

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Přírodovědecká fakulta

Katedra rozvojových studií

**Boj proti HIV/AIDS, malárii a jiným nemocem:  
geografická analýza plnění šestého  
Rozvojového cíle tisíciletí**

Bakalářská práce

Studijní obor: Mezinárodní rozvojová studia

Vedoucí práce: Mgr. Zdeněk Opršal, Ph.D.

Vypracovala: Vendula Machů

Olomouc, 2015

## **Abstrakt**

Smyslem této práce je provést analýzu plnění šestého Rozvojového cíle tisíciletí – boj proti HIV/AIDS, malárii a jiným nemocem. Teoretická část se zabývá programem Rozvojové cíle tisíciletí a jeho úspěchy, zvláštní kapitola je věnována kritice programu. V praktické části je analyzováno plnění šestého cíle podle indikátorů stanovených k hodnocení. Jsou popsány geografické rozdíly v prevalenci HIV, používání kondomu, znalostech problematiky HIV, školní docházce sirotků a dostupnosti antiretrovirální léčby.

## **Klíčová slova**

Rozvojové cíle tisíciletí, HIV/AIDS, OSN, Subsaharská Afrika, globální zdraví

## **Abstract**

The aim of this thesis is to analyze the fulfillment of the Millennium Development Goal 6 – combat HIV/AIDS, malaria and other diseases. Theoretical part focuses on description of MDGs programme and its achievements. A special chapter is devoted to criticism of MDGs. The practical part analyzes fulfillment of MDG 6 based on indicators set for monitoring MDGs progress. It describes geographical differences in HIV prevalence, condom use, knowledge of HIV, school attendance of orphans and access to antiretroviral therapy.

## **Key words**

Millennium Development Goals, MDGs, HIV/AIDS, UN, Sub-saharan Africa, global health

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Boj proti HIV/AIDS, malárii a jiným nemocem: geografická analýza plnění šestého Rozvojového cíle tisíciletí* vypracovala samostatně a veškeré podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu použitých zdrojů.

V Olomouci dne 2. dubna 2015

.....

Vendula Machů

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
Přírodovědecká fakulta  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vendula MACHŮ**  
Osobní číslo: **R12303**  
Studijní program: **B1301 Geografie**  
Studijní obor: **Mezinárodní rozvojová studia**  
Název tématu: **Boj proti HIV/AIDS, malárii a jiným nemocem: geografická analýza plnění šestého Rozvojového cíle tisíciletí**  
Zadávající katedra: **Katedra rozvojových studií**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Práce se zabývá naplněním programu OSN Rozvojové cíle tisíciletí, konkrétně cílem šestým, jímž je boj s HIV/AIDS a dalšími nemocemi. První část práce rozebírá koncept Rozvojových cílů tisíciletí. Představuje podcíle a indikátory stanovené OSN a uvádí nástroje použité k jejich dosažení. Druhá část práce se zabývá geografickou analýzou plnění šestého cíle s využitím geografických informačních systémů. Záměrem práce je zhodnotit regionální diferenciaci úspěšnosti plnění cíle od spuštění iniciativy až po současnost.

Rozsah grafických prací: **dle potřeby**  
Rozsah pracovní zprávy: **10 - 15 tisíc slov**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**  
Seznam odborné literatury:

**STRNISKOVÁ, Dana. Úvod do problematiky HIV-AIDS. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014** UN. Millennium Development Goals. 2014. Dostupné z <http://www.un.org/millenniumgoals> UN. Millennium Development Goals Indicators. 2014. Dostupné z <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/> UNAIDS. 2014. Dostupné z <http://www.unaids.org/en/> UNDP. Human Development Reports. 2013. Dostupné z <http://hdr.undp.org/en/2013-report> WHO. HIV/AIDS. 2014. Dostupné z <http://www.who.int/hiv/data/en/> WHO. Malaria. 2014. Dostupné z <http://www.who.int/malaria/data/>

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zdeněk Opršal, Ph.D.**  
Katedra rozvojových studií

Datum zadání bakalářské práce: **7. května 2014**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **16. dubna 2015**

L.S.

prof. RNDr. Ivo Frébort, CSc., Ph.D.  
děkan

doc. RNDr. Pavel Nováček, CSc.  
vedoucí katedry

V Olomouci dne 7. května 2014

## **Poděkování**

Mé poděkování patří Mgr. Zdeňkovi Opršalovi, Ph.D. za cenné rady, připomínky a vstřícnost při konzultacích. Dále bych na tomto místě ráda poděkovala svým rodičům, kteří mě podporují ve všem, co dělám.

# Obsah

Úvod .....	11
1. Cíle a metody práce .....	12
2. Rozvojové cíle tisíciletí .....	14
2.1 Historie.....	14
2.2 Jednotlivé cíle .....	15
2.3 Úspěchy .....	16
2.3.1 Naplnění podle poslední zprávy .....	17
2.4 Kritika rozvojových cílů tisíciletí .....	18
2.4.1 Sběr dat.....	19
2.4.2 Nastavení cílů a indikátorů .....	20
3. Boj proti HIV/AIDS .....	24
3.1 Virus HIV .....	24
3.2 Průběh a příznaky .....	25
3.3 Přenos.....	25
3.4 Léčba.....	27
4. Cíle, úkoly, indikátory .....	28
5. Naplnění 1. úkolu .....	29
5.1 Prevalence HIV .....	29
5.1.1 Definice .....	29
5.1.2 Naplnění .....	30
5.1.3 Korelace počtu nakažených na HDP země.....	34
5.2 Používání kondomu při vysoce rizikovém sexu .....	36
5.2.1 Definice .....	36
5.2.2 Naplnění .....	36
5.3 Podíl lidí se znalostí problematiky HIV/AIDS .....	38
5.3.1 Definice .....	39

5.3.2	Naplnění .....	39
5.4	Poměr sirotků a nesirotků mezi školáky .....	41
5.4.1	Definice .....	42
5.4.2	Naplnění .....	42
6.	Naplnění 2. úkolu .....	45
6.1	Podíl HIV pozitivních s přístupem k antiretrovirální léčbě .....	45
6.1.1	Definice .....	45
6.1.2	Naplnění .....	45
	Závěr .....	50
	Seznam použitých zdrojů .....	53
	Tištěné zdroje .....	53
	Internetové zdroje .....	56
	Přílohy .....	61



