυση στη γεωργία⁵¹⁹ και συγκεκριμένα, με την ενίσχυση των μικροκαλλιεργητών, η χώρα κατάφερε να μειώσει το ποσοστό των υποσιτισμένων πολιτών της, από 20% το 1990 στο 8%⁵²⁰. Επίσης, για να αντιμετωπίσει τον υποσιτισμό των παιδιών, η Γκάνα εισήγαγε ένα πρόγραμμα σίτισης στα σχολεία. Έχει εκπληρώσει και το στόχο για την πρόσβαση σε πόσιμο νερό με το 82% των πολιτών της να έχει πρόσβαση σε αυτό και το επιθυμητό όριο ήταν το 77%⁵²¹ ενώ κάνει προσπάθειες για την πρόοδο στο στόχο της εκπαίδευσης, παρέχοντας δωρεάν και υποχρεωτική βασική εκπαίδευση και χρηματοδοτώντας όλα τα δημόσια σχολεία.⁵²²

Σχετικά, με τον τομέα της υγείας, σε γενικές γραμμές τα επίπεδα της χώρας είναι ανώτερα από τις γειτονικές της χώρες⁵²³ αλλά και τις χώρες της υπόλοιπης υποσαχάριας Αφρικής. Η χώρα δαπανά το 8,1 % του ΑΕΠ της στον τομέα της υγείας. Οι υγειονομικές υποδομές της έχουν βελτιωθεί και έχει ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά τους. Από το 2003, εφαρμόζεται το πρόγραμμα National Health Insurance Scheme⁵²⁴ ώστε να ενισχυθεί η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και να συμμετέχουν οι πολίτες με μια μικρή συνδρομή, που από την καταβολή της εξαιρούνται οι άποροι. Όσον αφορά στην περίπτωση του AIDS, αν και η χώρα φαίνεται να έχει αργή και σταθερή πορεία μείωσης του ρυθμού εξάπλωσης, ωστόσο ο ρυθμός επιπολασμού του ιού, 1,8%,⁵²⁵ είναι αρκετά μικρός, ειδικά για την περιοχή. Οι θάνατοι από τον ιό HIV έχουν μειωθεί και έχει αυξηθεί το ποσοστό που λαμβάνουν αντιρετροϊκή θεραπεία από 2% το 2004 σε 36% το 2009, αν και παραμένει πολύ χαμηλό.⁵²⁶ Η Γκάνα είχε προνοήσει και είχε δημιουργήσει

⁵¹⁸ Βλ. <http://www.undp-gha.org/site/mainpages.php?page=MDG%20Progress>

⁵¹⁹ Η κυβέρνηση παρέχει σημαντική στήριξη στην παραγωγή κακάο.

⁵²⁰ Βλ. IFPRI, 2011 *Global Hunger Index: The challenge of hunger: Taming price spikes and excessive food price volatility*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi11.pdf>

⁵²¹ Βλ. WHO (Regional office for Africa), *Ghana Health statistics profile 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.afro.who.int/en/ghana/country-health-profile.html>

⁵²² Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/ghana/>

⁵²³ Βλ. WHO (Regional office for Africa), *Ghana Factsheets of Health Statistics 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.afro.who.int/en/ghana/country-health-profile.html>

⁵²⁴ Βλ. <http://www.nhis.gov.gh/?CategoryID=158>

⁵²⁵ Υπάρχει πτωτική τάση από το 2003, χρονιά όπου υπήρξε η κορύφωση της εξάπλωσης του ιού στη χώρα φθάνοντας το 3,6%

⁵²⁶ Βλ. WHO (Regional office for Africa), *Ghana Factsheets of Health Statistics 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.afro.who.int/en/ghana/country-health-profile.html>

την Επιτροπή για το AIDS το 1985, ένα χρόνο πριν παρουσιαστεί το πρώτο επίσημο κρούσμα στη χώρα. Σήμερα, το εθνικό πρόγραμμα για το AIDS έχει ενταχθεί στα δυο προγράμματα GPRS δείχνοντας, έτσι, ότι η χώρα έχει κατανοήσει ότι η βελτίωση της υγείας των πολιτών της, ιδιαίτερα των φτωχών, είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη ταχείας και βιώσιμης ανάπτυξης. Η χώρα έχει πρόβλημα με ενδημικές ασθένειες, όπως ελονοσία και guinea worm και η κυβέρνηση προσπαθεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση με τη διασφάλιση καλής υγιεινής, για παράδειγμα με επιδοτήσεις παροχής πόσιμου νερού σε ενδημικές περιοχές και την παροχή κουνουπιέρων.

Ωστόσο, η ταχεία και μεγάλη ανάπτυξη που γνωρίζει η χώρα, δεν αντικατοπτρίζει πλήρως και τις συνθήκες διαβίωσης των κατοίκων της, όπως άλλωστε συμβαίνει επί τω πλείστω στις αφρικανικές χώρες. Ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού είναι άνεργο και θεωρείται πως τα πραγματικά ποσοστά είναι μεγαλύτερα από τα επίσημα στατιστικά. Η οικονομία της Γκάνας δεν έχει τη δυνατότητα να απορροφήσει τους μορφωμένους νέους πολίτες της. Η βιομηχανία του κακάο, σημαντικός τομέας της γκανέζικης οικονομίας, δεν έχει προσελκύσει νέους αγρότες και από την άλλη, ο τομέας εξόρυξης, ελέγχεται, κατά κύριο λόγο, από ξένα συμφέροντα με αποτέλεσμα να απασχολεί λίγους ντόπιους ανθρώπους και τα περισσότερα κέρδη διαφεύγουν στο εξωτερικό.⁵²⁷ Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι οι βόρειες περιοχές της χώρας είναι πιο υποβαθμισμένες από την υπόλοιπη επικράτεια. Εκεί βρίσκεται το μεγαλύτερο μέρος των υποσιτισμένων και φτωχών πολιτών. Πρόσφατα, η κατάσταση επιβαρύνθηκε εξαιτίας της καταστροφής των γεωργικών παραγωγών λόγω των κλιματικών φαινομένων, σημειώθηκαν έντονες βροχοπτώσεις, αλλά και από τη δράση μεγάλων εταιρειών παραγωγής βιοκαυσίμων που εκτοπίζουν τους μικροκαλλιεργητές⁵²⁸ και το κράτος θα πρέπει να κινητοποιηθεί επεκτείνοντας τα προγράμματα ενίσχυσης των αγροτών. Τέλος, μια ακόμα πρόκληση για τη χώρα είναι ότι πρέπει να προσέξει τη βιωσιμότητα του χρέους της.

Σε αντίθετη τροχιά κινείται η Ακτή Ελεφαντοστού. Η χώρα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, άρχισε μια δυναμική ανοδική πορεία μετά την ανεξαρτησία της από τους

⁵²⁷ Βλ. Debrah, Fr. S., “Ghana’s Jobless Growth: Does Anyone Care?”, 19 January 2012, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/features/artikel.php?ID=228047>

⁵²⁸ Βλ. <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi11.pdf> , <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/gsspbrief01.pdf> και <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/ghana/>

Γάλλους, στις 7 Αυγούστου του 1960. Αποτελούσε πρότυπο προόδου και σήμερα, έχει φθάσει στο σημείο να έχει ανάγκη, σύμφωνα με τον ΟΗΕ, από συνεχή παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας.⁵²⁹ Πρόκειται για μια αγροτική χώρα όπου περισσότερο από το μισό του πληθυσμού της απασχολείται στο συγκεκριμένο τομέα.⁵³⁰ Η οικονομία της στηρίζεται κατά κύριο λόγο στην παραγωγή καφέ και κακάο.⁵³¹

Κατά τη διάρκεια της αποικιοκρατίας, η Ακτή Ελεφαντοστού γνώρισε το μεγαλύτερο αριθμό αποίκων από οποιαδήποτε άλλη χώρα στη Δυτική και Κεντρική Αφρική. Αυτό οφειλόταν στο γεγονός ότι οι Γάλλοι ενδιαφέρονταν ιδιαίτερα για την πλούσια παραγωγή της χώρας με αποτέλεσμα ένα σημαντικό κομμάτι των καλλιεργειών καφέ, κακάο και άλλων προϊόντων να βρίσκεται στα χέρια των αποικιοκρατών. Η καθοριστική συμβολή της Γαλλίας στην ιβοριανή οικονομία συνεχίστηκε και μετά την ανεξαρτησία, καθώς αρκετές γαλλικές πολυεθνικές δραστηριοποιήθηκαν στη χώρα και μέχρι το 1985, η Ακτή Ελεφαντοστού δεχόταν ένα από τα μεγαλύτερα πακέτα βοήθειας από τους πρώην κατακτητές της.

Η θεαματική ανάπτυξή της χώρας, ωστόσο, ήταν καθαρά μόνο οικονομική, χωρίς σημαντικό αντίκρισμα στην ανάπτυξη της κοινωνίας και οφειλόταν στις μεγάλες εξαγωγές των αγροτικών της προϊόντων. Από τη δεκαετία του '80 και μετά, η πρόοδος της άρχισε να ολισθαίνει, ο ρυθμός ανάπτυξης γνώρισε μια συνεχή πτώση και τα ποσοστά της φτώχειας άρχισαν να αυξάνονται. Οι εμφύλιοι πόλεμοι του 1999 και του 2002 τάρaxαν τον κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό ιστό της χώρας.⁵³² Χιλιάδες σκοτώθηκαν και εκατοντάδες χιλιάδες εκτοπίστηκαν από το τόπο τους. Μέσα σε 6 χρόνια, το ποσοστό της φτώχειας αυξήθηκε από 38,4%, το 2002, σε 48,9%, το 2008.⁵³³

Οι πρόσφατες ένοπλες συγκρούσεις που έλαβαν χώρα κατά την διάρκεια των εκλογών του 2010 και οι κυρώσεις της διεθνούς κοινότητας, εξαιτίας των γεγονότων, προκάλεσαν άλλη μια φορά σημαντικές απώλειες για την εθνική οικονομία. Η πλειοψηφία των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων και των ιδιωτικών εταιρειών

⁵²⁹ Βλ. <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=40968&Cr=ivoire&Cr1=>

⁵³⁰ Εντούτοις, το 50% του εδάφους της θεωρείται μη παραγωγικό.

⁵³¹ Βλ. <http://www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/geography/tags/cote%20divoire>

⁵³² Παρόμοια κατάσταση που είχε αντιμετωπίσει η Γκάνα την περίοδο 1960-1983 και παρουσίαζε υπανάπτυξη. Βλ. Eberhardt, M., Teal, Fr., "Le Ghana et la Côte d'Ivoire: une inversion des rôles", *Revue internationale de politique de développement*, 11 mars 2010.

⁵³³ Βλ. UNDP, République de Côte d'Ivoire, *Rapport 2010 sur les OMD*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.ci.undp.org/docs/Rapport_National_OMD_%20no2.pdf

αναγκάστηκαν να παύσουν τη λειτουργία τους. Ιδιαίτερα, το εμπάργκο από την ΕΕ έπληξε σημαντικά το «στυλοβάτη» της ιβοριανής οικονομίας, την παραγωγή, δηλαδή, καφέ και κακάο και ενθάρρυνε την παράνομη διακίνηση τους στις γειτονικές χώρες. Εκτιμάται ότι 170.000 περίπου τόνοι κακάο διακινήθηκαν παράνομα με κόστος για τη χώρα εκατομμύριων δολαρίων.⁵³⁴

Απόρροια της τελευταίας κρίσης ήταν η ισχυρή πτώση του ΑΕΠ της, το 2011, έως και 7,3% όπως εκτιμάται.⁵³⁵

Από πλευράς ανθρώπινης ανάπτυξης, η πρόοδος στον HDI ήταν μόλις 0,05% από το 1980 έως το 2011 και το προσδόκιμο ζωής είναι τα 55,4 έτη.⁵³⁶ Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, περίπου ο μισός πληθυσμός της Ακτής παλεύει καθημερινά με τη φτώχεια και την ανεργία. Στις αγροτικές περιοχές, η φτώχεια είναι ιδιαίτερα εμφανής και το 2008, το ποσοστό της ανήλθε στο 62%.⁵³⁷ Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, το 2008, περίπου το 14% του πληθυσμού της ήταν υποσιτισμένο και το αντίστοιχο ποσοστό στα παιδιά κάτω των πέντε ετών ήταν 20,2%.⁵³⁸ Σχετικά με τον τομέα της υγείας, η Ακτή Ελεφαντοστού είναι μία από τις 15 πιο πληττόμενες χώρες από την επιδημία του AIDS⁵³⁹ και το 2008, είχε το υψηλότερο ποσοστό επικράτησης, 3,9%, στη δυτική Αφρική.⁵⁴⁰ Επίσης, ανησυχία προκαλεί η αύξηση κρουσμάτων φυματίωσης.

Μόλις το 23% των Ιβοριανών χρησιμοποιεί βελτιωμένες εγκαταστάσεις υγιεινής και μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε κοινωνικές υπηρεσίες.⁵⁴¹ Επιπλέον, υπάρχει στροφή σε παραδοσιακές θεραπείες λόγω ότι τα φάρμακα είναι ιδιαίτερα ακριβά για τις δυνατότητες των πολιτών. Λόγω των συγκρούσεων, οι δομές της δημόσιας υγείας έχουν πληγεί σημαντικά και σύμφωνα με τον ΠΟΥ, από το 2000, έχουν

⁵³⁴ Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/cote-divoire/>

⁵³⁵ Γενικά, και θετικό πρόσημο που είχε ο ρυθμός ανάπτυξης της τα προηγούμενα χρόνια ήταν πολύ μικρός, της τάξεως του 2-3%. Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/cote-divoire/>

⁵³⁶ Το ποσοστό του HDI για το 2011 είναι 0,400, βρίσκεται στην 170^η θέση και είναι πιο κάτω από το μέσο όρο της υποσαχάριας Αφρικής. Βλ. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/CIV.html>

⁵³⁷ Η περιβαλλοντική υποβάθμιση και η απώλεια της γονιμότητας των εδαφών λόγω των εντατικών καλλιεργειών επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση. Βλ.

<http://www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/home/tags/cote%20divoire>

⁵³⁸ Βλ. UNDP, République de Côte d'Ivoire, *Rapport 2010 sur les OMD*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.ci.undp.org/docs/Rapport_National_OMD_%20no2.pdf

⁵³⁹ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

⁵⁴⁰ Βλ. UNAIDS, Côte d'Ivoire Country Situation 2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.unaids.org/ctrysa/AFRCIV_en.pdf

⁵⁴¹ Βλ. WHO (Regional office for Africa), Côte d'Ivoire Health statistics profile 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.afro.who.int/en/cote-divoire/country-health-profile.html>

μειωθεί οι δαπάνες για την υγεία σε σύγκριση με τις συνολικές δημόσιες δαπάνες σε άλλους τομείς. Χρειάζεται αποκατάσταση των κέντρων υγείας, κατασκευή νέων υποδομών αλλά και αύξηση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού. Λόγω της βαρύτητας της κατάστασης, η χώρα έχει γίνει το επίκεντρο ενός ευρέος φάσματος διεθνών πρωτοβουλιών σχετικά με το AIDS για την ευαισθητοποίηση των Ιβοριανών, την πρόληψη και τον έλεγχο της επιδημίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια, εξελίσσονται και εθνικά προγράμματα για την καταπολέμηση του AIDS και παρατηρείται κάποια αύξηση παροχής υπηρεσιών πρόληψης και περίθαλψης, ιδιαίτερα για τη θεραπεία για την αποφυγή της κάθετης μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο βρέφος.⁵⁴²

Αισιοδοξία για τη μετέπειτα πορεία της χώρας φέρνει η υιοθέτηση προγράμματος PRSP για μακροοικονομική σταθερότητα, ανάπτυξη ευκαιριών κοινωνικής πρόοδο, ανάπτυξη υποδομών, δίκαιη κατανομή του πλούτου και καλύτερη διαχείριση των δημόσιων οικονομικών. Όμως, για να σημειωθεί οποιαδήποτε επιτυχία, απαιτείται πολιτική σταθερότητα και στοχευμένες κινήσεις.

Η διαφορά των δυο κρατών είναι εμφανής. Η δράση της χώρας για τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του λαού, συμπεριλαμβανομένου και της υγείας, δίνει ώθηση για μια επιτάχυνση της ανάπτυξης της χώρας αλλά και της ευημερίας – πάντα στα πλαίσια της υποσαχάριας Αφρικής – των πολιτών της. Εξίσου, η ορθή διαχείριση των κερδών της οικονομικής ανάπτυξης ως «επένδυση» για την καλυτέρευση των κοινωνικών συνθηκών μιας χώρας οδηγεί σε μια συνεχή πρόοδο. Στην περίπτωση της Ακτής Ελεφαντοστού, σίγουρα, καταλυτικό ρόλο διαδραμάτισαν οι εμφύλιες συρράξεις για την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει. Ωστόσο, μέσα από το παράδειγμα της χώρας, φαίνεται, καθαρά, πως για μια πραγματική ανάπτυξη, μια βιώσιμη ανάπτυξη δηλαδή, οι πυλώνες της θα πρέπει να πορεύονται μαζί. Ως εκ τούτου, είναι εμφανές πως φτώχεια και υγεία αλληλοτροφοδοτούνται. Η υποβάθμιση του ανθρώπινου παράγοντα υποβαθμίζει τα οικονομικά κέρδη και το αντίστροφο.