## Seznam tabulek, obrázků, grafů a příloh

Tabulka 1 Indikátory MDGs a jejich vliv na naplnění cílů v Africe .....	21
Tabulka 2 Cíle, úkoly a indikátory 6. rozvojového cíle.....	28
Tabulka 3 Incidence HIV v regionech OSN v letech 2001 a 2012.....	33
Tabulka 4 Používání kondomu při rizikovém sexu, vybrané regiony [%], 2008–2013 .....	38
Tabulka 5 Podíl lidí ve věku 15–24 se znalostí problematiky HIV/AIDS [%], 2008–2013 ....	40
Tabulka 6 Počty sirotků v regionech UNICEF podle příčiny HIV/AIDS, 2012 .....	43
Tabulka 7 Dostupnost antiretrovirální léčby v regionech OSN v letech 2010 a 2012, [%] .....	48
Obrázek 1 Naplnění 6. cíle podle indikátoru 6.1 mezi lety 1990 a 2013.....	31
Obrázek 2 Prevalence HIV v jednotlivých státech v roce 2013, [%] .....	32
Obrázek 3 Korelace prevalence HIV na HDP na osobu, 2013 .....	35
Obrázek 4 Používání kondomů při rizikovém sexu v Subsaharské Africe [%], 2008–2012....	37
Obrázek 5 Podíl lidí se znalostí problematiky HIV v Subsaharské Africe [%], 2008–2013....	40
Obrázek 6 Poměr sirotků a nesirotků mezi školáky ve věku 10–14 let, 2008–2012 .....	43
Graf 1 Počet lidí s přístupem k antiretrovirální léčbě, v milionech, 2003–2015 .....	46
Graf 2 Podíl HIV pozitivních s přístupem k léčbě ve vybraných zemích, 2009–2010 .....	47
Příloha A Kategorizace regionů podle OSN.....	61
Příloha B Kategorizace regionů podle OSN: subregiony Afriky .....	61
Příloha C Rozvojové cíle tisíciletí, úkoly a indikátory plnění .....	62

## Seznam použitých zkratek

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání obranyschopnosti)
DESA	Department of Economics and Social Affairs
HDP	Hrubý domácí produkt
HIV	Human Immunodeficiency Virus (lidský virus snížené obranyschopnosti)
IAEG	Inter-Agency Expert Group (Mezi-agenturní expertní skupina)
MENA	Middle East and Northern Africa (Blízký východ a Severní Afrika)
MDGs	Millennium Development Goals (Rozvojové cíle tisíciletí)
ODA	Official Development Assistance (oficiální rozvojová pomoc)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSN	Organizace spojených národů
TBC	Tuberculosis (tuberkulóza)
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Program OSN pro boj s HIV/AIDS)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)
UNSD	United Nations Statistics Division (Statistická divize OSN)
UNSTATS	United Nations Statistics Division (Statistická divize OSN)
USA	United States of America (Spojené státy americké)
USD	United States dollar (americký dolar)
WB	World Bank (Světová banka)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

# Úvod

Virus HIV a s ním spojené onemocnění AIDS jsou jedním z největších globálních problémů v oblasti zdraví. V současnosti žije na světě přibližně 35 milionů lidí nakažených virem HIV, převážná většina z nich v zemích Subsaharské Afriky. Jelikož jsou nakaženými nejčastěji mladí lidé v produktivní věku, pociťuje dopady onemocnění celá společnost. Závažnost epidemie potvrzuje i zařazení boje proti HIV/AIDS na seznam Rozvojových cílů tisíciletí.

Program Rozvojové cíle tisíciletí je doposud největší a nejkomplexnější iniciativou OSN. Za cíl si klade zlepšit životní podmínky lidí žijících převážně v rozvojových zemích. Smyslem programu bylo definovat jasné, konkrétní a časově omezené cíle. Naplnění se potom hodnotí pomocí stanovených indikátorů. Do zakončení programu již zbývá jen několik měsíců, rok 2015 je rokem, do kterého by měla být většina cílů naplněna.

Rozvojových cílů tisíciletí bylo stanoveno celkem osm, každý z nich je konkrétněji specifikován prostřednictvím dílčích úkolů. Jejich obsahem je vyřešení nejpálčivějších problémů lidstva jako je chudoba, rovnost pohlaví, přístup ke vzdělání, stav životního prostředí nebo zdraví. Právě globálním zdravím se zabývá šestý cíl, na jehož analýzu je tato práce zaměřena. „Boj proti HIV/AIDS, malárii a jiným nemocem“ zahrnuje zastavení šíření HIV/AIDS, malárie a tuberkulózy a zabezpečení antiretrovirální léčby pro všechny, kteří ji potřebují.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Cíle a metody práce

Cílem mé bakalářské práce je provést geografickou analýzu plnění šestého Rozvojového cíle tisíciletí od spuštění programu až po současnost. Šestý cíl – boj proti HIV/AIDS, malárii a jiným nemocem je rozdělen do tří úkolů<sup>1</sup>, pozornost při analýze naplnění věnuji především úkolům týkajícím se HIV/AIDS, tedy úkolům 6.A a 6.B. Jejich cílem je zabránit šíření epidemie HIV/AIDS a zajistit přístup k antiretrovirální léčbě všem, kteří ji potřebují.

Teoretická část práce bude zaměřena na stručné vysvětlení konceptu Rozvojových cílů tisíciletí. Vysvětlím důvody vzniku programu, popíšu obsah jednotlivých cílů a pozitivní přínosy programu. Podrobněji se budu zabývat kritikou rozvojových cílů, především co se sběru dat a metodiky hodnocení úspěšnosti projektu týká. Jelikož budu v praktické části práce analyzovat naplnění MDGs v různých regionech, budou mě v teoretické části zajímat i důsledky jejich nastavení na naplnění.

V další kapitole teoretické části se zaměřím na onemocnění HIV/AIDS. Stručně vyložím historii onemocnění, průběh, příznaky a nejčastější způsoby přenosu. Část kapitoly věnuji antiretrovirální léčbě, kterou se zabývá druhý úkol šestého cíle.

Praktická část se věnuje samotné analýze naplnění šestého MDG v jednotlivých státech i regionech světa. Pro potřeby analýzy se budu držet kategorizace regionů pro MDGs podle OSN. Toto členění na regiony vychází z klasického geografického členění světa OSN, obsahuje však drobné úpravy nezbytné pro lepší analýzu naplnění Rozvojových cílů. Mapy znázorňující toto rozdělení jsou přiloženy na konci práce (viz Příloha A a Příloha B).

Provedu geografickou analýzu naplnění prvního a druhého úkolu šestého Rozvojového cíle tisíciletí. Stručně vyložím důvody naplnění, popř. nenaplnění v různých regionech světa. Zajímat mě budou geografické rozdíly:

- Výskytu HIV v populaci 15–49 let
- Přístupu k antiretrovirální léčbě

---

<sup>1</sup> Informační centrum OSN v Praze používá při překladu anglického výrazu *target* do češtiny výrazu *úkol*, jde o totéž, co jiní autoři nazývají termínem *úkol*. Ve své práci se budu držet překladu Informačního centra OSN v Praze.

- Používání kondomu při rizikovém sexu
- Správná znalost problematiky HIV/AIDS mezi mladými lidmi
- Poměru sirotků a nesirotků mezi školáky

Ke geografické analýze přiložím mapy zpracované v programu ArcGIS. U indikátorů, pro které jsou data dostupná, porovnam situaci výchozího roku s dosud nejnovějšími dostupnými daty. Data z let 1990 a 2013 propojím s atributovou tabulkou mapy světa, poté porovnam a výsledek barevně znázorním na tematické mapě. Tato mapa bude zobrazovat země, ve kterých se mezi lety 1990 a 2013 podařilo situaci ohledně HIV/AIDS zlepšit.

Data pro geografickou analýzu budu čerpat pouze z jednoho zdroje, kterým je oficiální webová stránka indikátorů Rozvojových cílů tisíciletí<sup>2</sup>. Tímto bych se chtěla vyhnout chybám v analýzách způsobených rozdílnou metodikou sběru či vyhodnocování dat různých organizací nebo agentur. UNSD data upravuje, aby byla mezi různými zeměmi porovnatelná. Ucelená data o HIV/AIDS poskytuje na svých stránkách také UNAIDS, tato data nepoužiji přímo pro geografické analýzu, pouze pro doplnění textu. V současnosti jsou poslední zveřejněná data na oficiálním webu MDGs pro většinu indikátorů z roku 2013, web je neustále aktualizován.

Dostupnost zdravotnických dat je obecně velkým problémem, pro indikátory MDGs jsou data často dostupná jen jednou za celé období trvání programu, chybí data výchozího roku 1990 nebo data chybí úplně. V takových případech provedu analýzu situace za delší časové období a zaměřím se na rozdíly mezi muži a ženami. Rozeberu také situaci v jednotlivých regionech OSN. Součástí zhodnocení naplnění prvního úkolu podle indikátoru *prevalence HIV* bude korelační analýza závislosti na HDP dané země.

Informace pro účely práce budu čerpat ze zpráv OSN a jejich agentur (např. UNICEF, UNAIDS, UNSTATS), organizací zabývajících se rozvojem nebo globálním zdravím a z odborných článků.

---

<sup>2</sup> Tuto webovou stránku spravuje Statistická divize OSN (*United Nations Statistics Division*, UNSD), dostupná je na [www.un.mdgs.org](http://www.un.mdgs.org).

## 2. Rozvojové cíle tisíciletí

Program Rozvojové cíle tisíciletí (*Millennium Development Goals*, MDGs) byl přijat na Valném shromáždění OSN v New Yorku v roce 2000. Tento komplexní program měl napomoci vyřešení problémů lidstva, jako jsou chudoba, hlad nebo negramotnost. Bylo definováno celkem osm konkrétních cílů, kterých má být do roku 2015 dosaženo prostřednictvím naplnění dílčích úkolů.<sup>3</sup> Sedm cílů je zaměřeno na zlepšení situace v rozvojových zemích, v rámci osmého cíle je pak zdůrazněna role vyspělých států (FoRS, 2012). Za výchozí rok pro zhodnocení naplnění MDGs byl zvolen rok 1990 (Krylová a Strnadová, 2011).

Celosvětovou pozornost si Rozvojové cíle tisíciletí získaly svou jednoduchostí a měřitelností. Rozvojové cíle nejsou jen mezinárodní agendou pro rozvoj, ale především agendou měřitelnou (Vandemoortele, 2007). Ke každému z jednadvaceti dílčích úkolů byly definovány indikátory, které slouží ke zhodnocení naplnění. Jelikož je rok 2015 rokem, do kterého by měly být cíle naplněny, zbývá do zakončení programu a celkové evaluace úspěšnosti jen několik měsíců.

### 2.1 Historie

Kořeny MDGs někteří autoři nacházejí už ve 40. letech 20. století, například Hulme (2009) uvádí proslov prezidenta Roosevelta z roku 1941, ve kterém stanovil 4 svobody nebo podepsání Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948. Na půdě OSN se snaha o boj s extrémní chudobou ve světovém měřítku diskutuje od počátku padesátých let (McArthur, 2013). Poprvé v roce 1960 se však rozvoj stal ústředním tématem OSN, nejnaléhavějším problémem bylo tehdy šíření hladu, proto byla spuštěna kampaň *Free from Hunger* (Jackson, 2007).

Později však bylo zjištěno, že problém byl daleko komplexnější než jen hlad. V roce 1961 proto byla vyhlášena rozvojová dekáda OSN (Jackson, 2007). Tato dekáda byla založena především na urychlení ekonomického růstu v souladu s myšlenkou, že ekonomický růst řeší vše. Stanoveného růstového cíle se podařilo dosáhnout, nicméně sociální problematiku zaostávání některých zemí to nevyřešilo (Jeníček, Foltýn, 2010). Následovala 2. rozvojová dekáda (1971–1980), během které byla definována doporučená výše oficiální rozvojové pomoci (*Official Development Assistance*, ODA) jako 0,7 % HDP (Jackson, 2007). Druhé dekádě dominovala filozofie „ekonomický růst a sociální spravedlnost“ (Jeníček, Foltýn, 2010).

Jelikož se nepodařilo dosáhnout cílů stanovených pro druhou dekádu, byla stanovena nová

---

<sup>3</sup> Kompletní seznam cílů s úkoly a indikátory plnění uvádím v příloze.

strategie a rozšířeny cíle, kterých mělo být dosaženo do roku 1990. Mezi tyto cíle patřilo snížení dětské úmrtnosti, vymýcení chudoby nebo změny v mezinárodních institucích (Jackson, 2007). V roce 1986 byl na Světovém potravinovém summitu OSN stanoven závazek o snížení počtu absolutně chudých na polovinu. Tento závazek se, stejně jako novou strategií, opět nepodařilo naplnit. Vlády rozvinutých zemí tehdy uznaly, že pro naplnění bude zapotřebí zvýšené nasazení z jejich strany (Stojanov, 2011).

Samotnému stanovení Rozvojových cílů tisíciletí předcházelo několik konferencí na různá témata během 90. let. Mezi lety 1995 a 1996, kdy objem rozvojové pomoci klesl, rozhodl Výbor pro rozvojovou spolupráci OECD (Development Assistance Committee OECD) shrnout výsledky konferencí a vznikl tak seznam mezinárodních rozvojových cílů (*International Development Goals, IDGs*) (McArthur, 2014). Těmto cílům se nedostalo přílišné pozornosti od médií ani od členských států OECD (Hulme, 2009), byly však jasnou inspirací pro pozdější Rozvojové cíle tisíciletí.

V roce 2000 se na do té doby největším Valném shromáždění OSN 189 členských států podpisem Miléniové deklarace zavázal zlepšit životní podmínky nejchudších obyvatel (Clemens a Moss, 2005). O rok později bylo stanoveno osm konkrétních cílů, které z Miléniové deklarace vycházely (McArthur, 2013). V roce 2002 pověřil generální tajemník OSN nezávislý poradní orgán Miléniový projekt (*Millennium Project*) sestavením konkrétního plánu pro naplnění MDGs. Pod vedením ekonoma Jeffreyho Sachse byl tento plán sestaven a v roce 2005 představen pod názvem *Investing in Development – A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*<sup>4</sup> (Peeters, 2010).