Ένα συγκριτικό παράδειγμα είναι, επίσης, η αναπτυξιακή πορεία και ο ρυθμός ανάπτυξης που έχει σημειώσει μια χώρα, όσο φτωχή και αν θεωρείται, με το ανάλογο μερίδιο του εθνικού της ΑΕΠ που δαπανά για τον τομέα της υγείας και τις πολιτικές και

⁵⁴² Βλ. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ctedivoire/>

τα προγράμματα που προωθεί για τη βελτίωση της υγείας και του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού της. Υπάρχουν χώρες στην Αφρική, που αν και είναι από τις πλέον υποβαθμισμένες, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να έχουν μια αξιόλογη πρόοδο – για τα δικά τους δεδομένα πάντα – καθώς οι κυβερνήσεις τους έχουν μεριμνήσει για την εξέλιξη του λαού τους και έχουν προωθήσει προγράμματα με πιο κοινωνική διάσταση για να αντιμετωπίσουν μείζονα προβλήματα για την ανάπτυξη του πληθυσμού τους όπως είναι οι αρρώστιες και ο υποβαθμισμένος τομέας της υγείας.

Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα είναι το Μαλάουι που είναι ένα φτωχό περικλειστο αφρικανικό κράτος. Βρίσκεται στα νότια της Αφρικανικής ηπείρου και είναι πρώην βρετανική αποικία, που απέκτησε την ανεξαρτησία της το 1964. Για 30 χρόνια, η χώρα κυβερνιόταν από την ίδια εξουσία και το 1994 διεξάχθηκαν οι πρώτες εκλογές. Ανήκει στην ομάδα των EAX, είναι μια από τις πλέον πυκνοκατοικημένες χώρες και έχει ένα από τα χαμηλότερα κατά κεφαλήν εισοδήματα στον κόσμο. Η οικονομία της βασίζεται στη γεωργία, όπου και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της απασχολείται στον συγκεκριμένο τομέα. Περισσότερο από το 1/3 του ΑΕΠ της και το 90% των εσόδων της προέρχονται από τις εξαγωγές γεωργικών προϊόντων. Εξαρτάται σημαντικά από την εξωτερική βοήθεια για τις αναπτυξιακές ανάγκες και δυστυχώς, τα τελευταία χρόνια έχουν μειωθεί η ODA και οι ξένες επενδύσεις.⁵⁴³

Το Μαλάουι έχει χαμηλό προσδόκιμο ζωής, 54,2 έτη⁵⁴⁴ και υψηλή παιδική θνησιμότητα. Η χώρα ήρθε αντιμέτωπη με μια από τις σοβαρότατες επιδημίες του HIV/AIDS παγκοσμίως. Περίπου 1 εκατομμύριο πολίτες ζουν με τον ιό HIV και καθημερινά περισσότερα από 200 άτομα μολύνονται.⁵⁴⁵ Ο υψηλός επιπολασμός του ιού έχει επηρεάσει το ανθρώπινο κεφάλαιο και την ευημερία κράτους και πολιτών και απορροφά σημαντικό μέρος των κρατικών δαπανών. Σύμφωνα με τον ILO⁵⁴⁶, το AIDS θα μπορούσε να μειώσει το εργατικό δυναμικό της χώρας 10% έως 20% μέχρι το 2020.⁵⁴⁷ Η κατάσταση επιδεινώνεται και από την επικράτηση και άλλων ασθενειών,

⁵⁴³ Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/southern-africa/malawi/>

⁵⁴⁴ Βλ. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/MWI.html>

⁵⁴⁵ Βλ. UNAIDS, *Malawi Country Situation 2009*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.unaids.org/ctrysa/AFRMWI_en.pdf

⁵⁴⁶ Βλ. International Labour Organization και πιο συγκεκριμένα: <http://www.ilo.org/>

⁵⁴⁷ Βλ.

http://www.undp.org.mw/index.php?option=com_content&view=article&id=467&Itemid=248&58930effcf1f629ed28c9ca6846cfdcd=14ae691db425dadefaa4ca3cedcd6b36

όπως η ελονοσία και η φυματίωση. Στη χώρα, η ελονοσία είναι η συχνότερη αιτία ασθένειας και θανάτου μεταξύ παιδιών και εγκύων γυναικών. Από την άλλη, υπάρχουν πολλά κρούσματα φυματίωσης λόγω συσχέτισης της ασθένειας με την εξάπλωση του AIDS. Το υψηλό κόστος των ασθενειών αποτελεί ένα εμπόδιο για τις αναπτυξιακές προσπάθειες του κράτους.

Με τα αναπτυξιακά προγράμματα που προωθήθηκαν από την κυβέρνηση, κυρίως από το 2005 και μετά, εστιάζοντας σε βασικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει η χώρα, όπως υποδομές, βελτίωση της εκπαίδευσης και της υγειονομικής περίθαλψης, προστασία του περιβάλλοντος και επέκταση της οικονομίας, φαίνεται να υπάρχει πρόοδος και να διαγράφονται θετικές προοπτικές για το μέλλον της χώρας. Το πρόγραμμά Development and Growth Strategy: From Poverty to Prosperity 2006-2011⁵⁴⁸ πρόκειται για την κυρίαρχη στρατηγική πολιτική για την ανάπτυξη στο Μαλάουι και μέσω αυτού έχουν εισαχθεί πολλές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε πολλούς τομείς.

Η φτώχεια έχει μειωθεί από 54%, το 1990, σε 39% το 2009 και αν συνεχίσει η χώρα με τον ίδιο ρυθμό, ίσως, καταφέρει να φθάσει το στόχο του 27% μέχρι το 2015. Ο πληθυσμός που βρίσκεται κάτω από τα όρια της ακραίας φτώχειας έχει πέσει στο 15% από 24% που ήταν το 1998. Το 2007, είχε καταφέρει να μειώσει κοντά στο μισό το ποσοστό των υποσιτισμένων παιδιών από το 2000, από 25% πήγε 14%, αν και το 2009 υπήρξε κάποια άνοδος της τάξεως του 3%.⁵⁴⁹ Η πρόοδος αυτή έχει πραγματοποιηθεί μέσω της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων που έχει εφαρμόσει η κυβέρνηση. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, η κυβέρνηση έχει θέσει σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα αγροτικών επενδύσεων⁵⁵⁰, κυρίως στην παραγωγή αραβοσίτου και ψυχανθών⁵⁵¹, με βασικό στόχο τη διασφάλιση της επισιτιστικής ασφάλειας του πληθυσμού της και τη βελτίωση των εισοδημάτων των μικροκαλλιεργητών.⁵⁵² Το πρόγραμμα θεωρείται επιτυχημένο και χάρη σε αυτό, καταγράφηκε πλεόνασμα στην

⁵⁴⁸ Βλ. Government of Malawi, *Development and Growth Strategy: From Poverty to Prosperity 2006-2011*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.malawi-invest.net/docs/Downloads/Malawi%20Growth%20&%20Development%20Strategy%20August%202006.pdf>

⁵⁴⁹ Βλ. UNDP, *Malawi Millennium Development Goals Report 2010*

⁵⁵⁰ Farms Input Subsidy Programme (FISP).

⁵⁵¹ Για παράδειγμα, για το 2010, το κρατικό πακέτο στήριξης περιλαμβάνει 160.000 τόνους λιπάσματος, 80.000 τόνους σπόρους αραβοσίτου και 1.600 τόνους σπόρους ψυχανθών.

⁵⁵² Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/southern-africa/malawi>, <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal1.pdf>

αγροτική παραγωγή. Το Μαλάουι κατάφερε όχι μόνο να αυξήσει την παραγωγή ώστε να ικανοποιήσει τις ανάγκες και τη διατροφική ασφάλεια των πολιτών του αλλά έγινε και παγκόσμιος εξαγωγέας αραβοσίτου προωθώντας, έτσι, και την οικονομική του ανάπτυξη. Υπολογίζεται πως η εθνική παραγωγή ακόμα και στην περίπτωση παρατεταμένης ξηρασίας, σε κάποιες περιοχές, θα συνεχίσει να παρουσιάζει πλεόνασμα επί των ετήσιων αναγκών της.⁵⁵³ Επίσης, η κυβέρνηση έχει προωθήσει έργα για την κατασκευή υποδομών άρδευσης και παροχής νερού και παρέχει επιχορηγήσεις για την ενίσχυση των εισοδημάτων των φτωχών νοικοκυριών, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές όπου υπάρχουν και τα υψηλότερα ποσοστά φτώχειας. Χρηματοδοτικοί πόροι παρέχονται και στην νεολαία με σκοπό τη δημιουργία επιχειρήσεων.⁵⁵⁴

Λόγω της καλής εξέλιξης της γεωργικής παραγωγής, το Μαλάουι τα τελευταία χρόνια γνωρίζει μια σταθερή οικονομική μεγέθυνση. Το ΑΕΠ της χώρας, από το 2007 έως το 2010, παρουσίασε αύξηση κατά μέσο όρο 8,3%. Μόνο το 2011, παρουσίασε μια μικρή μείωση του ρυθμού ανάπτυξης του ΑΕΠ, λόγω κλιματικής αλλαγής και των διεθνών διακυμάνσεων των τιμών που επηρέασαν την αγροτική της παραγωγή και τις εξαγωγές της.⁵⁵⁵

Ο HDI του Μαλάουι, παρόλο που είναι αρκετά χαμηλός, 0,4 για το 2011, έχει μια σταθερή ανοδική πορεία.⁵⁵⁶ Όσον αφορά στην υγεία των πολιτών, το ποσοστό επιπολασμού του AIDS έχει μειωθεί στο 12% από 14,7% που ήταν το 1999. Σημαντική πρόοδος έχει γίνει στα ποσοστά επιπολασμού μεταξύ των νεαρών εγκύων, 15-24 ετών, όπου υπάρχει μείωση κατά το ήμισυ.⁵⁵⁷ Η πρόοδος οφείλεται στην επιτυχία και στην αύξηση των εθνικών προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης και την ευαισθητοποίηση των πολιτών για απόκτηση ασφαλέστερων συμπεριφορών. Η καταπολέμηση του AIDS έχει υψηλή προτεραιότητα στο εθνικό αναπτυξιακό πρόγραμμα και η κυβέρνηση θέτει τη μείωση και την πρόληψη από τον ιό ως βασική προϋπόθεση για την επίτευξη της ανάπτυξης της χώρας.⁵⁵⁸ Η κυβέρνηση συνδυάζει τη δράση της για

⁵⁵³ Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/southern-africa/malawi>

⁵⁵⁴ Βλ. UNDP, *Malawi Millennium Development Goals Report 2010*

⁵⁵⁵ Βλ. <http://www.imf.org/external/np/sec/pr/2012/pr12115.htm>

⁵⁵⁶ Βλ. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/MWI.html>

⁵⁵⁷ Βλ. UNDP, *Malawi Millennium Development Goals Report 2010*

⁵⁵⁸ Βλ. http://www.undp.org.mw/index.php?option=com_content&view=article&id=467&Itemid=248

τις δυο μεγάλες προκλήσεις που αντιμετωπίζει, το AIDS και τη διατροφική ασφάλεια.⁵⁵⁹ Το 2004, δημιουργήθηκε το Department of Nutrition, HIV/AIDS⁵⁶⁰ το οποίο δίνει πολιτικές κατευθύνσεις, εποπτεύει, συντονίζει, παρακολουθεί και κάνει αξιολόγηση της διατροφής και της εθνικής κατάστασης σχετικά με το AIDS. Στο εθνικό πρόγραμμα αντιρετροϊκής θεραπείας περιλαμβάνεται και η διατροφική στήριξη των φορέων, καθώς η σωστή διατροφή είναι βασικός παράγοντας της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Για παράδειγμα, το 2004, από τα 150.000 άτομα που είχαν πρόσβαση σε δωρεάν αντιρετροϊκά φάρμακα, πάνω από 60.000 έλαβαν διατροφική στήριξη και πάνω από 50.000 έλαβαν επιχορηγήσεις για λιπάσματα για να βοηθηθεί η δική τους παραγωγή τροφίμων.⁵⁶¹

Η σαφής πολιτική για τον έλεγχο της φυματίωσης, τα επαρκή και τα αποτελεσματικά φάρμακα και η καθολική πρόσβαση σε θεραπεία, ακόμα και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές, έχει οδηγήσει στη μείωση κατά το ήμισυ της θνησιμότητας από τη φυματίωση μόλις σε 4 χρόνια, από 19% το 2005 σε 8% το 2009, παρόλο που ο αριθμός νέων κρουσμάτων παραμένει υψηλός. Θεαματικό είναι πως το 100% των ασθενών δέχονται θεραπεία DOTS.⁵⁶² Για τη ελονοσία, η βασική εθνική στρατηγική για τον έλεγχο της είναι η διανομή και χρήση ITNs. Το 60% του πληθυσμού ήταν προστατευμένο, το 2010, με τις κουνουπιέρες ενώ δύο χρόνια πριν ήταν μόλις το 38%. Υπάρχει αύξηση στην πρόσβαση σε θεραπεία για την ελονοσία χάρη στην εντατικοποίηση των εκστρατειών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών γύρω από το θέμα. Σημαντικός συνεργάτης της κυβέρνησης στον έλεγχο της εν λόγω ασθένειας είναι η Roll Back Malaria, όπου της παρέχει σημαντική υποστήριξη και ενίσχυση. Η χώρα κατάφερε, μάλιστα, να αντιστρέψει την αύξηση των θανάτων από ελονοσία που υπήρξε το 2006 εξαιτίας της ανθεκτικότητας στα φάρμακα εισάγοντας νέο φάρμακο και αυξάνοντας τη διανομή κουνουπιέρων, ιδιαίτερα στα φτωχότερα πληθυσμιακά στρώματα και το 2009, η θνησιμότητα έπεσε, πάλι, σε χαμηλά επίπεδα.⁵⁶³

⁵⁵⁹ Ο ιός HIV, ο υποσιτισμός και η διατροφική ασφάλεια είναι αλληλένδετες και σύμφωνα με μελέτες του 2001, στο Μαλάουι, το 25% των ενηλίκων είναι υποσιτισμένοι και από αυτούς το 75% ήταν φορείς του HIV.

⁵⁶⁰ Βλ. http://www.malawi.gov.mw/index.php?option=com_content&view=article&id=31:opc-departments-and-units&catid=22:office-of-president-a-cabinet&Itemid=115

⁵⁶¹ Βλ. UNAIDS, policy brief: *HIV, Food Security and Nutrition*, May 2008.

⁵⁶² Βλ. UNDP, *Malawi Millennium Development Goals Report 2010*

⁵⁶³ Βλ. UNDP, *Malawi Millennium Development Goals Report 2010*

Το Μαλάουι μπορεί να εξακολουθεί να είναι από τα φτωχότερα κράτη και η ανάπτυξη του να είναι κατώτερη από το μέσο όρο της υποσαχάριας Αφρικής αλλά και της ομάδα των ΕΑΧ, ωστόσο έχει καταφέρει να έχει μια σταθερή πρόοδο μέσα σε λίγα χρόνια. Οι διαθρωτικές κινήσεις που έχει κάνει και τα αναπτυξιακά προγράμματα που έχει εφαρμόσει έδωσαν άλλη προοπτική για το μέλλον του κράτους και τη ζωή των πολιτών του. Η χώρα έχει κάνει σχετική πρόοδο σε όλους τους στόχους της χιλιετίας και ειδικότερα σε πέντε από αυτούς, σχετικά με τη φτώχεια, τη παιδική θνησιμότητα, την καταπολέμηση των ασθενειών, την περιβαλλοντική βιωσιμότητα και την ανάπτυξη παγκόσμιας συνεργασίας. Ένας σημαντικός παράγοντας αστάθειας της ανάπτυξης στην χώρα, ωστόσο, είναι ότι η χρηματοδότηση και η εφαρμογή των αναπτυξιακών προγραμμάτων του Μαλάουι εξαρτώνται σε μέγιστο βαθμό από την εξωτερική βοήθεια που δέχεται. Σίγουρα, έχει πολύ δρόμο να διανύσει και πολλές προκλήσεις να αντιμετωπίσει για την ευημερία των πολιτών της, αλλά μέσα από το παράδειγμά αυτής της χώρας, φαίνεται πως οι αναπτυξιακές πολιτικές που συνδέουν την οικονομική ανάπτυξη με την καλή υγεία του πληθυσμού μιας χώρας όχι μόνο πετυχαίνουν αλλά και τα θετικά αποτελέσματά τους είναι σταθερά και μακροπρόθεσμα με αποτέλεσμα να δίνουν νέες ευκαιρίες για μελλοντική θετική εξέλιξη.

Η οικονομική ανάπτυξη ενός κράτους δεν αποτελεί και απόδειξη για την ευημερία του πληθυσμού του. Στις υποσαχάριες χώρες συχνό φαινόμενο είναι η έντονη εισοδηματική ανισότητα μεταξύ κοινωνικών ομάδων και οι ανομοιομορφία στην ανθρώπινη ανάπτυξη, ιδιαίτερα μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Η Νότιος Αφρική είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα για τις ανισότητες που επικρατούν στα περισσότερα αφρικανικά κράτη. Είναι μια από τις ισχυρότερες οικονομίες της περιοχής της Αφρικής και η μόνη που έχει καταφέρει κάποια βιομηχανική ανάπτυξη. Ο δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης της χώρας είναι 0,619 για το 2011⁵⁶⁴ και είναι πολύ ανώτερος από το δείκτη ανάπτυξης της περιοχής της υποσαχάριας Αφρικής που ήταν 0,463 για το 2011.⁵⁶⁵ Η Νότιος Αφρική μπορεί να συμπεριλαμβάνεται στην παγκόσμια κατάταξη των 20 χωρών με τα μεγαλύτερα ΑΕΠ, ωστόσο, το 1/3 του πληθυσμού της ζει στο όριο της

⁵⁶⁴ Στην παγκόσμια κατάταξη είναι η 123η στις 187 χώρες.

⁵⁶⁵ Βλ. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/ZAF.html>.

φτώχειας, ζει με λιγότερα από 100 δολάρια το μήνα, το 1/3 είναι άνεργοι και το χάσμα μεταξύ φτωχών και πλούσιων είναι από τα μεγαλύτερα στον κόσμο.

Το προσδόκιμο ζωής είναι 52,8 χρόνια. Η Νότιος Αφρική έχει να αντιμετωπίσει το σημαντικό βάρος των μεταδοτικών ασθενειών.

Από το 1990 έως 2000 η επικράτηση του ιού AIDS στην χώρα εκτοξεύτηκε από το 1% στο 25 %. Το 2009, υπολογίζεται ότι 5,6 εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν με τον ιό HIV στη Νότια Αφρική, περισσότεροι από οποιαδήποτε άλλη χώρα, και περίπου 310.000 άτομα πέθαναν από AIDS, κατέχοντας και εδώ την πρώτη θέση στην παγκόσμια κατάταξη. Το ποσοστό επικράτησης του ιού στις ηλικίες μεταξύ 15 – 49 είναι 17,8% ⁵⁶⁶ και σε αυτό, κυρίως, οφείλεται και το χαμηλό προσδόκιμο ζωής. Μια στις τρεις γυναίκες 25-29 ετών, και περισσότεροι από το 1/4 των ανδρών ηλικίας 30-34 ζουν με τον ιό HIV. Η επίπτωση της μεγάλης επικράτησης του AIDS στη συγκεκριμένη χώρα αντικατοπτρίζεται και στην αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας.

Επιπλέον, υπάρχει σημαντική επιβάρυνση και από την φυματίωση που ενεργοποιείται από τη μεγάλη επικράτηση του AIDS.⁵⁶⁷ Η ασθένεια ευθύνεται για ένα μεγάλο μέρος της θνησιμότητας στη χώρα.

Η κατάσταση επιβαρύνεται και από το γεγονός ότι παρόλο τις ανεπτυγμένες σχετικά υποδομές, η Νότιος Αφρική έχει περιορισμένους ανθρώπινους πόρους στο συγκεκριμένο τομέα και αδύναμα τοπικά συστήματα υγείας.

Η κυβέρνηση παρέχει επιδόματα των 107 δολαρίων στους ασθενείς του HIV/AIDS. Οι ασθενείς του AIDS που θα τους δοθεί η επιχορήγηση αναπηρίας επιλέγονται με ιατρικά κριτήρια. Πιο συγκεκριμένα, για να χορηγηθεί ένα άτομο, οι εξετάσεις θα πρέπει να δείξουν ότι τα T-κύτταρα πρέπει να είναι κάτω από την τιμή 200 που σημαίνει πως έχει πολύ ασθενές ανοσοποιητικό σύστημα και επομένως, είναι αδύνατον να εργασθεί. Παράλληλα με τη χορήγηση, οι ασθενείς παρακολουθούν και αντιρετροϊκή θεραπεία.

Όμως, στη συγκεκριμένη χώρα, όπου οι κοινωνικές παροχές της κυβέρνησης έχουν γίνει αναπόσπαστο μέρος της επιβίωσης πολλών οικογενειών, δημιουργείται ένα σημαντικό πρόβλημα με αυτό το πρόγραμμα. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας που

⁵⁶⁶ Βλ. UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf

⁵⁶⁷ Βλ. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_zaf_en.pdf

λαμβάνουν οι επιχορηγούμενοι, η υγεία τους βελτιώνεται χάρη στη λήψη των φαρμάκων. Επομένως, στις επόμενες εξετάσεις που θα υποβληθούν ενδέχεται η τιμή των T-κυττάρων τους να είναι πάνω 200 και λόγω αυτού σταματάει να τους χορηγείται το επίδομα καθώς δεν το δικαιούνται πια. Λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία του επιδόματος για τα άτομα και τις οικογένειες στη συγκεκριμένη κοινωνία, αρκετά συχνά παρατηρείται το φαινόμενο, οι ασθενείς να είναι πρόθυμοι να επωμιστούν σημαντικούς κινδύνους για την υγεία τους και τη ζωή τους προκειμένου να εξασφαλίσουν αυτό το εισόδημα. Μειώνουν την προβλεπόμενη ποσότητα των αντιρετροϊκών φαρμάκων ή σταματούν τη λήψη τους εντελώς για να μην υπάρξει κάποια σημαντική βελτίωση τους και τους σταματήσουν το επίδομα.⁵⁶⁸

Με αυτές τις τακτικές που ακολουθούν οι ασθενείς υποβαθμίζεται ο ρόλος του προγράμματος που είχε ξεκινήσει με στόχο την καταστολή της εξάπλωσης της επιδημίας του AIDS και του μετριασμού της φτώχεια και υπάρχει κίνδυνος για σημαντικές επιπλέον επιπτώσεις στην κοινωνία.

Αυτό το γεγονός δείχνει καθαρά τη σύνδεση που μπορεί να έχει το επίπεδο της φτώχειας με την υγεία. Είναι ίσως από τα πιο τραγικά παραδείγματα γιατί δεν είναι όπως σε άλλες περιπτώσεις που τα άτομα υπό το βάρος της φτώχειας αναζητούν δουλειές συχνά επιζήμιες για την υγεία τους ή εκτείνονται σε κινδύνους. Σε αυτήν την περίπτωση, οι άνθρωποι επιθυμούν να μην είναι υγιείς για να μπορέσουν να έχουν έστω και ένα μηδαμινό εισόδημα που βοηθάει απλώς να επιβιώσουν μέσα στη φτώχεια, ούτε καν τους βοηθάει να βελτιωθεί το οικονομικό τους επίπεδο είτε να βγουν από τη φτώχεια.

Όπως διαπιστώνεται, σχετικά με τον τομέα της υγείας, αν και υπάρχει καλή ανάπτυξη πολιτικών και εξίσου σημαντικές δημόσιες δαπάνες για την υγεία⁵⁶⁹, η Νότιος Αφρική θα πρέπει να εξασφαλίσει, στους πολίτες της, την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας και να ενισχύσει το υγειονομικό της σύστημα ώστε να βοηθήσει το σύνολο του πληθυσμού της να αντέξει την μεγάλη επιβάρυνση από τις ασθένειες.

⁵⁶⁸ Βλ. Vasudev, N., “*Income or Health: Can HIV patients have both?*”, *Oxfam International*, August 2008, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.oxfam.org/en/development/income-or-health-can-hiv-patients-have-both>

⁵⁶⁹ Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανέρχονται στο 8,6% του ΑΕΠ.

6. ΧΩΡΕΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΑΝ ΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΑ

Στην υποσαχάρια Αφρική, υπάρχουν χώρες που ξεχωρίζουν, από τις υπόλοιπες της περιφέρειας, για την αναπτυξιακή τους πορεία και έχουν κάνει σημαντικά βήματα προόδου σε τομείς της υγείας και της οικονομίας. Η Ουγκάντα και η Μποτσουάνα είναι δυο από αυτές.

Η **Ουγκάντα** είναι ένα παράδειγμα μιας φτωχής χώρας που κατάφερε να πραγματοποιήσει κάποια πρόοδο βασιζόμενη σε σημαντικές βελτιώσεις στο πλαίσιο της πολιτικής της, συμπεριλαμβανομένου μακροοικονομικών και διαρθρωτικών πολιτικών, διαχείριση του δημοσίου τομέα και πολιτικές κοινωνικής πρόνοιας. Η συγκεκριμένη χώρα έχει μια ουσιαστική πρόοδο και όσον αφορά στους στόχους της χιλιετίας.

Η Ουγκάντα είναι περικλειστο κράτος και ανήκει στις 33 αφρικανικές ελάχιστα ανεπτυγμένες χώρες. Είναι πρώην βρετανική αποικία και απέκτησε την ανεξαρτησία της στις 9 Οκτωβρίου 1962. Οι Βρετανοί άποικοι σεβάστηκαν και δεν καταστρέψανε το μεγαλύτερο τότε βασίλειο της περιοχής, το βασίλειο Buganda. Η αποικιακή δύναμη, στην περίπτωση αυτή, διατήρησε τις δομές της τοπικής κοινωνίας και αναγνώρισαν εν μέρει την αυτονομία του κυρίαρχου βασιλείου.⁵⁷⁰

Η χώρα μετά την ανεξαρτησία της φαινόταν να είναι σε καλύτερη κατάσταση από πολλές άλλες χώρες της υποσαχάριας Αφρικής. Η οικονομία της στηριζόταν στην παραγωγή καφέ. Το αρνητικό, όμως, στοιχείο ήταν ότι δεν διέθετε κατάλληλα καταρτισμένο ανώτατο προσωπικό. Ένα πραξικόπημα, καθοδηγούμενο από τον Ιντι Αμίν, ανέτρεψε την πορεία της προς την πρόοδο. Χρειάστηκαν να περάσουν πολλά χρόνια ώσπου να ανέβει στην εξουσία κάποιος ηγέτης που θα έβαζε την χώρα σε μια πορεία ανάκαμψης.

Την δεκαετία του '90, η Ουγκάντα σημείωσε σημαντική πρόοδο. Μεταξύ 1992-1999, το ποσοστό των πολιτών της που ζούσαν σε συνθήκες φτώχειας μειώθηκε από 56% σε 35%. Οι εγγραφές στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση από 62,3% αυξήθηκαν σε 83,8 % το 1997. Σημαντικό στοιχείο είναι ότι η αναλογία των κοριτσιών που παρακολούθησαν το σχολεία ήταν ισάξια των αγοριών. Αν και αυξημένη η νοσηρότητα

⁵⁷⁰ Βλ. Mazrui, A. A., Wondji, C., (eds), *UNESCO General History of Africa Volume VIII Africa since 1935*, Heinemann Publishers (Oxford) Ltd, California, 1993.

των πολιτών την πενταετία 1992-1997, λόγω κυρίως του AIDS και της ελονοσίας, από εκεί και πέρα φαίνεται βελτίωση στην κατάσταση. Η παιδική θνησιμότητα, ιδιαίτερα όσον αφορά στα παιδιά κάτω των 5 ετών, μειώθηκε έστω και λίγο και υπήρξε πρόοδος για τον υποσιτισμό των παιδιών.⁵⁷¹

Τρεις παράγοντες οδήγησαν σε πρόοδο την χώρα: η μακροοικονομική σταθερότητα, η διοχέτευση των δημόσιων πόρων προς την κατεύθυνση της μείωσης της φτώχειας και η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών.

Από το 1987, η κυβέρνηση της Ουγκάντας εισήγαγε μακροοικονομικές μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούσαν στην αποκατάσταση και τη διατήρηση της μακροοικονομικής σταθερότητας. Με αυτές τις μεταρρυθμίσεις, η αύξηση του ΑΕΠ, από το 1987 έως το 2000, ήταν της τάξεως του 7% και ο πληθωρισμός ήταν σταθερός, κατά μέσο όρο στο 5% από το 1992. Επίσης, η κυβέρνηση κατάφερε να διπλασιάσει τα εγχώρια έσοδα της από 6% του ΑΕΠ που ήταν το 1986 σε 12% το 2000 και αυτό βοήθησε στην αύξηση των δαπανών της κυβέρνησης για δημόσιες παροχές από 8,6 % του ΑΕΠ, το 1986, σε 20,6% το 1999.⁵⁷² Θετικό στοιχείο για την οικονομία της ήταν ότι από το 1999 παρατηρήθηκε μια μικρή άνοδο των ξένων επενδύσεων προς αυτήν και έχει δεχθεί σημαντική διεθνή βοήθεια.

Την δεκαετία του '90, το AIDS ήταν η πρώτη αιτία θανάτου στην χώρα για άτομα ηλικίας από 15 έως 45 ετών.⁵⁷³ Σε αγροτικές περιοχές της, όπου το 6 με 8% των ενηλίκων νοσούσε από AIDS ήταν αρκετό για να εκμηδενιστεί η πρόοδος που έχει σημειωθεί μέσα σε μια δεκαπενταετία.⁵⁷⁴ Η Ουγκάντα, όμως, κατάφερε να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει όλο τον πληθυσμό της και έτσι, το 2001 ανέτρεψε την καμπύλη της επιδημίας. Δεν χρειάστηκε να γνωρίσει τις εξαθλιωτικές επιπτώσεις αυτής της θανατηφόρου νόσου. Μέσα στη δεκαετία του '90, η συγκεκριμένη

⁵⁷¹ Βλ. Devarajan, Sh., Miller, M. J., Swanson, E. V., *Goals for Development: History, Prospects and Costs*, World Bank Policy Research Working Paper No. 2819, April 2002.

⁵⁷² Η κυβέρνηση της Ουγκάντα εισήγαγε, επίσης, ένα μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δαπανών. Το 1994, οι κρατικές δαπάνες για την εκπαίδευση ανήλθαν στο 20% των συνολικών δημόσιων δαπανών (στο ίδιο ποσοστό με τη δημόσια διοίκηση και την ασφάλεια) και πέντε χρόνια αργότερα, το 1999, έφθασαν στο 26% (22% για δημόσια διοίκηση και 16% για ασφάλεια). Επιπλέον, συστηθήκαν και μια σειρά από μέτρα για τη βελτίωση της διαφάνειας.

⁵⁷³ Βλ. www.unicef.gr/poverty.php

⁵⁷⁴ Βλ. Cordellier, S., (επιμ.), *Ο κόσμος τον 21^ο αιώνα: 80 κείμενα για να κατανοήσουμε τη νέα τάξη πραγμάτων*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1999.

χώρα εφαρμόσε επιτυχώς μια εκστρατεία πρόληψης και ενημέρωσης για το AIDS⁵⁷⁵. Το αποτέλεσμα ήταν ο ρυθμός μετάδοσης να πέσει από το 14% στο 8% και ο αριθμός των νέων κρουσμάτων να πέσει κάτω από 75%. Επίσης, λόγω ότι η επιδημία του AIDS είχε πλήξει σε μεγάλο βαθμό την κοινωνία, η στρατηγική αντίδραση της κυβέρνησης στόχευσε και στην ελάφρυνση του αντίκτυπου της νόσου και την ενίσχυση της αντοχής των νοικοκυριών και των κοινοτήτων.

Η Ουγκάντα φαίνεται να εκπληρώνει, μέχρι το 2015, τρεις από τους οκτώ αναπτυξιακούς στόχους της χιλιετίας. Αναμένεται να είναι από τις λίγες χώρες της υποσαχάριας Αφρικής που θα πετύχει τον 1^ο στόχο σχετικά με την εξάλειψη της φτώχειας. Το 2009, το ποσοστό του πληθυσμού της που βρισκόταν κάτω από το όριο της απόλυτης φτώχειας ήταν 23,3% και έχει μειωθεί κατά το ήμισυ από τις αρχές της δεκαετίας του '90.⁵⁷⁶ Ο άλλος επιτεύξιμος αναπτυξιακός στόχος για την Ουγκάντα είναι αυτός για την καταπολέμηση του AIDS. Επίσης, είναι ικανή να επιτύχει το 2^ο στόχο που αφορά την καθολική πρόσβαση στην εκπαίδευση. Το 2009, το ποσοστό των σχολικών εγγραφών άγγιξε το 93%, ωστόσο, υπάρχει πρόβλημα στην ολοκλήρωση των εκπαιδευτικών βαθμίδων. Σημαντική πρόοδος επιτευχθεί και για την πρόσβαση σε πόσιμο νερό, ωστόσο, στις αγροτικές περιοχές της χώρας το ποσοστό παραμένει χαμηλά επίπεδα. Για τους στόχους της μείωσης της παιδικής θνησιμότητας και της ισότητας των φύλων απέχει πολύ από τον επιδιωκόμενο και έχει να κάνει, ακόμα, πολλά βήματα.⁵⁷⁷

Το παράδειγμα της Ουγκάντα δείχνει ότι το πολιτικό περιβάλλον μιας χώρας μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο τον ρυθμό ανάπτυξης αλλά και την αποτελεσματικότητα των δημοσίων δαπανών, και ως εκ τούτου, του υγειονομικού τομέα. Η οικονομική ανάπτυξη, συνήθως, αυξάνει τη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη, η οποία με τη σειρά της αυξάνει τις απαιτήσεις για αποτελεσματικότητα των δημόσιων δαπανών. Προωθώντας επιτυχημένες μεταρρυθμίσεις που στόχευαν στην αναβάθμιση του κοινωνικού επιπέδου μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνεται και η μείωση της εξάπλωσης του AIDS οδήγησαν στη συνολική ανάπτυξη της χώρας. Η χώρα έχει δεχθεί

⁵⁷⁵ Βλ. www.unicef.gr/poverty.php

⁵⁷⁶ Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το 1992 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 56%.