MDGs jsou dosud nejrozsáhlejší iniciativou v historii rozvojové spolupráce (Krylová a Strnadová, 2011). Zároveň jsou také prvním oficiálně ukotveným rámcem pro spolupráci rozvinutých a rozvojových zemí (McArthur, 2013).

## 2.2 Jednotlivé cíle

Jednotlivé cíle jsou zaměřeny na zlepšení životních podmínek lidí žijících převážně v rozvojových zemích. Podle prvního cíle by měl být na polovinu snížen počet lidí žijících v extrémní chudobě, každý člověk by měl mít možnost přiměřené práce a měl by být na polovinu snížen počet lidí trpících hladem. Druhý cíl se zabývá školní docházkou, do roku 2015 má být zajištěno, aby všechny děti – dívky i chlapci – mohly absolvovat základní školní docházku. V roce 2012 byla zápisnost dětí do prvních tříd 91 % (UNSD, 2014). Třetí cíl je

---

<sup>4</sup> Investice do rozvoje – praktický plán k dosažení Rozvojových cílů tisíciletí

zaměřen na rovnost pohlaví a přímo souvisí s předchozím cílem – měl by být vyrovnaný podíl dívek a chlapců ve vzdělání. V rámci indikátorů tohoto cíle se měří také podíl žen na placených pozicích a podíl žen v národních parlamentech.

Čtvrtý a pátý cíl se zabývají globálním zdravím, měla by být snížena dětská úmrtnost a zlepšeno zdraví matek. Dětská úmrtnost by měla být snížena z 87 úmrtí na 1000 živě narozených dětí na 29 úmrtí (Tožička, 2013). Podle pátého cíle by měl být snížen počet žen, které umírají na následky těhotenství a porodu. Zdraví se týká také šestý cíl, kterým je boj proti HIV, malárii a dalším chorobám. Zdravotní problémy jsou často jednou z hlavních překážek pro rozvoj. Důvodem pro jejich zařazení je předcházení zbytečných úmrtí z příčin, kterým umíme v rozvinutých zemích předcházet.

Sedmým rozvojovým cílem je zajistit udržitelnost životního prostředí. V rámci tohoto komplexního cíle by měly být začleněny principy udržitelného rozvoje do národních programů, a sníženo ubývání biodiverzity. Dalším úkolem je snížení počtu lidí bez přístupu k nezávadné vodě a hygienickým zařízením a zlepšení podmínek lidí žijících v chudinských slumech. Tento úkol by měl být naplněn do roku 2020.

Poslední cíl se zabývá partnerstvím pro rozvoj. V rámci naplnění by se měl rozvíjet otevřený, předvídatelný, nediskriminační a na pravidlech založený obchodní a finanční systém. Světové společenství by se mělo zaměřit především na potřeby nejméně rozvinutých zemí, zemí bez přístupu k moři a malých ostrovních států. Důležitým bodem je řešení zadlužení nejchudších zemí. Jeden z úkolů tohoto cíle se týká také globálního zdraví – ve spolupráci s farmaceutickými firmami by měl být zajištěn přístup k základním lékům lidem v rozvojových zemích. Poslední úkol požaduje zajištění informačních a komunikačních technologií pro všechny a to opět ve spolupráci se soukromým sektorem.

## **2.3 Úspěchy**

Do zakončení programu MDGs zbývá jen několik měsíců. Dnes už je jasné, že všechny cíle nebudou naplněny (Lebeda, 2014). Znamená to však, že projekt Rozvojových cílů byl neúspěšný? Podařilo se něčeho dosáhnout?

Díky Rozvojovým cílům se povedlo mobilizovat světovou veřejnost a získat politickou pozornost. Rozvojové cíle byly motivací ke zvýšení úsilí o rozvoj (Easterly, 2009). MDGs také podnítily spolupráci mezi nevládními organizacemi, státními a soukromými donory (McArthur, 2013).



Ban Ki-Moon, generální tajemník OSN, označil ve zprávě o MDGs z roku 2013 Rozvojové cíle tisíciletí za nejúspěšnější „postrčení“ směrem k boji s chudobou.<sup>5</sup> Bill Gates zase Rozvojové cíle tisíciletí považuje za nejlepší způsob „soustředění světové pozornosti na boj s chudobou, který kdy viděl“.<sup>6</sup>

Důležité je, že MDGs napomohly nastartovat pokrok tam, kde je to nejvíce potřeba – v Subsaharské Africe. Například extrémní chudoba<sup>7</sup> mezi lety 1981 a 1999 vzrostla z 51 na 52 %. Po spuštění programu Rozvojové cíle tisíciletí podíl chudých v Subsaharské Africe klesl na 48 % v roce 2008 (McArthur, 2013). Samozřejmě zůstává otázkou, do jaké míry k naplnění MDGs přispěly. Pokud se však na Rozvojové cíle tisíciletí díváme jako na symbol toho, o co bychom měli usilovat, a považujeme je za nástroj (*tool*) spíše než cíl (*target*) (Clemens a Moss, 2005), nemůžeme mluvit o neúspěchu a nenaplnění.

Všechny regiony nebyly v plnění rozvojových cílů stejně úspěšné, existují velké rozdíly mezi zeměmi a také v rámci jednotlivých zemí mezi městy a venkovem. Toto nerovné rozložení je jedním z hlavních témat hodnotících zpráv.

### **2.3.1 Naplnění podle poslední zprávy**

Od roku 2005, kdy se v New Yorku konala konference o Rozvojových cílech tisíciletí, bývá každoročně vydávána zpráva, která shrnuje dosavadní výsledky v jejich plnění. Přípravu tohoto dokumentu má na starost Mezi-agenturní a expertní skupina pro indikátory Rozvojových cílů tisíciletí<sup>8</sup> (Peeters, 2010).

Podle poslední zprávy o naplnění Rozvojových cílů tisíciletí (*The Millennium Development Goals Report 2014*) bylo již několik úkolů naplněno. Extrémní chudoba zmíněná v předchozí kapitole ještě více klesla, podíl lidí žijících pod 1,25 dolaru na den ve všech rozvojových zemích klesl na polovinu, chudých je v celém rozvojovém světě 22 % (data k roku 2010).

V roce 2010 byl také naplněn úkol sedmého cíle – snížit na polovinu podíl lidí bez přístupu k pitné vodě. Mezi lety 1990 a 2012 získalo přístup k vodě 2,3 miliardy lidí. Velké pokroky byly zaznamenány v boji s malárií a tuberkulózou. Byly odstraněny rozdíly mezi školní

---

<sup>5</sup> „*The Millennium Development Goals (MDGs) have been the most successful global anti-poverty push in history.*“ Ban Ki-Moon (UN, 2013)

<sup>6</sup> *“the best idea for focusing the world on fighting global poverty that I have ever seen”* Bill Gates (McArthur, 2013)

<sup>7</sup> Extrémní chudoba je podle Světové banky definována jako příjem nižší než 1,25 dolaru na osobu a den (WB, 2010).

<sup>8</sup> Inter-Agency Expert Group on Millennium Development Goals Indicators (IAEG)

docházkou dívek a chlapců v primárním vzdělání. Přibývá také žen ve vyšší politice, v lednu 2014 tvořily ženy ve 46 zemích více než 30 % členů parlamentu. Zatížení rozvojových zemí dluhem zůstalo na rovní 3 % hodnoty vývozu, oficiální rozvojová pomoc dosáhla v roce 2013 nejvyšší hodnoty – 134,8 miliard dolarů.

U jiných úkolů byl zaznamenán pokrok, k naplnění však bude zapotřebí vynaložit mnoho úsilí. Podíl lidí trpících podvýživou se podařilo snížit z 24 % (1990–1992) na 14 % (2011–2013), v posledních deseti letech se však tempo snížilo. Dětská úmrtnost byla snížena téměř na polovinu, v případě úmrtnosti matek došlo jen k mírnému zlepšení. Rezervy v plnění jsou také v zajištění základního vzdělání pro všechny, v roce 2012 byl podíl dětí navštěvujících základní školy 90 %. Polovina dětí, které přístup k základnímu vzdělání nemají, žije v konfliktních oblastech.

Situace ohledně HIV/AIDS je podrobně rozebrána v 5. kapitole. Šestý rozvojový cíl je zaměřen také na boj s malárií, tuberkulózou a dalšími nemocemi. V boji s malárií byly zaznamenány velké úspěchy. Mezi lety 2001 a 2012 poklesla úmrtnost na malárii o 42 %, podle nejnovějších čísel se podařilo odvrátit 3,3 milionu úmrtí. Pro boj s malárií je nezbytné strategické plánování a financování, podle odhadů je globálně na prevenci, diagnózu a léčbu malárie potřeba 5,1 miliard amerických dolarů. V roce 2012 z této částky chybělo 2,6 miliardy dolarů.

Tuberkulóza je dalším závažným onemocněním, na které je šestý cíl zaměřen. Problémem je absence efektivní strategie. Mezi roky 2011 a 2012 se sice podařilo snížit počet nových případů o 2 %, nicméně na tuberkulózu zemřelo v roce 2012 přibližně 1,3 milionu lidí, z toho 320 tisíc HIV pozitivních.

Ban Ki-moon, generální tajemník OSN, v předmluvě ke zprávě o naplnění Rozvojových cílů tisíciletí zdůrazňuje důležitost dalšího úsilí o jejich naplnění. Podle něj jsou zapotřebí *odvážnější a soustředěnější kroky*. Zveřejnění poslední zprávy o naplnění cílů *The Millennium Development Goals Report 2015* je naplánováno na červenec 2015.

## **2.4 Kritika rozvojových cílů tisíciletí**

Rozvojové cíle tisíciletí jsou, jako největší rozvojový program na světě, podrobeny kritice. Nejvíce výhrad vůči MDGs se týká jejich procesu stanovení, struktury a obsahu (Fehling, Nelson, Venkatapuram, 2013). Do procesu MDGs patří témata jako vliv politiky na stanovení cílů, důvody k výběru konkrétních úkolů a indikátorů měření nebo osoby a organizace zodpovědné za zvolení cílů a úkolů. Některé neziskové organizace například nedůvěřují

dohodám, pokud se jejich podepsání účastní mezinárodní finanční instituce (McArthur, 2013).

Kritika struktury cílů se týká především toho, jak jsou cíle nastaveny, zda je jejich naplnění realistické a zda nejsou nastaveny příliš ambiciózně. Kritici obsahu zastávají názor, že MDGs postrádaly cíle v důležitých oblastech, často zmiňovaná témata, která nebyla zahrnuta do programu Rozvojových cílů tisíciletí, jsou bezpečnost, dobré vládnutí nebo lidská práva (Lebeda, 2014). Jelikož se praktická část této práce zabývá analýzou naplnění jednoho z cílů, zaměřím se v následujících odstavcích na kritiku, jež se hodnocení naplnění přímo týká – kritika sběru dat a vlivu nastavení cílů a indikátorů na naplnění.

### **2.4.1 Sběr dat**

Kvalitní data o prevalenci HIV/AIDS jsou důležitá nejen z hlediska hodnocení Rozvojových cílů tisíciletí, ale především pro plánování programů prevence, vzdělání a léčby a jejich následné evaluaci. Porozumění chování lidí, které je spojeno se šířením HIV, je zase potřebné ke správnému zaměření intervencí.

Amir Attaran (2005) upozorňuje na nedostatek kvalitních dat pro posouzení úspěšnosti projektu MDGs. Tento problém se týká především úkolů z oblasti zdraví, jelikož zdravotnická data jsou obecně obtížněji dostupná. Mezi spolehlivá a snadno získatelná data patří například informace o paritě kupní síly a to proto, že měřením cen a příjmů se zabývají jak vlády, tak firmy v soukromém sektoru. Získat nezákladnější zdravotnická data (např. data o počtu narozených a zemřelých) není snadné, jelikož v nejchudších zemích nefungují správně a spolehlivě evidence obyvatel. Například v Senegalu ženy nemusí podle zákona nahlásit porod, dětem však potom chybí rodné listy, které potřebují například pro zápis do škol (Hronová, 2015).

Důležitým zdrojem informací jsou průzkumy domácností (například formou rozhovoru nebo dotazníku). V rozvojových zemích nahrazují chybějící statistické úřady a matriky (UNSTATS, 2005). Zdravotnická data o HIV jsou získávána například z tzv. DHS průzkumů (*Demographic and Health Surveys*), do kterých je dnes už zařazováno HIV testování (UNSD, 2012). Co se týká šestého rozvojového cíle, uvádí UNSD (2012) jako důležitý zdroj dat o prevalenci HIV také data z prenatálních klinik.

Výzkumy však ukazují, že data získaná z průzkumů domácností, mohou být velmi nepřesná. Arodys Robles a Noreen Goldman (1999) se ve svém výzkumu, který prováděli v Latinské Americe, pokusili zhodnotit spolehlivost dat o váze novorozenců získaných právě z průzkumů domácností. Z jejich závěrů vyplývá, že takhle získaná data jsou zkreslená a výsledky

podobných průzkumů popisují skutečnost spíše optimističtěji. I u nejjednodušších otázek, jako je váha novorozence, se odpovědi přibližují skutečné váze jen velmi hrubě (Attaran, 2005).

Problémem při sběru dat tímto způsobem je také velké množství organizací, které průzkumy provádí<sup>9</sup>. Různá metodika vede k překrývání dat nebo nesouhlasným informacím, vyšší počet průzkumů zase k vyšším nákladům a také nadměrné zátěži pro národní statistické úřady (Attaran, 2005).

Dodnes má jedna třetina rozvojových zemí potíže s měřením poloviny indikátorů MDGs (UN System Task Team, 2013). Těmto problémům se bude nová rozvojová agenda OSN po roce 2015 bránit nižším počtem indikátorů a investicemi do národních statistických systémů (UN System Task Team, 2013). Při přípravě nové agendy je měřitelnost pokroku jednou z hlavních priorit.