⁵⁷⁷ Βλ. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/east-africa/uganda/>

επαίνους από την Παγκόσμια Τράπεζα που την χαρακτηρίζει πρότυπο επιτυχημένης οικονομικής ανάπτυξης στα πλαίσια των εύθραυστων κρατών.⁵⁷⁸

Παρόλο αυτά, πρέπει να επισημανθεί πως δεν είναι όλα ρόδινα για το λαό της Ουγκάντας. Το πολίτευμα της, αν και δημοκρατία, χαρακτηρίζεται ανελεύθερο. Υπάρχουν συχνές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και περιορισμός των ατομικών ελευθεριών. Υπάρχουν ομάδες πολιτών που βιώνουν έντονα τον κοινωνικό ρατσισμό, όπως οι ομοφυλόφιλοι.⁵⁷⁹ Υπάρχουν, επίσης, σημαντικές οικονομικές ανισότητες και άνιση κατανομή του πλούτου και το επίπεδο ζωής παραμένει ακόμα χαμηλό όπως και τα επίπεδα μόρφωσης του λαού.⁵⁸⁰

Μια μεγαλύτερη εξαίρεση στο αναπτυξιακό σκηνικό της υποσαχάριας Αφρικής αποτελεί η **Μποτσουάνα**. Πρόκειται για μια μικρή περικλειστη χώρα με λίγο παραπάνω από 2 εκατομμύρια κατοίκους⁵⁸¹. Η Μποτσουάνα απέκτησε την ανεξαρτησία της από τους Βρετανούς στις 30 Σεπτεμβρίου 1966, κατάφερε να ακολουθήσει μια σταθερή δημοκρατική πορεία και από τότε αναπτύχθηκε οικονομικά με ταχύτερο ρυθμό από οποιοδήποτε άλλο κράτος παγκοσμίως.

Όταν έφυγαν οι αποικιοκράτες, ήταν μια ιδιαίτερα φτωχή χώρα με κατά κεφαλήν εισόδημα, εκείνη την εποχή, περίπου 100 δολάρια. Ήταν, κατά κύριο λόγο, αγροτική χώρα χωρίς ουσιαστικές υποδομές και με προβλήματα λειψυδρίας. Ωστόσο, σήμερα πρόκειται για ένα από τα επιτυχημένα παραδείγματα ανάπτυξης. Μεταξύ της περιόδου 1961-1997, η Μποτσουάνα είχε μέσο ρυθμό οικονομικής περισσότερο από 7,5 % και η μέση αύξηση του ΑΕΠ της από το 1966 έως το 1991 ήταν της τάξεως του 9,3%.⁵⁸²

Η Μποτσουάνα, όπως και οι περισσότερες υποσαχάριες χώρες, έχει πλούσια αποθέματα σε διαμάντια. Στήριξε την οικονομία της στη μεγάλη παραγωγή διαμαντιών και σήμερα είναι ένας από τους μεγαλύτερους παγκόσμιους παραγωγούς διαμαντιών.

⁵⁷⁸ Βλ. Manor, J., *“Aid that works: Successful Development in Fragile States”*, World Bank Publications, Washington, 2006.

⁵⁷⁹ Οι ομοφυλόφιλοι, εκτός από την κοινωνική κατακραυγή που αντιμετωπίζουν, διώκονται και ποινικά βάσει του Νόμου Bahati που ψηφίστηκε στις 25 Ιουνίου του 2009. Ο Νόμος κατά των ομοφυλοφίλων κρίνει την ομοφυλοφιλία ως ποινικό αδίκημα που επιφέρει φυλάκιση από 7 έτη έως ισόβια καθώς και θανατική ποινή!

⁵⁸⁰ Ένας στους πέντε άνδρες και δυο στις πέντε γυναίκες είναι αναλφάβητοι.

⁵⁸¹ Συγκεκριμένα 2.065.398 κατοίκους. Βλ. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bc.html#top>

⁵⁸² Βλ. Στιγκλιτς, Τζ., *Η μεγάλη αυταπάτη*, εκδ. Λιβάνη, Αθήνα, 2003 και Σωτηρόπουλος, Δ. Α., Χουλιάρας, Α., Ρούσσος, Σ., Σκλιάς, Π., *Ο τρίτος κόσμος: πολιτική, κοινωνία, οικονομία, διεθνείς σχέσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2005.

Όμως, κατάφερε να διαφέρει από τις άλλες χώρες και την πορεία τους στη διαφθορά. Η αντίθεση της με τα άλλα υπόλοιπα κράτη της υποσαχάριας Αφρικής που δυσκολεύονται να αναπτυχθούν και εξίσου διαθέτουν πλούσιο υπέδαφος σε ορυκτά αποθέματα είναι ότι η Μποτσουάνα από την αρχή της πορείας της ως ανεξάρτητο κράτος διαθέτει δημοκρατικούς θεσμούς και όχι μόνο κατά επίφαση. Διαθέτει δημοκρατικά εκλεγμένη κυβέρνηση, μια λειτουργική δημόσια διοίκηση και χαμηλά ποσοστά διαφθοράς. Όλα αυτά συνέβαλλαν να αξιοποιηθούν τα πλεονεκτήματα που μπορούσε να αποφέρει το πλούσιο υπέδαφος της προς όφελος του συνόλου και όχι των λίγων. Για τις πολιτικές που ακολουθήθηκαν, οι εκάστοτε κυβερνώντες φρόντιζαν να έχουν τη λαϊκή υποστήριξη. Με τη δημοκρατική και σταθερή διακυβέρνηση της και χάρη στη σωστή επιλογή συμβούλων, τη δεκαετία του '80 που αντιμετώπισε και αυτή οικονομική κρίση κατάφερε να ανταπεξέλθει.

Η Μποτσουάνα είναι ένα από τα τρία μόλις κράτη που κατάφεραν να βγουν από τη λίστα των ελάχιστα ανεπτυγμένων χωρών⁵⁸³. Σήμερα, η χώρα καταλαμβάνει την 80η θέση στην κατάταξη του World Economic Forum.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που έχει να αντιμετωπίσει η Μποτσουάνα είναι τεράστιες διαστάσεις που έχει λάβει η επιδημία του AIDS στην επικράτεια της. Το ποσοστό εξάπλωσης του HIV/AIDS στους ενήλικες έφθασε και ως 36%, και εξαιτίας του ιού το προσδόκιμο ζωής μειώθηκε κατά 20 έτη μέσα σε μία δεκαετία, 1988-1998. Αν και της αντιστοιχεί ένα από τα υψηλότερα ποσοστά, στον κόσμο, φορέων του HIV/AIDS, η Μποτσουάνα έχει αναπτύξει ένα από τα πιο προηγμένα προγράμματα θεραπείας στην Αφρική και τα αντιρετροϊκά φάρμακα είναι άμεσα διαθέσιμα. Η καθολική και δωρεάν πρόσβαση σε αντιρετροϊκή θεραπεία σε συνδυασμό με σωστή διατροφική πληροφόρηση και υποστήριξη βοήθησαν να αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής κατά 4 χρόνια στην χώρα της Μποτσουάνας. Το 2007, το 79% των φορέων του ιού του HIV λάμβαναν αντιρετροϊκή θεραπεία και ο αριθμός των νέων κρουσμάτων μεταξύ των παιδιών υποπενταπλασιάστηκε μεταξύ 1999 και 2007.⁵⁸⁴ Ωστόσο, αυτό δεν αρκεί καθώς σύμφωνα με τον ΟΗΕ, πάνω από ένας στους τρεις ενήλικες στην συγκεκριμένη χώρα

⁵⁸³ Τα άλλα δυο κράτη είναι οι Μαλβίδες και το Πράσινο Ακρωτήριο.

⁵⁸⁴ Βλ. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf>

νοσούν από AIDS ή έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV. Η ασθένεια έχει αφήσει, επίσης, πολλές χιλιάδες ορφανά παιδιά.

Η Μποτσουάνα, παρόλο την ανάπτυξη και τη επιτυχή πορεία που έχει ακολουθήσει, εξαιτίας του τεράστιου προβλήματος του AIDS που αντιμετωπίζει, η όλη της προσπάθεια υποβαθμίζεται και δεν έχει καταφέρει να φθάσει σε ένα υψηλότερο επίπεδο το οποίο της αρμόζει. Μπορεί από την εποχή της ανεξαρτησία της, να κατέγραψε τη γρηγορότερη ανάπτυξη του κατά κεφαλήν εισοδήματος στον κόσμο, ωστόσο, η χώρα άργησε, συγκριτικά με την πρόοδο της με βάση τους οικονομικούς δείκτες, να ξεφύγει από την ομάδα των ΕΑΧ και ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού της συνεχίζει να ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας, καθώς πολίτες και κράτος έχουν να αντιμετωπίσουν όλες τις αρνητικές συνέπειες μιας τεράστιας επιδημίας. Όσο καλή οικονομία και να έχει, πώς γίνεται να αναπτυχθεί μια χώρα που το υπάρχον και το μελλοντικό της εργατικό δυναμικό βρίσκεται προς εξαφάνιση, όπως ήταν η Μποτσουάνα τα προηγούμενα χρόνια που το μεγαλύτερο ποσοστό φορέων αφορούσε σε νεαρούς ενήλικες. Θα μπορούσε να είναι υπολογίσιμη δύναμη στην ομάδα των αναπτυσσόμενων χωρών αλλά η οικονομική της πορεία υποσκελίζεται από τον άρρωστο πληθυσμό της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπάρχει ανάγκη για μια σφαιρική δράση και παράλληλη πρόοδο της οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης. Ειδικά στις χώρες χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου δεν αρκεί απλώς η αύξηση του εισοδήματος για την πρόοδο της ανάπτυξης. Εκτός από το εισόδημα, η φτώχεια και ο πλούτος μιας χώρας υπολογίζονται και από άλλους παράγοντες όπως από την κατάσταση των υποδομών που υπάρχουν, το μέσο επίπεδο εκπαίδευσης, την ποιότητα υγείας των πολιτών της.

Υγεία και πλούτος ενισχύονται παράλληλα. Ένας υγιής πληθυσμός βρίσκεται σε καλύτερη θέση να συμμετάσχει σε οικονομικές δραστηριότητες με αποτέλεσμα τη δημιουργία αυξημένων εισοδημάτων. Από την άλλη πλευρά, η υγεία δεν μπορεί να διατηρηθεί αν δεν καταπολεμηθούν οι ανεπάρκειες που επιφέρουν οι καταστάσεις φτώχειας. Ένας πληθυσμός δεν μπορεί να διατηρηθεί υγιής αν δεν υπάρχουν βασικές υποδομές όπως παροχή πόσιμου νερού, συνεχής βελτιώσεις στις συνθήκες υγιεινής, νοσοκομεία εξοπλισμένα με σωστά καταρτισμένο προσωπικό και ιατρική έρευνα για να αντιμετωπιστούν οποιαδήποτε νέα προβλήματα και προκλήσεις για την υγεία. Η υγεία των φτωχότερων πληθυσμών μπορεί να βελτιωθεί μέσω της δημιουργίας πλούτου.

Είναι γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος της βελτίωσης της ευημερίας στις φτωχότερες χώρες κατά τα τελευταία χρόνια, έχει έρθει και μέσω της επένδυσης και της βελτίωσης του τομέα της υγείας καθώς η αύξηση της μακροζωίας συμβάλλει σημαντικά στον οικονομικό τομέα. Λόγω της αμφίδρομης σχέσης μεταξύ οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι κυβερνήσεις θα πρέπει να στηρίζουν και την οικονομική ανάπτυξη και την αποτελεσματική παροχή των κοινωνικών υπηρεσιών. Η κοινωνική προστασία πρέπει να θεωρείται ως επένδυση. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να κατανοήσουν τη σημαντική συμβολή της υγείας υπέρ της οικονομικής μεγέθυνσης και ανάπτυξης.

Η κοινωνική προστασία στον τομέα της υγείας πρέπει να έχει ως βασικούς στόχους τη βελτίωση της υγείας μέσω της αύξησης της χρήσης αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας και την προστασία του εισοδήματος των νοικοκυριών. Η υγειονομική ασφάλιση είναι ένας τρόπος για να προστατευτούν τα νοικοκυριά από την οικονομική εξαθλίωση λόγω των καταστροφικών δαπανών υγείας. Βέβαια, η υγειονομική ασφάλιση μπορεί να

βοηθάει τα άτομα να μην οδηγούνται στα όρια της φτώχειας αλλά δεν μπορεί να καταφέρει να μετακινήσει εντελώς τα άτομα που είναι χρόνια φτωχοί σε μια άλλη, καλύτερη κατάσταση. Οι φτωχότεροι χρειάζονται μια πιο ολοκληρωμένη πολιτική κοινωνικής προστασίας που συμπεριλαμβάνει την ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Υπάρχει το ερώτημα σχετικά με το πού θα βρει τους απαραίτητους πόρους για τη βελτίωση του υγειονομικού συστήματος ένα φτωχό κράτος. Πρώτον, με τη σωστή κατανομή των δημόσιων πόρων σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού, υπάρχει η περίπτωση κινητοποίησης επιπλέον εγχώριων πόρων για την υγεία. Δεύτερον, στοχεύοντας στον τομέα της πρόληψης, μέσω των σωστών υποδομών, της παροχής των απαραίτητων προληπτικών μέσων, της πληροφόρησης και σωστής ενημέρωσης, το κράτος διασφαλίζει την προστασία της υγείας του πληθυσμού του έχοντας επιβαρυνθεί ελάχιστα και μειώνοντας τη μεγάλη δαπάνη δημοσίων πόρων που επιφέρει η υγειονομική περίθαλψη και θεραπεία των νοσούντων πολιτών του. Επικεντρώνοντας τη δράση του στην πρόληψη προλαβαίνει την οικονομική ζημία που θα υποστεί εξαιτίας μιας μεγάλης επιδημίας ή έξαρσης μιας ασθένειας και παράλληλα, κρατάει τον πληθυσμό του παραγωγικό.

Τα υγειονομικά προβλήματα που επηρεάζουν ολόκληρες κοινότητες, όπως οι ξαφνικές επιδημίες, απαιτούν άμεση επέμβαση είτε σε εθνικό επίπεδο είτε σε διεθνές. Οι διεθνείς εταίροι θα πρέπει, στις αναπτυξιακές τους διαβουλεύσεις, να αναφέρονται πάντα και στο θέμα της υγείας ως βασικό και καταλυτικό παράγοντα ανθρώπινης ανάπτυξης.

Η φτώχεια, ως πολυδιάστατο φαινόμενο, σε κάθε κοινωνία παρουσιάζει διαφορετικές ιδιομορφίες και η σωστή δράση που πρέπει να ακολουθηθεί για την αντιμετώπιση της είναι η διεθνής υποστήριξη εθνικών προγραμμάτων, γιατί δεν μπορεί να βρεθεί μια κοινή λύση για παγκόσμια εφαρμογή. Είναι αναγκαίο, το κάθε κράτος να δραστηριοποιηθεί από μόνο του. Η διεθνής κοινότητα μπορεί να βοηθήσει τις αναπτυσσόμενες χώρες να βελτιώσουν τις πολιτικές και τις δράσεις που εφαρμόζουν παρέχοντας, εκτός από την αναγκαία χρηματοδότηση, την απαραίτητη τεχνογνωσία και συμβουλευτικές προτάσεις. Οι ΜΚΟ και ο ιδιωτικός τομέας μπορούν να διαδραματίσουν, εξίσου, σημαντικό ρόλο για την εφαρμογή και ενσωμάτωση παγκόσμιων πρωτοβουλιών στο εθνικό σύστημα. Θα πρέπει να υπάρξει μια συνολική

αναδιαμόρφωση όλων των τομέων μιας χώρας και να γίνει προσπάθεια για την καταπολέμηση και τη μείωση των εισοδηματικών και κοινωνικών ανισοτήτων που είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της πλειοψηφίας του αναπτυσσόμενου κόσμου, και όχι μόνο.