Přes všechny problémy je důležité podotknout, že Rozvojové cíle tisíciletí vedly k mnoha zlepšením ve sběru dat (Cassidy, 2014). Díky pozornosti, která je Rozvojovým cílům tisíciletí věnována, bylo nezbytné přinášet kvalitní a spolehlivá data. Schweinfest (UN Task Team, 2013) zdůrazňuje důležitost spolupráce rozvojových pracovníků a statistiků. Za dobrý krok považuje sestavení skupiny IAEG, která je mimo jiné zodpovědná za přípravu dat a analýzy pokroku v plnění cílů.

Dostupnost dat k šestému rozvojovému cíli je diskutována u konkrétních indikátorů v páté a šesté kapitole. Podle oficiálního webu pro indikátory Rozvojových cílů tisíciletí je pro šestý cíl ze všech MDGs nejméně dostupných dat (UNSD, 2015).

#### **2.4.2 Nastavení cílů a indikátorů**

Rozvojové cíle tisíciletí, ač možná zamýšlené jako nástroj motivace, dnes slouží k měření úspěchů. V případě chudých zemí toto měření však mnohdy sklouzává, alespoň podle některých autorů, pouze ke zdůrazňování jejich neúspěchů. Podle Easterlyho (2009) je to způsobeno špatným nastavením indikátorů MDGs, které při evaluaci nejvíce škodí Subsaharské Africe a to ve všech případech o něco více než ostatním regionům.

---

<sup>9</sup> V oblasti veřejného zdraví jsou nejznámější průzkumy Demographic and Health Survey (DHS) a Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), který je hlavním nástrojem pro měření indikátorů MDGs zaměřených na populaci (David a Haberlen, 2005). Dále průzkumy provádí Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA) nebo World Bank (WB).

Existuje několik možností, jak indikátory nastavit. Rozhodnutí o způsobu měření může, vzhledem k odlišným výchozím podmínkám v různých regionech a zemích, mít různý dopad na náročnost naplnění daného cíle. Při sestavování indikátorů a cílů se tak musíme rozhodnout, zda chceme měřit:

- absolutní změny *nebo* procentuální změny,
- změnu *nebo* dosažení stanovené úrovně,
- kladné *nebo* záporné indikátory.

Kombinací těchto tří dimenzí potom můžeme sestavit pět druhů cílů: absolutní kladnou změnu, procentuální kladnou změnu, absolutní zápornou změnu, procentuální zápornou změnu, nebo dosažení stanovené úrovně (Easterly, 2009). Na výběru metody hodnocení a taky na počátečním stavu potom záleží, jak náročné bude cíl splnit.

**Tabulka 1** Indikátory MDGs a jejich vliv na naplnění cílů v Africe

	Běžný indikátor (kladná změna)		Obrácený indikátor (záporná změna)		Stanovení úrovně
	Procentuální změna	Absolutní změna	Procentuální změna	Absolutní změna	
<i>Dosažení cíle pro Afriku: (+) jednodušší, (-) náročnější</i>					
Míra chudoby	-	+	+	+	-
Základní vzdělání pro všechny	+	+	-	+	-
Rovnost pohlaví ve vzdělání	+	+	+	+	-
Dětská úmrtnost	-	+	-	+	-
Úmrtnost matek	Nejsou data				
Prevalence nakažených HIV		Nejsou data			
Přístup k pitné vodě	+	+	-	+	-
<i>Zvýraznění žlutou označuje způsob, kterým jsou cíle MDGs ve skutečnosti stanoveny.</i>					

Zdroj: Easterly (2009), upraveno podle Easterly (2010), přeloženo z angličtiny.

Znaménko plus (+) a mínus (-) v tabulce značí, zda je pro Afriku jednodušší (+), nebo náročnější (-) dosáhnout cíle ve srovnání s ostatními regiony. U pátého a šestého cíle (úmrtnost matek a prevalence nakažených HIV) nejsou podle Easterlyho (2009) dostupná data spolehlivá. Z tabulky vyplývá, že všechny cíle jsou pro Afriku nastaveny nevýhodně. Následující dva příklady objasňují proč:

- a) Pokud stanovíme konkrétní číselnou úroveň, které má být dosaženo, je obtížnější cíl naplnit pro regiony, které jsou od cíle nejvíce vzdáleny (Easterly, 2009). Jak je patrné z tabulky 1, týká se to například druhého cíle – zajistit univerzální školní docházku pro všechny. Jelikož byla Subsaharská Afrika nejdále od naplnění tohoto absolutního cíle, má nejnižší předpoklad pro naplnění cíle.

- b) Pokud jako úkol stanovíme snížení o určitý počet procent u běžného indikátoru a výchozí úroveň sledovaného jevu je vysoká (např. chudoba v Subsaharské Africe oproti ostatním regionům), je opět obtížnější cíle dosáhnout (Easterly, 2009). Naopak pokud by byl takto nastaven druhý cíl, bylo by pro Subsaharskou Afriku jednodušší jej naplnit. To samé platí také pro druhý, třetí a sedmý cíl.

Stefan Schweinfest uvádí mírně odlišnou definici druhů cílů použitých v MDGs (UN System Task Team, 2013). Podle něj byly použity čtyři druhy cílů: stanovení úrovně (např. rovnost pohlaví), procentuální změna (např. snížit absolutní chudobu o 50 %), záporná změna (např. snížit ubývání biodiverzity) a změna směru vývoje (např. zvrátit šíření HIV) (UN System Task Team, 2013). Schweinfest zdůrazňuje důležitost jednoduchosti nastavení cílů a indikátorů, protože umožňuje sledovat naplnění MDGs i veřejnosti. Sledování „afrického neúspěchu“ je však podle Easterlyho (2009) demotivující a to jak pro chudé země a jejich vůdce, tak pro případné donory. Tvrdí, že Afrika má problémy i bez toho, aby mezinárodní společenství africké úspěchy znevažovalo tím, že označí MDGs v Africe za neúspěch.

Pokud by byly cíle nastaveny jinak, „*mohla Afrika jednoduše naplnit cíle číslo 2, 3 a 7 [...] a všechny závěry o neúspěchu Afriky v Rozvojových cílech tisíciletí by byly nesmyslné*“. (Easterly, 2009, přeloženo z angličtiny)

Clemens a Moss (2005) si naopak myslí, že i pokud státy Subsaharské Afriky nenaplní Rozvojové cíle tisíciletí, nebude to známka neúspěchu. Většina z nich totiž s koncem roku 2015 dosáhne pokroku ve zlepšování kvality života svých obyvatel. To potvrzují jak každoroční zprávy o naplnění MDGs, tak ekonom Jeffrey Sachs, speciální poradce generálního tajemníka OSN v oblasti MDGs. Podle něj cíle týkající se školní docházky, malárie a AIDS *fungují* (Filipovic, 2013).