Η αναπτυξιακή βοήθεια, εδώ και χρόνια, αποτελεί τον κινητήριο μοχλό για διαθρωτικές αλλαγές στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες, στις περιπτώσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί ορθά. Σίγουρα, η παροχή βοήθειας αντικατοπτρίζει, πολλές φορές, αν όχι τις περισσότερες, τα συμφέροντα του αναπτυσσόμενου κόσμου αλλά είναι και στην ευχέρεια των κυβερνήσεων αναπτυσσόμενων κρατών να τα διαχειριστούν με βάση τις πραγματικές ανάγκες των πληθυσμών τους.

Αναφορικά με την υποσαχάρια Αφρική, σε ένα γενικότερο πλαίσιο, η περιφέρεια βρίσκεται στο χαμηλότερο σκαλί ανάπτυξης στον κόσμο. Όμως το θετικό είναι ότι υπάρχουν υποσαχάρια κράτη που έχουν κάνει σημαντικά βήματα για να μπουν σε μια αναπτυξιακή πορεία. Επιτακτικό είναι, ωστόσο, οι διεθνείς εταίροι να εκπληρώσουν τις υποσχέσεις τους για οικονομική και τεχνική βοήθεια ώστε να συνεχιστεί αυτή η πορεία.

Όσον αφορά στην επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας, ζήτημα κρίσιμης σημασίας είναι να δοθεί περισσότερη βάση όχι στις συνολικές εκτιμήσεις, αλλά στην πρόοδο της κάθε περιφέρειας ξεχωριστά. Δεν μπορεί να θεωρείται, για παράδειγμα, ότι ο στόχος για την πρόσβαση σε πόσιμο νερό έχει επιτευχθεί όταν στις περισσότερες από τις αναπτυσσόμενες περιφέρειες του πλανήτη συνεχίζει να είναι μείζων πρόβλημα. Πρέπει να γίνουν ακόμα πολλά και η όποια πρόοδος έχει επιτευχθεί κινδυνεύει να υποσκελιστεί από διάφορους παράγοντες, όπως η απροθυμία των κυβερνήσεων για προώθηση σχετικών πολιτικών, το λάθος συντονισμό και εφαρμογή των δράσεων και η έλλειψη των απαραίτητων πόρων για την πραγματοποίηση και ενίσχυση αναπτυξιακών προγραμμάτων. Υπάρχει συνολική ευθύνη και μερίδιο στη δράση πρέπει να έχουν όλοι οι φορείς, διεθνείς οργανισμοί και οργανώσεις, διεθνείς εταίροι, τα ίδια τα αναπτυσσόμενα κράτη, η κοινωνία των πολιτών εφ'όσον όλα είναι αλληλένδετα και η παγκόσμια εξέλιξη απαρτίζεται από κομμάτια ευημερίας όλου του πλανήτη.

Πρέπει να δοθεί βάση σε συνδυαστικές δράσεις για τους αναπτυξιακούς στόχους ώστε να υπάρχει πιο ισχυρό αποτέλεσμα γιατί οι στόχοι συνδέονται μεταξύ τους άμεσα. Από ότι φαίνεται και στην πράξη, η θετική εξέλιξη ενός στόχου είναι εύθραυστη στην περίπτωση που κάποιος από τους υπόλοιπους δεν παρουσιάζουν πρόοδο. Παράλληλα,

κάθε δράση για κάποιον από τους αναπτυξιακούς στόχους, αν αξιοποιηθεί σωστά, μπορεί να δώσει το έναυσμα για θετικά αποτελέσματα και για τους υπόλοιπους.

Είκοσι χρόνια μετά τη Διάσκεψη του Ρίο, το 1992, όπου για πρώτη φορά η Διεθνής Κοινότητα δεσμεύτηκε για μια από κοινού δράση για τη βελτίωση των ανθρώπινων κοινωνιών, την αντιμετώπιση της παγκόσμιας αυξανόμενης φτώχειας και των όλο και μεγαλύτερων αναπτυξιακών και περιβαλλοντικών προβλημάτων, τώρα, στη Συνδιάσκεψη Ρίο +20, οι ηγέτες είναι αναγκασμένοι να παραδεχθούν ότι η πορεία δεν είναι ακριβώς όπως την οραματίστηκαν και κάποιοι από τους στόχους δε γνώρισαν καθόλου πρόοδο. Η πρόκληση στο Ρίο είναι τα μέτρα και οι αποφάσεις, που θα ληφθούν, να είναι πραγματικά εφαρμόσιμα για να εξασφαλιστεί στους φτωχούς και ευάλωτους πληθυσμούς του πλανήτη ένα μερίδιο ευημερίας. Εκτός από την ισχυρή πολιτική βούληση δέσμευσης, η εξέλιξη των όποιων αποφάσεων ή στόχων αποφασισθούν στη Συνδιάσκεψη θα εξαρτηθεί από τι πραγματικά θα πράξουν στο μέλλον οι εθνικές κυβερνήσεις, οι διεθνείς οργανισμοί αλλά και η κοινωνία των πολιτών. Η προσεχής Συνδιάσκεψη είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για την περιφέρεια της υποσαχάριας Αφρικής, όπως και για τα περισσότερα αναπτυσσόμενα κράτη, όπου αντιμετωπίζουν, συνέχεια, νέες προκλήσεις που δημιουργούν αύξηση της φτώχειας, επιδείνωση της πείνας, υποβάθμιση της ανθρώπινης υγείας και του περιβάλλοντος.

Κλείνοντας, θα ήθελα να τονίσω πως η πολυπόθητη ευημερία και εξέλιξη θα έρθει αν οι ηγέτες επενδύσουν στο ανθρώπινο κεφάλαιο. Για την πραγματική πρόοδο μιας χώρας, δεν μπορούμε να στηριζόμαστε, μόνο, σε εξισώσεις και χρηματοοικονομικούς δείκτες γιατί δεν αποτελούν αυτοί τη χώρα αλλά οι πολίτες της και η εικόνα της αντανακλά την εικόνα του συνόλου της. Οι κυβερνήσεις είναι υποχρεωμένες να μεριμνήσουν για τις βασικές ανάγκες των πολιτών τους γιατί μόνο οι υγιείς άνθρωποι μπορούν να βοηθήσουν την ανάπτυξη της χώρας τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ του ΟΗΕ

Resolution adopted by the General Assembly

[without reference to a Main Committee (A/55/L.2)]

55/2. United Nations Millennium Declaration

The General Assembly

Adopts the following Declaration:

United Nations Millennium Declaration

I. Values and principles

1. We, heads of State and Government, have gathered at United Nations Headquarters in New York from 6 to 8 September 2000, at the dawn of a new millennium, to reaffirm our faith in the Organization and its Charter as indispensable foundations of a more peaceful, prosperous and just world.
2. We recognize that, in addition to our separate responsibilities to our individual societies, we have a collective responsibility to uphold the principles of human dignity, equality and equity at the global level. As leaders we have a duty therefore to all the world's people, especially the most vulnerable and, in particular, the children of the world, to whom the future belongs.
3. We reaffirm our commitment to the purposes and principles of the Charter of the United Nations, which have proved timeless and universal. Indeed, their relevance and capacity to inspire have increased, as nations and peoples have become increasingly interconnected and interdependent.

4. We are determined to establish a just and lasting peace all over the world in accordance with the purposes and principles of the Charter. We rededicate ourselves to support all efforts to uphold the sovereign equality of all States, respect for their territorial integrity and political independence, resolution of disputes by peaceful means and in conformity with the principles of justice and international law, the right to self-determination of peoples which remain under colonial domination and foreign occupation, non-interference in the internal affairs of States, respect for human rights and fundamental freedoms, respect for the equal rights of all without distinction as to race, sex, language or religion and international cooperation in solving international problems of an economic, social, cultural or humanitarian character.

5. We believe that the central challenge we face today is to ensure that globalization becomes a positive force for all the world's people. For while globalization offers great opportunities, at present its benefits are very unevenly shared, while its costs are unevenly distributed. We recognize that developing countries and countries with economies in transition face special difficulties in responding to this central challenge. Thus, only through broad and sustained efforts to create a shared future, based upon our common humanity in all its diversity, can globalization be made fully inclusive and equitable. These efforts must include policies and measures, at the global level, which correspond to the needs of developing countries and economies in transition and are formulated and implemented with their effective participation.

6. We consider certain fundamental values to be essential to international relations in the twenty-first century. These include:

- **Freedom.** Men and women have the right to live their lives and raise their children in dignity, free from hunger and from the fear of violence, oppression or injustice. Democratic and participatory governance based on the will of the people best assures these rights.
- **Equality.** No individual and no nation must be denied the opportunity to benefit from development. The equal rights and opportunities of women and men must be assured.

- **Solidarity.** Global challenges must be managed in a way that distributes the costs and burdens fairly in accordance with basic principles of equity and social justice. Those who suffer or who benefit least deserve help from those who benefit most.

- **Tolerance.** Human beings must respect one other, in all their diversity of belief, culture and language. Differences within and between societies should be neither feared nor repressed, but cherished as a precious asset of humanity. A culture of peace and dialogue among all civilizations should be actively promoted.

- **Respect for nature.** Prudence must be shown in the management of all living species and natural resources, in accordance with the precepts of sustainable development. Only in this way can the immeasurable riches provided to us by nature be preserved and passed on to our descendants. The current unsustainable patterns of production and consumption must be changed in the interest of our future welfare and that of our descendants.

- **Shared responsibility.** Responsibility for managing worldwide economic and social development, as well as threats to international peace and security, must be shared among the nations of the world and should be exercised multilaterally. As the most universal and most representative organization in the world, the United Nations must play the central role.

7. In order to translate these shared values into actions, we have identified key objectives to which we assign special significance.

II. Peace, security and disarmament

8. We will spare no effort to free our peoples from the scourge of war, whether within or between States, which has claimed more than 5 million lives in the past decade. We will also seek to eliminate the dangers posed by weapons of mass destruction.

9. We resolve therefore:

- To strengthen respect for the rule of law in international as in national affairs and, in particular, to ensure compliance by Member States with the decisions of the International

Court of Justice, in compliance with the Charter of the United Nations, in cases to which they are parties.

- To make the United Nations more effective in maintaining peace and security by giving it the resources and tools it needs for conflict prevention, peaceful resolution of disputes, peacekeeping, post-conflict peace-building and reconstruction. In this context, we take note of the report of the Panel on United Nations Peace Operations and request the General Assembly to consider its recommendations expeditiously.
- To strengthen cooperation between the United Nations and regional organizations, in accordance with the provisions of Chapter VIII of the Charter.
- To ensure the implementation, by States Parties, of treaties in areas such as arms control and disarmament and of international humanitarian law and human rights law, and call upon all States to consider signing and ratifying the Rome Statute of the International Criminal Court.
- To take concerted action against international terrorism, and to accede as soon as possible to all the relevant international conventions.
- To redouble our efforts to implement our commitment to counter the world drug problem.
- To intensify our efforts to fight transnational crime in all its dimensions, including trafficking as well as smuggling in human beings and money laundering.
- To minimize the adverse effects of United Nations economic sanctions on innocent populations, to subject such sanctions regimes to regular reviews and to eliminate the adverse effects of sanctions on third parties.
- To strive for the elimination of weapons of mass destruction, particularly nuclear weapons, and to keep all options open for achieving this aim, including the possibility of convening an international conference to identify ways of eliminating nuclear dangers.
- To take concerted action to end illicit traffic in small arms and light weapons, especially by making arms transfers more transparent and supporting regional disarmament

measures, taking account of all the recommendations of the forthcoming United Nations Conference on Illicit Trade in Small Arms and Light Weapons.

- To call on all States to consider acceding to the Convention on the Prohibition of the Use, Stockpiling, Production and Transfer of Anti-personnel Mines and on Their Destruction, as well as the amended mines protocol to the Convention on conventional weapons.

10. We urge Member States to observe the Olympic Truce, individually and collectively, now and in the future, and to support the International Olympic Committee in its efforts to promote peace and human understanding through sport and the Olympic Ideal.

III. Development and poverty eradication

11. We will spare no effort to free our fellow men, women and children from the abject and dehumanizing conditions of extreme poverty, to which more than a billion of them are currently subjected. We are committed to making the right to development a reality for everyone and to freeing the entire human race from want.

12. We resolve therefore to create an environment – at the national and global levels alike – which is conducive to development and to the elimination of poverty.

13. Success in meeting these objectives depends, *inter alia*, on good governance within each country. It also depends on good governance at the international level and on transparency in the financial, monetary and trading systems. We are committed to an open, equitable, rule-based, predictable and non-discriminatory multilateral trading and financial system.

14. We are concerned about the obstacles developing countries face in mobilizing the resources needed to finance their sustained development. We will therefore make every effort to ensure the success of the High-level International and Intergovernmental Event on Financing for Development, to be held in 2001.

15. We also undertake to address the special needs of the least developed countries. In this context, we welcome the Third United Nations Conference on the Least Developed

Countries to be held in May 2001 and will endeavour to ensure its success. We call on the industrialized countries:

- To adopt, preferably by the time of that Conference, a policy of duty- and quota-free access for essentially all exports from the least developed countries;
- To implement the enhanced programme of debt relief for the heavily indebted poor countries without further delay and to agree to cancel all official bilateral debts of those countries in return for their making demonstrable commitments to poverty reduction; and
- To grant more generous development assistance, especially to countries that are genuinely making an effort to apply their resources to poverty reduction.

16. We are also determined to deal comprehensively and effectively with the debt problems of low- and middle-income developing countries, through various national and international measures designed to make their debt sustainable in the long term.

17. We also resolve to address the special needs of small island developing States, by implementing the Barbados Programme of Action and the outcome of the twenty-second special session of the General Assembly rapidly and in full. We urge the international community to ensure that, in the development of a vulnerability index, the special needs of small island developing States are taken into account.

18. We recognize the special needs and problems of the landlocked developing countries, and urge both bilateral and multilateral donors to increase financial and technical assistance to this group of countries to meet their special development needs and to help them overcome the impediments of geography by improving their transit transport systems.

19. We resolve further:

- To halve, by the year 2015, the proportion of the world's people whose income is less than one dollar a day and the proportion of people who suffer from hunger and, by the same date, to halve the proportion of people who are unable to reach or to afford safe drinking water.

- To ensure that, by the same date, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling and that girls and boys will have equal access to all levels of education.
- By the same date, to have reduced maternal mortality by three quarters, and under-five child mortality by two thirds, of their current rates.
- To have, by then, halted, and begun to reverse, the spread of HIV/AIDS, the scourge of malaria and other major diseases that afflict humanity.
- To provide special assistance to children orphaned by HIV/AIDS.
- By 2020, to have achieved a significant improvement in the lives of at least 100 million slum dwellers as proposed in the "Cities Without Slums" initiative.

20. We also resolve:

- To promote gender equality and the empowerment of women as effective ways to combat poverty, hunger and disease and to stimulate development that is truly sustainable.
- To develop and implement strategies that give young people everywhere a real chance to find decent and productive work.
- To encourage the pharmaceutical industry to make essential drugs more widely available and affordable by all who need them in developing countries.
- To develop strong partnerships with the private sector and with civil society organizations in pursuit of development and poverty eradication.
- To ensure that the benefits of new technologies, especially information and communication technologies, in conformity with recommendations contained in the ECOSOC 2000 Ministerial Declaration, are available to all.

IV. Protecting our common environment

21. We must spare no effort to free all of humanity, and above all our children and grandchildren, from the threat of living on a planet irredeemably spoilt by human activities, and whose resources would no longer be sufficient for their needs.

22. We reaffirm our support for the principles of sustainable development, including those set out in Agenda 21, agreed upon at the United Nations Conference on Environment and Development.

23. We resolve therefore to adopt in all our environmental actions a new ethic of conservation and stewardship and, as first steps, we resolve:

- To make every effort to ensure the entry into force of the Kyoto Protocol, preferably by the tenth anniversary of the United Nations Conference on Environment and Development in 2002, and to embark on the required reduction in emissions of greenhouse gases.
- To intensify our collective efforts for the management, conservation and sustainable development of all types of forests.
- To press for the full implementation of the Convention on Biological Diversity and the Convention to Combat Desertification in those Countries Experiencing Serious Drought and/or Desertification, particularly in Africa.
- To stop the unsustainable exploitation of water resources by developing water management strategies at the regional, national and local levels, which promote both equitable access and adequate supplies.
- To intensify cooperation to reduce the number and effects of natural and man-made disasters.
- To ensure free access to information on the human genome sequence.

V. Human rights, democracy and good governance

24. We will spare no effort to promote democracy and strengthen the rule of law, as well as respect for all internationally recognized human rights and fundamental freedoms, including the right to development.