Otázkou však zůstává, proč byly cíle nastaveny tak velkoryse. Vandemoortele (2007) argumentuje tím, že cíle nebyly navrženy pro hodnocení regionální, nýbrž pro celosvětové. Cíle totiž vychází z historických globálních trendů a nezohledňují historický vývoj konkrétních regionů. Podle názoru Jana Vandemoortela by také rozvojové země měly být uchráněny před přílišným nátlakem (McArthur, 2014). „*Pokud se všechny země v roce 2015 budou držet svého tempa rozvoje, bude naplněn celosvětový cíl roku 2015 a to i bez naplnění Rozvojových cílů tisíciletí*“. (Vandemoortele, 2007, přeloženo z angličtiny)

John W. McArthur (2014) však vysvětluje, že Vandemoorteleho pojetí nebylo přijato OSN. Dokument Road Map<sup>10</sup> z roku 2001, ve kterém byly MDGs poprvé definovány, stanovuje, že pokroky v plnění Rozvojových cílů tisíciletí budou hodnoceny na úrovni státní i celosvětové (McArthur, 2014). Každoroční zprávy o naplnění Rozvojových cílů tisíciletí uvádí data za jednotlivé regiony, zvláště za rozvojové a rozvinuté země a také celosvětové výsledky. Protože by při hodnocení měly být zohledňovány odlišné priority zemí, mají státy podle zprávy UNDP (2001) tři možnosti, jak s cíly naložit:

- a) Stanovit si cíle podle MDGs tak, jak byly odsouhlaseny na mezinárodní úrovni
- b) Stanovit si cíle podle MDGs, ale upravit je podle vlastních potřeb
- c) Připojit k MDGs další relevantní cíle pro danou zemi

Šestý Rozvojový cíl tisíciletí si tak pozměnila například Česká republika. Cíl byl rozšířen o snižování rozšíření nemocí oběhové soustavy, zhoubných nádorů a výskytu úrazů. Cíl týkající se HIV byl jen poupraven, měl by být udržen „*výskyt infekce HIV/AIDS a tuberkulózy alespoň na stávající úrovni*“ (Potůček et al., 2004). S přihlédnutím ke specifikům České republiky tak byly odstraněny cíle týkající se malárie, které by nebyly ve středoevropských podmínkách úplně aktuální.

Podle Fukuda-Parr (2013) byly cíle původně stanoveny jako nástroj pro monitorování plnění závazků Miléniové deklarace. Smyslem programu mělo být pouze určení globálních priorit. Postupem času se však vnímání MDGs změnilo, cíle se začaly používat jako národní strategie (Fukuda-Parr, 2013). To, jak se k Rozvojovým cílům tisíciletí jednotlivé vlády postaví, záleží na jejich vnímání celého programu.

---

<sup>10</sup> Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration (2001)

## 3. Boj proti HIV/AIDS

HIV/AIDS je největším světovým problémem v oblasti zdraví. Podle Světové zdravotnické organizace (*World Health Organization, WHO*) bylo koncem roku 2013 na světě přibližně 35 milionů HIV pozitivních lidí. Počet nově nakažených lidí se každoročně snižuje, celkový počet nakažených lidí však stále roste. To je způsobeno kombinovaným efektem nově nakažených a prodlužováním délky života HIV pozitivních (Navrátilová a Šafaříková, 2011). Nejvíce nakažených virem HIV žije v Subsaharské Africe, některé státy vykazují prevalenci vyšší než 20 %. Takto vysoká prevalence negativně ovlivňuje fungování států. Ze studie Světové banky (*World Bank, WB*) vyplývá, že vyšší než 8% podíl nakažených v zemi vede ke zpomalení ekonomického růstu a přetížení zdravotního a sociálního systému (Rozvojovka, 2011).

Následující odstavce jsou věnovány průběhu, příznakům, prevenci a léčbě HIV/AIDS.

### 3.1 Virus HIV

Virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) patří mezi retroviry, poškozují imunitní systém a způsobuje onemocnění AIDS. Je schopen přežívat v napadených buňkách, nejčastěji T lymfocytech (typ bílých krvinek), a to i několik let (Strnisková, 2014). Virus dostane svou genetickou informaci dovnitř cílové buňky a změní její metabolické procesy. Po tzv. probuzení viru, které je nejčastěji způsobeno infekcí, se vir začne množit a uvolňovat do krevního oběhu. Než se systém stačí zformovat k obraně, je virem ochromen (ČSAP, 2014a). Napadáním dalších buněk potom HIV způsobuje postupný pokles počtu bílých krvinek a vede k selhání imunity (Strnisková, 2014).

Infekce HIV má čtyři stadia, posledním a nejzávažnějším je AIDS. Toto onemocnění bylo poprvé rozeznáno v roce 1981 v USA (SZÚ, 2011). Jde o smrtelné onemocnění způsobené virem HIV. *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, zkráceně AIDS, se do češtiny překládá jako *syndrom získaného selhání obranyschopnosti* (Strnisková, 2014). V současné době má v některých oblastech onemocnění charakter pandemie<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Pandemie – rozsáhlá epidemie; infekční onemocnění postihuje velké skupiny lidí na rozsáhlém území v řadě zemí, popř. i na různých kontinentech (zdroj: Velký lékařský slovník, <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/pandemie>)



Nemoc se AIDS se podle výzkumníků z anglického Oxfordu a belgické Lovani začala šířit z Konga již v roce 1920 (Novotná, 2014). Pandemie HIV/AIDS dosáhla svého vrcholu v roce 1996, kdy byl počet nově nakažených odhadován na 3,2 milionu (Navrátilová a Šafaříková, 2011).

### **3.2 Průběh a příznaky**

K propuknutí infekce většinou dochází během 2–6 týdnů od nákazy a to asi u poloviny nakažených (Strnisková, 2014). Druhá polovina infikovaných zůstává zcela bez projevů. Akutní primární infekce připomíná chřipkové onemocnění, nejčastějšími příznaky jsou vysoká horečka, noční pocení, zvětšené uzliny (ČSAP, 2014b). V této fázi je člověk vysoce infekční, mnoho nakažených však o svém stavu zatím netuší. Vzhledem k necharakteristickým příznakům bývá nakažení virem HIV často diagnostikováno až dodatečně.

Následuje bezpříznakové (asymptomatické) stadium, v krvi nakaženého jsou již protilátky anti-HIV, člověk je infekční, stále to však nemusí vědět. Asymptomatická fáze trvá většinou 8–9 let (Strnisková, 2014), délka tohoto období záleží na řadě faktorů, např. původní úroveň obranyschopnosti, životní styl nebo stravovací návyky (SZÚ, 2011). Současná léčba tuto fázi výrazně prodlužuje, čímž prodlužuje život pacientů (ČSAP, 2014b).