25. We resolve therefore:

- To respect fully and uphold the Universal Declaration of Human Rights.
- To strive for the full protection and promotion in all our countries of civil, political, economic, social and cultural rights for all.
- To strengthen the capacity of all our countries to implement the principles and practices of democracy and respect for human rights, including minority rights.
- To combat all forms of violence against women and to implement the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.
- To take measures to ensure respect for and protection of the human rights of migrants, migrant workers and their families, to eliminate the increasing acts of racism and xenophobia in many societies and to promote greater harmony and tolerance in all societies.
- To work collectively for more inclusive political processes, allowing genuine participation by all citizens in all our countries.
- To ensure the freedom of the media to perform their essential role and the right of the public to have access to information.

VI. Protecting the vulnerable

26. We will spare no effort to ensure that children and all civilian populations that suffer disproportionately the consequences of natural disasters, genocide, armed conflicts and other humanitarian emergencies are given every assistance and protection so that they can resume normal life as soon as possible.

We resolve therefore:

- To expand and strengthen the protection of civilians in complex emergencies, in conformity with international humanitarian law.
- To strengthen international cooperation, including burden sharing in, and the coordination of humanitarian assistance to, countries hosting refugees and to help all refugees and displaced persons to return voluntarily to their homes, in safety and dignity and to be smoothly reintegrated into their societies.
- To encourage the ratification and full implementation of the Convention on the Rights of the Child and its optional protocols on the involvement of children in armed conflict and on the sale of children, child prostitution and child pornography.

VII. Meeting the special needs of Africa

27. We will support the consolidation of democracy in Africa and assist Africans in their struggle for lasting peace, poverty eradication and sustainable development, thereby bringing Africa into the mainstream of the world economy.

28. We resolve therefore:

- To give full support to the political and institutional structures of emerging democracies in Africa.
- To encourage and sustain regional and subregional mechanisms for preventing conflict and promoting political stability, and to ensure a reliable flow of resources for peacekeeping operations on the continent.
- To take special measures to address the challenges of poverty eradication and sustainable development in Africa, including debt cancellation, improved market access, enhanced Official Development Assistance and increased flows of Foreign Direct Investment, as well as transfers of technology.
- To help Africa build up its capacity to tackle the spread of the HIV/AIDS pandemic and other infectious diseases.

VIII. Strengthening the United Nations

29. We will spare no effort to make the United Nations a more effective instrument for pursuing all of these priorities: the fight for development for all the peoples of the world, the fight against poverty, ignorance and disease; the fight against injustice; the fight against violence, terror and crime; and the fight against the degradation and destruction of our common home.

30. We resolve therefore:

- To reaffirm the central position of the General Assembly as the chief deliberative, policy-making and representative organ of the United Nations, and to enable it to play that role effectively.
- To intensify our efforts to achieve a comprehensive reform of the Security Council in all its aspects.
- To strengthen further the Economic and Social Council, building on its recent achievements, to help it fulfil the role ascribed to it in the Charter.
- To strengthen the International Court of Justice, in order to ensure justice and the rule of law in international affairs.
- To encourage regular consultations and coordination among the principal organs of the United Nations in pursuit of their functions.
- To ensure that the Organization is provided on a timely and predictable basis with the resources it needs to carry out its mandates.
- To urge the Secretariat to make the best use of those resources, in accordance with clear rules and procedures agreed by the General Assembly, in the interests of all Member States, by adopting the best management practices and technologies available and by concentrating on those tasks that reflect the agreed priorities of Member States.
- To promote adherence to the Convention on the Safety of United Nations and Associated Personnel.

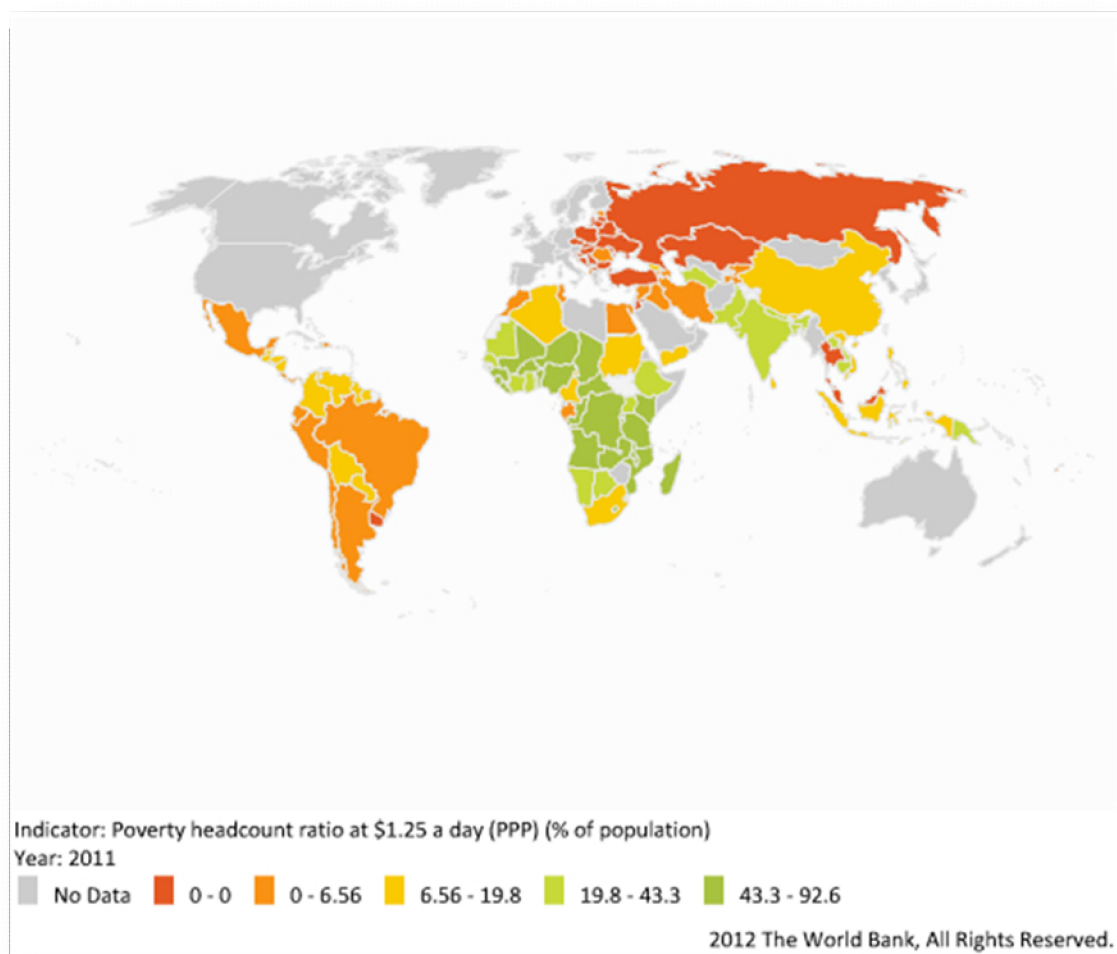
- To ensure greater policy coherence and better cooperation between the United Nations, its agencies, the Bretton Woods Institutions and the World Trade Organization, as well as other multilateral bodies, with a view to achieving a fully coordinated approach to the problems of peace and development.
- To strengthen further cooperation between the United Nations and national parliaments through their world organization, the Inter-Parliamentary Union, in various fields, including peace and security, economic and social development, international law and human rights and democracy and gender issues.
- To give greater opportunities to the private sector, non-governmental organizations and civil society, in general, to contribute to the realization of the Organization's goals and programmes.

31. We request the General Assembly to review on a regular basis the progress made in implementing the provisions of this Declaration, and ask the Secretary-General to issue periodic reports for consideration by the General Assembly and as a basis for further action.

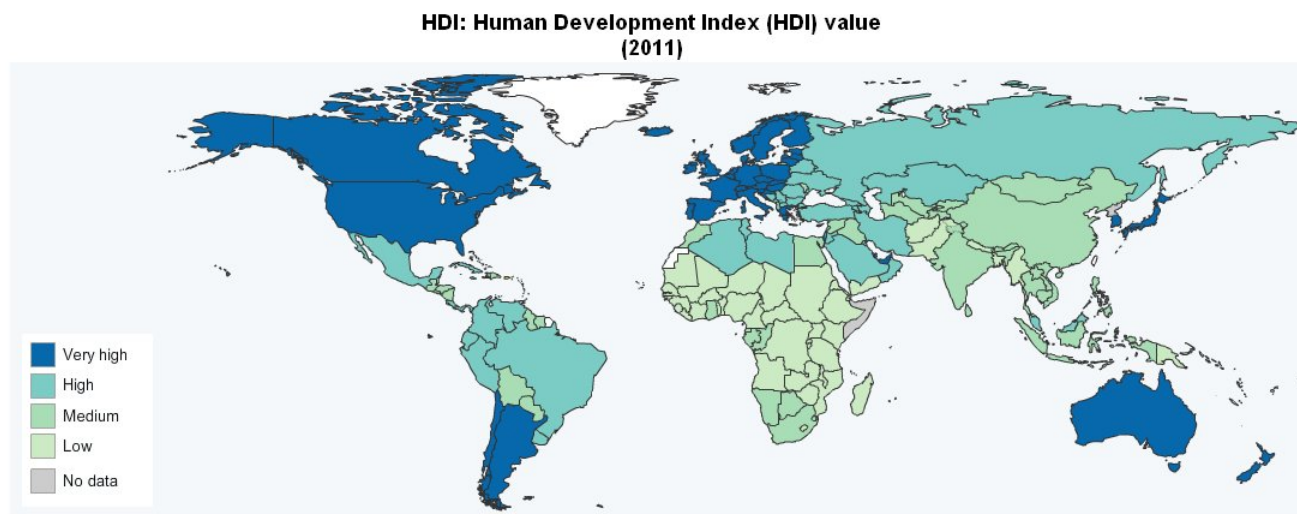
32. We solemnly reaffirm, on this historic occasion, that the United Nations is the indispensable common house of the entire human family, through which we will seek to realize our universal aspirations for peace, cooperation and development. We therefore pledge our unstinting support for these common objectives and our determination to achieve them.

*8th plenary meeting
8 September 2000*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

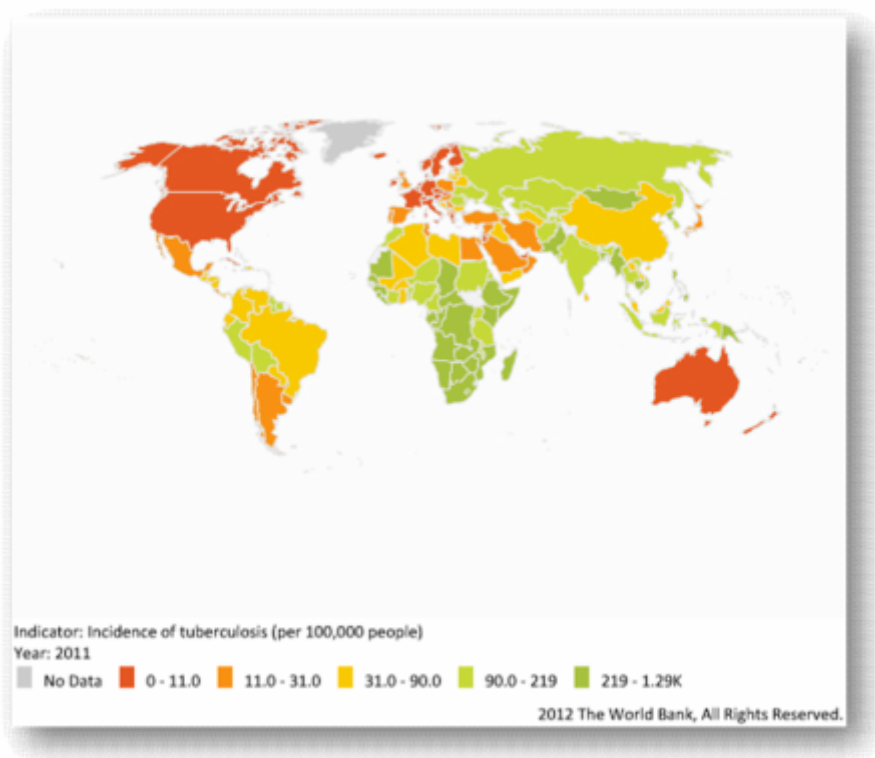
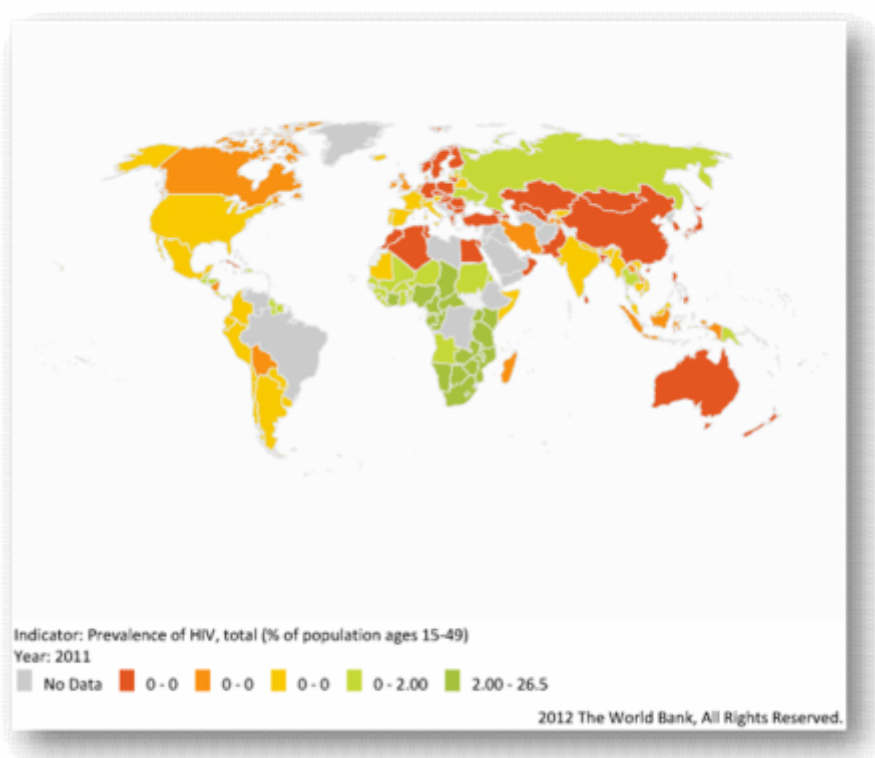


Εικόνα 1. Πηγή: <http://www.worldbank.org/mdgs/>

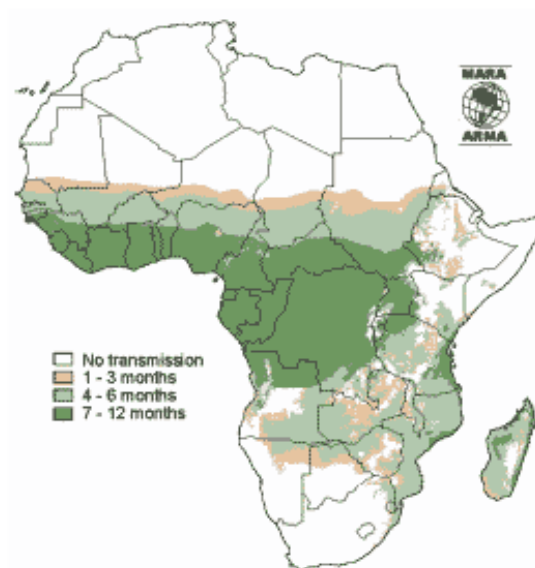
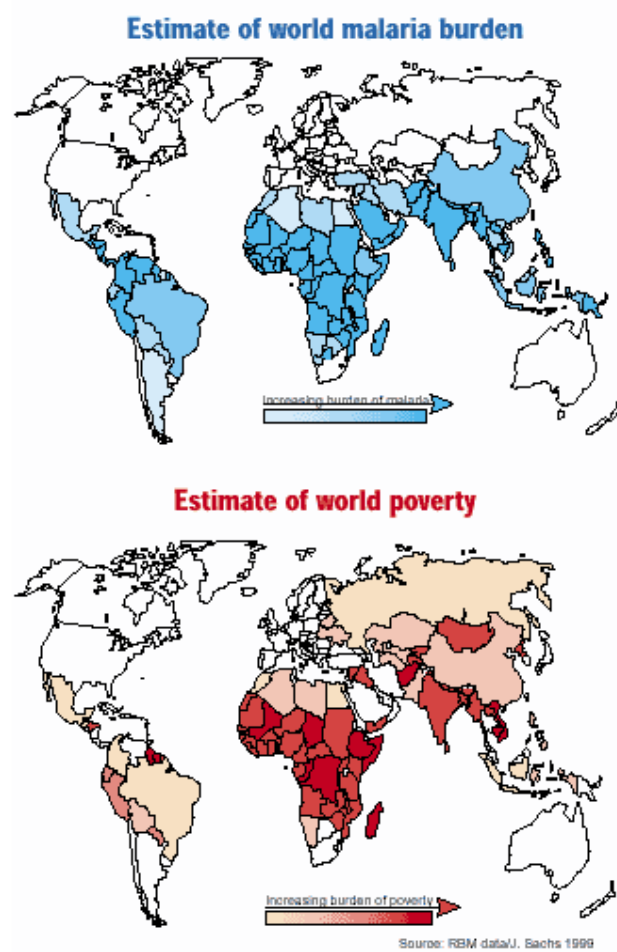


Εικόνα 2. Πηγή: <http://hdr.undp.org/en/data/map/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ



Εικόνα 1 και 2. Πηγή: <http://www.worldbank.org/mdgs/>



Computer-generated model showing duration of malaria transmission seasons across Africa.

Εικόνα 3 και 4. Πηγή: <http://www.rollbackmalaria.org>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

I. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1) Βιβλία

- Cordellier, S., (επιμ.), *Ο κόσμος τον 21^ο αιώνα: 80 κείμενα για να κατανοήσουμε τη νέα τάξη πραγμάτων*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1999.
- Diamond, J., *Όπλα, μικρόβια και ατσάλι. Οι τύχες των ανθρώπινων κοινωνιών*, εκδ. Κάτοπτρο, Αθήνα, 2006.
- Giddens, A., *Κοινωνιολογία*, εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 2002.
- Ρουμελιώτης, Π., *Προς έναν πολυπολικό κόσμο*, εκδ. Λιβάνη, 2009.
- Σεν, Α., *Η Ανάπτυξη ως ελευθερία*, εκδ. Καατανιώτη, Αθήνα, 2006.
- Στεφάνου, Κ., Γκόρτσος, Χρ., *Διεθνές Οικονομικό Δίκαιο*, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2005.
- Στιγκλιτζ, Τζ., *Η μεγάλη αυταπάτη*, εκδ. Λιβάνη, Αθήνα, 2003.
- Σωτηρόπουλος, Δ. Α., Χουλιάρας, Α., Ρούσσο, Σ., Σκλιάς, Π., *Ο τρίτος κόσμος: πολιτική, κοινωνία, οικονομία, διεθνείς σχέσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2005.
- Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αναπτυξιακό φαινόμενο και τρίτος κόσμος: πολιτικές και διεθνές δίκαιο της ανάπτυξης*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2010.
- Τσάλτας, Γρ. Ι., *Αφρική και ανάπτυξη: Η τελευταία παγκόσμια πρόκληση / ευκαιρία*, εκδ. Σιδέρης Ι., Αθήνα, 2003.
- Χανιώτης, Φρ. Ι., Χανιώτης, Δ. Ι., *Νοσολογία Παθολογία*, Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2002.

II. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1) Βιβλία

- Denis, Ph., Becker, Ch., *L'épidémie du Sida en Afrique subsaharienne: Regards historiens*, KARTHALA, Paris, 2006.
- Franco D. A., *Poverty and the Continuing Global Health Crisis*, Tate Publishing, USA, 2009.

- Gillespie, St., Kadiyala, S., *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*, International Food Policy Research Institute, Washington, 2005.
- Lule, E., Seifman, R., Antonio, C. D., *The changing HIV/AIDS landscape: selected papers for the World Bank's agenda for action in Africa, 2007-2011*, World Bank Publications, Washington, 2009.
- Manor, J., “*Aid that works: Successful Development in Fragile States*”, World Bank Publications, Washington, 2006.
- Mazrui, A. A., Wondji, C., (eds), *UNESCO General History of Africa Volume VIII Africa since 1935*, Heinemann Publishers (Oxford) Ltd, California, 1993.
- Niang, C. I., *Santé, société et politique en Afrique*, CODESRIA, Senegal, 2008.
- Thomson, A., *An Introduction to African Politics*, Routledge, London, 2004.
- White, H., Killick, T., Kayizzi-Mugerwa, St., *African Poverty at the Millennium: Causes, Complexities, and Challenges* World Bank Publications, Washington, 2001.

2) Άρθρα- Συμβολές σε Συλλογικούς Τόμους

- Asfaw, A., “How Poverty Affects the Health Status and Health Care Demand Behaviour of Households? The Case of Rural Ethiopia”, paper presented at the CPRC international conference on ‘*Staying Poor: Chronic Poverty and Development Policy*’, University of Manchester, UK, 7 -9 April 2003.
- Austin, G., “Développement économique et legs coloniaux en Afrique”, *Revue internationale de politique de développement*, 11 mars 2010.
- Ban, K. M., “The stigma factor”, Washington Times, 6 August 2008, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.washingtontimes.com/news/2008/aug/06/the-stigma-factor/>
- Banda, I., “*Zimbabwe: Children Crossing Borders in Search of HIV Treatment*”, 24 August 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://allafrica.com/stories/201008240798.html>.
- Barnett, T. & Grellier Rachel, *Mitigation of the impact of HIV/AIDS on rural livelihoods through low-labour input agriculture and related activities*, July 2003.
- Binh, L. Q., “What has Made Viet Nam a Poverty Reduction Success Story”, *Oxfam International*, 14 Jun 2008.

- Davidyants, V.A., *Malaria elimination in Armenia*, Ministry of Health, Republic of Armenia, National Institute of Health, National Health Information Analytic Center, Yerevan 2011 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://healthinfo.am/Public/Full-book.pdf>.
- Debrah, Fr. S., “*Ghana’s Jobless Growth: Does Anyone Care?*”, 19 January 2012, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/features/artikel.php?ID=228047>
- Eberhardt, M., Teal, Fr., “Le Ghana et la Côte d’Ivoire: une inversion des rôles”, *Revue internationale de politique de développement*, 11 mars 2010.
- Gallup, J., Sachs, J., “The economic burden of malaria”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://www.ajtmh.org/content/64/1_suppl/85.full.pdf+html.
- Gillespie, St., (ed.), “*AIDS, Poverty, and Hunger: Challenges and Responses*”, (Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security, Durban, South Africa, April 14–16, 2005), International Food Policy Research Institute, Washington, 2006.
- Girardin, O., Dao, D., Koudou, B., Essé, C., Cissé, G., Yao, T., N’Goran, E., Tschannen, A., Bordmann, G., Lehmann, B., Nsabimana, C., Keiser, J., Killeen, G., Singer, B., Tanner, M., Utzinger, J., “Opportunities and limiting factors of intensive vegetable farming in malaria endemic Côte d’Ivoire”, *Acta Tropica*, Vol. 89, Issue 2, January 2004, σελ. 109-123.
- Hallett, T.B, et al, “Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti”, *Sex Transm Infect.*, Vol. 82, Suppl 1, April 2006, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693572/?tool=pubmed>.
- Halperin, D. T., et al., “A Surprising Prevention Success: Why Did the HIV Epidemic Decline in Zimbabwe?”, *PLoS Medicine*, Vol. 8, Issue 2, 2011 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000414>.
- Harsch, E., “Investing in Africa’s farms — and its future”, *Africa Renewal online*, April 2011, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.un.org/en/africarenewal/vol25no1/investing-african-agriculture.html#box>.

- Hulme, D., Lawson, D., “*Health, Health Care, Poverty and Well being: an overview for a developing country focus*”, July 2004.
- Hugon, Ph., “Les nouveaux acteurs de la coopération en Afrique”, *Revue internationale de politique de développement*, 11 mars 2010.
- Lama, A., *Health-Peru: Fighting AIDS Discrimination*, 13 December 2000, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://ipsnews.net/news.asp?idnews=82849>.
- Larson, B., P. Hamazakaza, et al., *Morbidity, mortality, and crop production: an empirical study of smallholder cotton growing households in the central province of Zambia*, Boston, Center for International Health and Development, Boston University of Public Health, 2004.
- Ngalula, J., Urassa, M., Mwaluko, G., Isingo R., Boerma, J., “Health service use and household expenditure during terminal illness due to AIDS in rural Tanzania”, *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 7, No. 10, October 2002, σελ. 873–877.
- Plus News, *ZIMBABWE: A timeline of HIV/AIDS funding woes*, 12th August 2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.plusnews.org/Report/85691/ZIMBABWE-A-timeline-of-HIV-AIDS-funding-woes>.
- Ranis, G., Frances, St., Ramirez, A., “Economic Growth and Human Development”, *World Development*, Vol. 28, February 2000, σελ. 197-219.
- Sachs, J.D., McArthur, J.W., Schmidt-Traub, G., Kruk, M., Bahadur, C., Faye, M., McCord, G., “Ending Africa’s Poverty Trap”, *Brookings Papers on Economic Activity*, 1, 2004, σελ. 117-240.
- Wang, S., Zhou, L., Yanshun, R., “The 8-7 National Poverty Reduction Programme in China - The National Strategy and Its Impact”, a case study from: *Reducing Poverty, Sustaining Growth. What Works, What Doesn’t, and Why A Global Exchange for Scaling Up Success*, World Bank, Shanghai, May 2004.
- Sisay, A., “In Ethiopia, battling poverty with tiny bits of cash”, *Africa Renewal online*, 26 October 2011, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.un.org/en/africarenewal/newrels/ethiopia-micro-finance.html>.
- Stevens, Ph., Director of Health Projects, “Diseases of poverty and the 10/90 Gap”, *International Policy Network*, November 2004.
- Teunissen, J. J., Akkerman, A., (eds), “*Helping the Poor? The IMF and Low-Income Countries*”, FONDAD, June 2005.

- Utzinger, J., Tozan, Y., Doumani, F., Singer, B.H., “The economic payoffs of integrated malaria control in the Zambian copperbelt between 1930 and 1950”, *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 7, Issue 8, 2002, σελ 657-677.
- Vasudev, N., “Income or Health: Can HIV patients have both?”, *Oxfam International*, August 2008, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.oxfam.org/en/development/income-or-health-can-hiv-patients-have-both>.
- Xu Ke, Evans David B., Kawabata Kei, Zeramdingi Riadh, Klavus Jan, Murray Christopher J.L., “Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis”, *The Lancet*, Vol. 362, 12 July 2003, σελ.111-117, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://www.who.int/health_financing/Lancet%20paper-catastrophic%20expenditure.pdf.

III. ΕΚΘΕΣΕΙΣ – ΑΝΑΦΟΡΕΣ – ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Aggleton, P., Parker, R., Maluwa, M., *Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*, Sustainable Development Department, Inter-American Development Bank, February 2003, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=354523>.
- Amnesty International, Rwanda: “Marked for Death”, rape survivors living with HIV/AIDS in Rwanda, April 2004, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.amnesty.org/en/library/asset/AFR47/007/2004/en/53d74ceb-d5f7-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/afr470072004en.pdf>.
- Amnesty International, *Sudan: Darfur: Rape as a weapon of war: sexual violence and its consequences*, July 2004, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.amnesty.org/en/library/asset/AFR54/076/2004/en/f66115ea-d5b4-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/afr540762004en.pdf>.
- Bell, C., Devarajan, S., Gersbach, H., *The Long-run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa*, World Bank Policy Research Working Paper 3152, World Bank, Washington, 2003.

- Devarajan, Sh., Miller, M. J., Swanson, E. V., *Goals for Development: History, Prospects and Costs*, World Bank Policy Research Working Paper No. 2819, April 2002, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=636102.
- European Commission, *Financing for Development - Annual progress report 2010. Getting back on track to reach the EU 2015 target on ODA spending?* Brussels, 21 April 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/SEC_2010_0420_COM_2010_0159_EN.PDF.
- European Union, EU contribution to the Millennium Development Goals, 2010.
- Fairtrade Foundation, *The great cotton stitch-Up*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://www.fairtrade.org.uk/includes/documents/cm_docs/2010/f/2_ft_cotton_policy_report_2010_loresv2.pdf.
- GFTAM, *Making a Difference: Global Fund Results Report 2011*.
- Grant, U., *Health and Poverty Linkages: Perspectives of the chronically poor*, Chronic Poverty Research Centre Working Paper No. 2008-09, February 2005.
- Government of Malawi, *Development and Growth Strategy: From Poverty to Prosperity 2006-2011*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.malawi-invest.net/docs/Downloads/Malawi%20Growth%20&%20Development%20Strategy%20August%202006.pdf>.
- Human Rights Watch, *Policy Paralysis: A Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa*, New York, December 2003.
- ICF, GFATM, *Independent Evaluation of the Affordable Medicines Facility - malaria (AMFm) Phase I, Multi-Country Baseline Report*, March 22, 2012.
- IDA, IMF, *Annual Progress Report for the Ghana Growth and Poverty Reduction Strategy (GPRS II)*, July 2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/383606-1092340662634/cr09238.pdf>.
- IEG, World Bank, IFC, MIGA, *Poverty Reduction Support Credits: An Evaluation of World Bank Support*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://siteresources.worldbank.org/INTPRSC/Resources/prsc_eval.pdf.

- IFAD, *Strategic Framework 2011-2015: Enabling poor rural people to improve their food security and nutrition, raise their incomes and strengthen their resilience*, 10 May 2011, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.ifad.org/gbdocs/eb/102/e/EB-2011-102-R-2-Rev-1.pdf>.
- IFPRI, *Global Hunger Index 2011: The challenge of hunger: Taming price spikes and excessive food price volatility*”, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi11.pdf>.
- ILO, *HIV/AIDS and the world of work*, Geneva, 2008.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *Report 2006-2007: Health Initiative - Malaria, Measles and Polio*, 3 April 2008.
- International Organisation of Employers, UNAIDS, *Employers' handbook on HIV/AIDS. A guide for action*, Geneva, 2002.
- Jamison, D. T., Sachs, J. D., Wang, J., *The Effect of the AIDS Epidemic on Economic Welfare in Sub-Saharan Africa*, CMH Working Paper Series Paper No.WG1: 13, Geneva, World Health Organisation and Commission on Macroeconomics and Health, December 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://www.emro.who.int/cbi/PDF/AIDS_Epidemic.pdf.
- Laxminarayan, R., Klein, E., Dye, Ch., Floyd, K., Darley, S., Adeyi, O., *Economic Benefit of Tuberculosis Control*, Policy Research Working Paper 4295, World Bank, August 2007, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSCContentServer/WDSP/IB/2007/08/01/000158349_20070801103922/Rendered/PDF/wps4295.pdf.
- Moser, G., Toshihiro, I., *Economic Growth and Poverty Reduction in Sub-Saharan Africa*, IMF Working Paper, African Department, August 2001, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2001/wp01112.pdf>
- OECD, Development Assistance Committee, *Shaping the 21st Century: The Contribution of development Co-operation*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.oecd.org/dataoecd/23/35/2508761.pdf.
- OMD, *Rapport 2010: Evaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement*.
- Practical Action, *Energy Poverty: the hidden crisis*, 2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://practicalaction.org/docs/advocacy/energy_poverty_hidden_crisis.pdf.

- Sachs, J., *Macroeconomics and health: Investing in health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Geneva, WHO, 2001.
- UN, *MICROFINANCE IN AFRICA: Overview and suggestions for Action by Stakeholders*, Draft, September 2011.
- UN, *The Millennium Development Goals Report 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>.
- UN, *The Millennium Development Goals Report 2011*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf.
- UN, *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20194762~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>.
- UNAIDS, *Côte d'Ivoire Country Situation 2009*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unaids.org/ctrysa/AFRCIV_en.pdf.
- UNAIDS, policy brief: *HIV, Food Security and Nutrition*, May 2008, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1565_policy_brief_nutrition_long_en.pdf.
- UNAIDS, *Malawi Country Situation 2009*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unaids.org/ctrysa/AFRMWI_en.pdf.
- UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf.
- UNAIDS, OHCHR, *Handbook on HIV and Human Rights for National Human Rights Institutions*, Switzerland, 2007, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1367-handbookhiv_en.pdf.
- UNCTAD, *Annual Report 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.unctad.org/en/docs//dom2011d1_en.pdf.
- UNDG, *MDG Good Practices*, 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://mdgpolicynet.undg.org/?q=node/11>.
- UNDP, *Malawi Millennium Development Goals Report 2010*.

UNDP, République de Côte d'Ivoire, *Rapport 2010 sur les OMD*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.ci.undp.org/docs/Rapport_National_OMD_%20no2.pdf.

UNDP, WHO, *The Energy Access Situation in Developing Countries, A Review Focusing on the Least Developed Countries and Sub-Saharan Africa*, report 2009, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/indoorair/publications/Energy_Access_Report_Brief.pdf.

UNGASS, *United Nations General Assembly Report on HIV and AIDS, Zimbabwe country report 2006-2007*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://data.unaids.org/pub/Report/2008/zimbabwe_2008_country_progress_report_en.pdf.

UNICEF, *Good Practices Handbook: Lessons learned and good practices in three education projects in the unstable humanitarian context of North and South Kivu (DRC)*, October 2010, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.unicef.org/infobycountry/files/DRC_Good_Practices_Handbook.pdf

Waelkens, M.P., Soors, W., Bart, Cr., *The role of social health protection in reducing poverty: the case of Africa*, International Labour Office, Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (STEP) Programme, 2005.

WHO, *Global tuberculosis control 2011*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf.

WHO, *Literature Review on Tuberculosis in Prisons*, 18 November 2008, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/tb/challenges/prisons/tb_in_prisons_lit_review_10feb08.pdf

WHO, *Multidrug and Extensively Drug-Resistant TB (M/XDR-TB): 2010 Global report on surveillance and response*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf.

WHO, *State of the world's vaccines and immunization*, October 2002.

WHO, *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf.

WHO, *World Malaria Report 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariaareport2010.pdf.

WHO, *World Malaria Report 2011*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf.

WHO (Regional office for Africa), *Côte d'Ivoire Health statistics profile 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.afro.who.int/en/cote-divoire/country-health-profile.html>.

WHO (Regional office for Africa), *Ghana Factsheets of Health Statistics 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.afro.who.int/en/ghana/country-health-profile.html>.

WHO (Regional office for Africa), *Ghana Health statistics profile 2010*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.afro.who.int/en/ghana/country-health-profile.html>.

WHO, UNAIDS, UNICEF, *Progress Report 2011, GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130-UA_Report_en.pdf.

WHO, World Bank, *Dying for Change: Poor people's experience of health and ill-health*, 2002, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/hdp/publications/dying_change.pdf.

World Bank, *Rolling Back Malaria: The Global Strategy and Booster Program*, 2005, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://siteresources.worldbank.org/INTMALARIA/Resources/377501-1114188195065/WB-Malaria-Strategy&BoosterProgram-Lite.pdf>.

World Bank, *The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action*, December 2005, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1127498796401/GHAPAFinal.pdf>.

World Bank, *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20194762~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>.

WTO, Committee on Trade and Development (CTD), *Aid for Trade Work Programme 2012-2013 - Deepening Coherence*, 15 November 2011.

III. ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ

Ανακοίνωση της Επιτροπής COM (2010) 128 τελικό, της 31ης Μαρτίου 2010, «Ο ρόλος της ΕΕ στην παγκόσμια υγεία».

Διακήρυξη του Καΐρου, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=PRES/00/901&format=HTML&aged=1&language=EL&guiLanguage=en.

REGULATION (EC) No 1337/2008 of the European Parliament and of the Council of 16 December 2008, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0062:0069:EN:PDF.

UN, Agenda 21, 1992, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.un.org/esa/dsd/agenda21/.

UN, Millennium Declaration, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm.

IV. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

10 facts on HIV/AIDS, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/en/index.html.

10 facts on malaria, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.who.int/features/factfiles/malaria/en/index.html.

A Brief History of UNCTAD, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=3358&lang=1.

A system to improve Value for Money in LLIN procurement through market competition based on cost per year of effective coverage, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.who.int/malaria/publications/atoz/gmpllin_effective_coverage_concept_note.pdf

About ACTAfrica, Our vision: Africa free from HIV/AIDS, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFR

HEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20415739~menuPK:1104465~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html.

About UNCTAD, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=1530&lang=1.

About WHO Global Malaria Programme (GMP), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.who.int/malaria/about_us/en/index.html.

Affordable Medicines Facility – malaria, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.theglobalfund.org/en/amfm/.

African Development Bank, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: *www.afdb.org/en/*.

African Development Bank, Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.afdb.org/fr/topics-and-sectors/topics/millennium-development-goals-mdgs/.

African Economic Outlook, *Cote-D'Ivoire*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/cote-divoire/.

African Economic Outlook, *Ghana*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/ghana.

African Economic Outlook, *Malawi*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/southern-africa/malawi/.

African Economic Outlook, *Uganda*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/east-africa/uganda/.

African Union, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: *www.au.int/*.

Aid for Trade, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.wto.org/english/tratop_e/devel_e/a4t_e/aid4trade_e.htm.

Aid for Trade – Q&A, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.wto.org/english/res_e/booksp_e/a4t_qa_e.pdf.

Amnesty International, Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.amnesty.org.gr/democratic-republic-of-the-congo.

AMPATH Kenya, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: *www.ampathkenya.org.*

Benin: National Community Driven Development Project, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22698361~menuPK:141310~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Malaria, The Panama Canal, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.cdc.gov/malaria/about/history/panama_canal.html.

China to support investment in agriculture and energy, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.comesa.int/index.php?option=com_content&view=article&id=186:china-to-support-investment-in-agriculture-and-energy&catid=5:latest-news&Itemid=41.

Commission on Macroeconomics and Health (CMH), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.who.int/trade/glossary/story008/en/index.html

Common Market for Eastern and Southern Africa (COMESA), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.comesa.int.

Congo-Kinshasa: Alarm Bells Over Poor Funding for HIV Treatment, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: allafrica.com/stories/201202021223.html.

Côte d'Ivoire: Geography, agriculture and economy διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/geography/tags/cote%20divoire

Côte d'Ivoire needs continued humanitarian support, stresses UN relief official, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=40968&Cr=ivoire&Cr1=.

DDG Singh: Trade policy has become a fundamental development tool, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.wto.org/english/news_e/news11_e/ddg_06jun11_e.htm.

Debt Relief Under the Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.imf.org/external/np/exr/facts/hipc.htm.

Department for International Development (DFID), MDG 6 - Bringing care to communities in Ethiopia, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.dfid.gov.uk/stories/case-studies/2011/mdg-6---bringing-care-to-communities-in-ethiopia/.

East African Development Bank (EADB), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.eadb.org/.

Economic costs of malaria, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.rollbackmalaria.org/cmc_upload/0/000/015/363/RBMInfosheet_10.htm.

EDUCAIDS, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=36400&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

Empretec, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.unctadxi.org/templates/Startpage____7428.aspx.

Enabling poor rural people to improve their food security and nutrition, raise their incomes and strengthen their resilience, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.ifad.org/sf/index.htm.

EU-funded breakthrough in malaria treatment in the run up to World Malaria Day, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/489&format=HTML&aged=1&language=EL&guiLanguage=en.

Europaid, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: ec.europa.eu/europeaid/index_el.htm.

Europaid, Trade is a tonic for development, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
ec.europa.eu/europeaid/what/economic-support/trade/index_en.htm.

European Commission, Poverty Related Diseases, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
ec.europa.eu/research/info/conferences/edctp/pdf/heysel_press_briefing.pdf.

European Union Food Facility Programme– IFAD-ECOWAS-ICRISAT, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.ifad.org/operations/projects/regions/pa/euff/doc/euff_e.pdf.

FAO, Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.fao.org/mdg/64628/en/.

Fast Facts, Poverty Reduction and UNDP, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.beta.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/fast-facts/english/Poverty%20Reduction.pdf.

Fiche d'Information, Objectif 1: *Éradiquer l'extrême pauvreté*, Sommet Des Nations Unies, 20-22 Septembre 2010, New York, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal1.pdf.

Fiche d'Information, Objectif 6 : *Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal6.pdf.

Fighting AIDS, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.theglobalfund.org/en/about/diseases/hiv/aids/.

Fighting AIDS, Tuberculosis and Malaria, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.theglobalfund.org/en/about/diseases/.

Fighting Malaria, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.theglobalfund.org/en/about/diseases/malaria/.

Fighting Tuberculosis, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.theglobalfund.org/en/about/diseases/tuberculosis/.

Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.gavialliance.org/.

Global Health Observatory (GHO), HIV/AIDS, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.who.int/gho/hiv/en/.

GDP (current US\$), Data, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD/countries?order=wbapi_data_value_2010+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=desc.

Ghana Country Profile: Human Development Indicators, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GHA.html.

Ghana Strategy Support Program-IFPRI Discussion Brief 1 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.ifpri.org/sites/default/files/publications/gsspbrief01.pdf.

Hazardous child labour, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.who.int/ceh/risks/labour/en/index.html.

HIV and AIDS in Zimbabwe, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.avert.org/aids-zimbabwe.htm.

Human African trypanosomiasis, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.who.int/trypanosomiasis_african/en/.

Human Development Index (HDI), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
hdr.undp.org/en/statistics/hdi/.

IDA at Work: Nigeria, Expanding Systems to Fight HIV/AIDS διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22294364~menuPK:141310~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html.

IFAD, Objectives, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.ifad.org/governance/index.htm.

India's Rural Employment Guarantee Act, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/povertyreduction/projects_and_initiatives/projects_india.html.

International Fund for Agricultural Development (IFAD), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.ifad.org/.

International Labour Organization (ILO), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.ilo.org/.

International Monetary Fund (IMF) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.imf.org/external/index.htm.

Investing in people the smartest way to eradicate poverty, UN says, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=40073&Cr=poverty+eradication&Cr1=.

Kayonza Tea Factory - Kanungu, Uganda, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.eadb.org/index.php/projects/141.

Key Facts on the European Commission's actions to fight HIV/Aids, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/630&type=HTML.

La lutte contre le paludisme permet de combattre la pauvreté et de sauver des vies, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.unmillenniumproject.org/documents/TF5c-malaria-F.pdf.

Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://nrega.ap.gov.in/Nregs/Home_eng.jsp

Main Activities UNCTAD διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=3359&lang=1.

Malaria deaths halved in just three years in Ethiopia, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.theglobalfund.org/en/savinglives/ethiopia/mal/.

Malaria No More, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.malarianomore.org/.

Malawi Country Profile: Human Development Indicators, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/MWI.html.

Malawi Government, OPC Departments and Units, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.malawi.gov.mw/index.php?option=com_content&view=article&id=31:opc-departments-and-units&catid=22:office-of-president-a-cabinet&Itemid=115

MDG Monitor: Goal 1, Eradicate Extreme Poverty and Hunger, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.mdgmonitor.org/goal1.cfm.

Media centre WHO Malaria, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html.

Micro-finance dans les quartiers de Djibouti, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

content.undp.org/go/newsroom/2009/july/micro-finance-dans-les-quartiers-de-djibouti.fr?lang=fr.

Multidimensional Poverty Index, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/mpi/.

National Health Insurance Scheme, Ghana, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.nhis.gov.gh/?CategoryID=158.

National Malaria Control Centre (NMCC), Zambia, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.nmcc.org.zm/about_nmcc.htm.

National Malaria Control Centre (NMCC), Zambia, Indoor residual spraying,

διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.nmcc.org.zm/indoor_residual_spraying.htm.

New Partnership for Africa's Development (NEPAD), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.nepad.org/.

Nothing but Nets, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.nothingbutnets.net/.

OBJECTIF 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, διαθέσιμο

στην ιστοσελίδα: www.un.org/fr/millenniumgoals/aids.shtml.

OBJECTIF 8 : Mettre en place un partenariat pour le développement, διαθέσιμο στην

ιστοσελίδα: www.un.org/fr/millenniumgoals/global.shtml.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) διαθέσιμο στην

ιστοσελίδα: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.oecd.org/pages/0,3417,en_36734052_36734103_1_1_1_1_1,00.html.

PEPFAR, Partnership to Fight HIV/AIDS in Nigeria, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.pepfar.gov/countries/nigeria/index.htm.

Poverty.com, AIDS, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.poverty.com/aids.html.

Poverty.com, Hunger and World Poverty, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.poverty.com.

Poverty Reduction & Equity, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,menuPK:336998~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:336992,00.html.

Practical Action, Smoke - the killer in the kitchen, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

practicalaction.org/smoke/.

Quality seeds grow food security in West Africa, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.ifad.org/media/press/2012/28.htm.

RBM, Key malaria facts, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.rbm.who.int/keyfacts.html.

RBM, The Global Malaria Action Plan (GMAP), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.rbm.who.int/gmap/gmap.pdf.

RBM, The Global Malaria Action Plan (GMAP), Part II: The Global Strategy,

διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.rbm.who.int/gmap/2-1.html.

Rehabilitation of basic social services and community recovery in IDP return areas in South Kivu as part of UNSSSS, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.cd.undp.org/mediafile/PRODOC_servicessociauxSK.pdf.

Roll Back Malaria Progress & Impact Series, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.rbm.who.int/ProgressImpactSeries/index.html.

Roll Back Malaria (RBM), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.rollbackmalaria.org/.

Rural poverty in the Republic of Côte d'Ivoire, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/home/tags/cote%20divoire.

Secretary-General's press encounter following his participation in the 2011 ECOSOC High-Level Segment, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.un.org/apps/sg/offthecuff.asp?nid=1875.

Secretary-General's statement to ECOSOC to launch the 2011 Millennium Development Goals Report, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.un.org/apps/sg/sgstats.asp?nid=5401.

Sierra Leone Fights Malaria with Mass Distribution of Treated Mosquito Nets, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:23181036~menuPK:258659~pagePK:2865106~piPK:2865128~theSitePK:258644,00.html.

South Africa at a glance, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_zaf_en.pdf.

South Africa Country Profile: Human Development Indicators διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/ZAF.html.

South Africa, Data, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: data.worldbank.org/country/south-africa.

Southern African Development Community (SADC), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.sadc.int/.

Statement at the Conclusion of an IMF Staff Mission to Malawi, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.imf.org/external/np/sec/pr/2012/pr12115.htm.

Strategy EDCTP, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www..org/Strategy.333.0.html.

The Bank's Contribution to Results, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:22706201~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html.

The Comprehensive Africa Agriculture Development Program (CAADP), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.nepad-caadp.net/index.php.

The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.edctp.org/Home.162.0.html.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.theglobalfund.org/en.

The Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa (MAP), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20415735~menuPK:1001234~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html

The Poverty Reduction and Growth Facility (PRGF), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.imf.org/external/np/exr/facts/prgf.htm.

The WHO agenda, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.who.int/about/agenda/en/.

The World Bank's Poverty Reduction Support Credit (PRSC)—a new approach to support policy and institutional reforms in low income countries, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www1.worldbank.org/publicsector/civilservice/acrex/vollpage3.htm.

The World Factbook, Botswana, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bc.html#top.

The WTO and the Millennium Development Goals, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.wto.org/english/thewto_e/coher_e/mdg_e/mdg_e.pdf.

Tuberculosis in prisons, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en/index.html.

UN chief calls on countries to intensify efforts to combat malaria, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=41863&Cr=malaria&Cr1=.

UN, Millennium Goals διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.un.org/millenniumgoals/.

UNAIDS, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.unaids.org/en/.

UNAIDS, 2011 Political Declaration: Targets and elimination commitments, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.unaids.org/en/targetsandcommitments/.

UNAIDS, Côte d'Ivoire, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ctedivoire/.

UNAIDS, Eastern and Southern Africa, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.unaids.org/en/regionscountries/regions/easternandsouthernafrika/.

UNDG National MDG Reports, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.undg.org/index.cfm?P=87.

UNDP Malawi HIV/AIDS, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.undp.org.mw/index.php?option=com_content&view=article&id=467&Itemid=248.

UNDP, Success Story Leads, Democratic Republic of Congo (DRC): Basic Social Services rehabilitation and Community recovery in South Kivu return zones, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: web.undp.org/comtoolkit/success-stories/AFRICA-DRC-povred.shtml.

UNDP, Success Story Leads, Djibouti-Support to Djibouti Social Development Agency, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: web.undp.org/comtoolkit/success-stories/ARAB-Djibouti-povred.shtml.

United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.unctad.org/Templates/StartPage.asp?intItemID=2068.

United Nations Development Programme (UNDP), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.beta.undp.org/undp/en/home.html.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.unesco.org/new/en/unesco/.

United Nations High Commissioner for Human Rights, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.ohchr.org/EN/Pages/WelcomePage.aspx.

United Nations Population Fund (UNFPA), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.unfpa.org/public/.

U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.pepfar.gov/.

Vietnam - country at a glance, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.worldbank.org/en/country/vietnam

What is DOTS?, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.tbalert.org/worldwide/DOTS.php.

What is IDA?, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA/0,,contentMDK:21206704~menuPK:83991~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:73154,00.html.

What is Roll Back Malaria?, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

apps.who.int/inf-fs/en/InformationSheet02.pdf.

With Horn of Africa in Crisis, Growing Deeper Each Day, Secretary-General Says, Addressing Underlying Risks Among Keys to Ensuring It Does Not Strike Again, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.un.org/News/Press/docs/2011/sgsm13845.doc.htm.

WHO (Regional office for Europe), Armenia, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/malaria/country-work/armenia.

World AIDS Day 2009 – European Commission tops a billion Euros invested in the fight against the global AIDS epidemic, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/1840&format=HTML&aged=0&language=EL&guiLanguage=en.

World Bank διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.worldbank.org/.

World Food Programme, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.wfp.org/.

World Trade Organization, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.wto.org/.

Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Ζάμπια: Οι ΓΧΣ ανταποκρίνονται σε μία από τις χειρότερες επιδημίες χολέρας των τελευταίων χρόνων, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=2272&Itemid=235.

Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Ζιμπάμπουε: Προβλήματα αποχέτευσης προκαλούν ξέσπασμα χολέρας, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=1890&Itemid=235.

Έκθεση UNICEF: Παιδιά και φτώχεια, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.unicef.gr/poverty.php.