Třetí fáze onemocnění se nazývá časné symptomatické stadium. Imunitní systém člověka je již značně oslaben (ČSAP, 2014b). V tomto stadiu se u HIV pozitivních vyskytují tzv. oportunní infekce, což jsou infekce, které by se u zdravého člověka nerozvinuly, neboť zdravý imunitní systém je dokáže odrazit (Strnisková, 2014). Mezi tyto infekce patří např. pásový opar nebo kvasinkové infekce.

Ve čtvrtém stadiu u nakaženého člověka propukne AIDS. U 80 % pacientů toto stadium přichází do 14 let od nakažení (Strnisková, 2014). Mezi příznaky patří opět oportunní infekce, nádorová onemocnění a často i neurologické problémy (ČSAP, 2014b). Bez léčby tato fáze trvá průměrně tři roky, v případě nakažení oportunní infekcí jeden rok (AIDS.gov, 2013).

### **3.3 Přenos**

Virus HIV se vyskytuje v tělních tekutinách (krev, sperma, sliny, slzy, moč, mateřské mléko, vaginální sekret). Nejčastěji se HIV přenáší prostřednictvím spermatu, vaginálního sekretu a krve, v ostatních tekutinách je množství viru zanedbatelné (Strnisková, 2014). Mezi skupiny rizikové k nákaze patří uživatelé drog, sexuální pracovníci a muži, kteří mají sex s muži.

Existují tři způsoby přenosu viru:

- Nechráněný pohlavní styk
- Prostřednictvím krve
- Z matky na dítě

Nejčastějším způsobem přenosu infekce je pohlavní styk, HIV se však může přenášet také při orálním a análním styku. Anální styk je z důvodu křehkosti anální sliznice nejrizikovější (Strnisková, 2014). Při pohlavním styku je k nákaze náchylnější žena, jelikož jí hrozí vyšší riziko poškození sliznice a je vystavena většímu množství tělních tekutin po delší dobu. V rozvojových zemích jsou ženy ohroženy více než muži ještě z dalších důvodů, nemají například možnost aktivně se chránit při rizikovém sexu a také vykazují nižší znalosti o problematice HIV/AIDS (viz kapitola 5).

Přenos při krevní transfúzi je v rozvinutých zemích velmi vzácný, v České republice nebyl zaznamenán žádný případ od roku 1985 (Strnisková, 2014). To neplatí v rozvojových zemích, kde je velmi ohrožen také zdravotnický personál. Například chirurgové v rozvojových zemích mají patnáctkrát vyšší riziko nákazy než chirurgové v zemích rozvinutých (Crush, 2006). Co se týká přenosu HIV prostřednictvím krve, jsou nejrizikovější skupinou uživatelé drog a to z důvodu sdílení použitých injekčních stříkaček.

V rozvojových zemích je velkým problémem přenos HIV z matky na dítě. V rozvinutých zemích je riziko přenosu z nakažené ženy na dítě 26 %, kdežto v zemích rozvojových až 60 % (Strnisková, 2014). Přenos HIV během těhotenství, porodu nebo kojení je také nejčastějším způsobem nákazy u dětí (AVERT, 2015). HIV pozitivním těhotným ženám je proto dnes automaticky podávána léčba, která brání přenosu na dítě, a to bez ohledu na počet CD4 buněk v krvi. V roce 2013 mělo k léčbě přístup 67 % nakažených těhotných žen (WHO, 2014). Důležité je, aby se těhotné ženy dostavovaly na pravidelné prohlídky a také aby v rizikových oblastech byly na přítomnost viru testovány.

### 3.4 Léčba

AIDS je smrtelné onemocnění, proti kterému neexistuje očkovací látka, ani lék. Existuje však účinná antiretrovirální léčba, která dokáže zpomalit průběh HIV infekce, čímž nakaženým lidem prodlužuje život a zvyšuje jeho kvalitu (WHO, 2014). Pokud nakažení nepodstoupí léčbu, umírají v průměru po jedenácti letech od nákazy<sup>12</sup>. Není bez zajímavosti, že na výzkumu antiretrovirotik se podílel český profesor Antonín Holý (ÚOCHB AV ČR, 2014).

Názory na správnou dobu nasazení léčby se různí. Profesor lékařské fakulty Texaské Univerzity Sunil K. Ahuja ve své studii uvádí, že pokud je léčba zahájena ihned po diagnóze, existuje pouze poloviční šance propuknutí AIDS (ČSAP, 2015). I při včasném podání léků je důležitá následná spolupráce pacienta s lékařem. Antiretrovirotika musí být podávána pravidelně, vynechání má výrazný vliv na účinnost (Strnisková, 2014).

Nejnovější vědecké poznatky ukazují, že léčba HIV/AIDS je současně také jeho prevencí, protože omezuje přenos viru z osoby na osobu až o 96 % (Lékaři bez hranic, 2011). V rozvinutých zemích onemocnění AIDS téměř vymizelo. Pokud je člověk nakažen virem HIV, neznamená to pro něj jistou smrt, „jen“ doživotní závislost na lécích (Pisani, 2010).

Podle posledních údajů mělo v červnu 2014 přístup k antiretrovirální léčbě 13,6 milionu nakažených (UNAIDS, 2014a). Díky antiretrovirální léčbě se každoročně podaří zachránit tisíce životů a tento počet stále roste. Přístupu k antiretrovirální léčbě je věnována 6. kapitola.

---

<sup>12</sup> Ženy žijí průměrně 11,5 let, muži 10,5 let od okamžiku nákazy (UNSD, 2012).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4. Cíle, úkoly, indikátory

Pro hodnocení úkolu 6.A jsou stanoveny celkem 4 indikátory – prevalence mezi mladými lidmi, používání kondomu při rizikovém sexu, znalost bezpečného sexu mezi mladými lidmi a podíl sirotků mezi školáky. Druhý úkol (dostupnost antiretrovirální léčby pro všechny, kdo ji potřebují) má jen jeden indikátor a tím je podíl lidí s přístupem k léčbě HIV/AIDS. Naplnění úkolu 6.C se hodnotí pomocí pěti indikátorů – výskyt malárie a úmrtnost na ni, podíl malých dětí spících pod ochrannými sítěmi proti hmyzu, podíl dětí léčených antimalarií, rozšíření TBC a léčené případy tuberkulózy. Přesné znění cílů a indikátorů ukazuje Tabulka 2.

**Tabulka 2** Cíle, úkoly a indikátory 6. rozvojového cíle

Cíl 6: Boj proti HIV/AIDS, malárii a dalším chorobám	
Úkol	Indikátor
6.A: Do roku 2015 zastavit a zvrátit šíření HIV/AIDS	6.1 Výskyt HIV v populaci ve věku 15–24 let
	6.2 Používání kondomu při vysoce rizikovém sexu
	6.3 Podíl lidí ve věku 15–24 s podrobnou a správnou znalostí problematiky HIV/AIDS
	6.4 Poměr sirotků a nesirotků mezi školáky ve věku 10–14 let
6.B: Do roku 2010 zajistit přístup k léčbě HIV/AIDS všem, kteří to potřebují	6.5 Podíl populace v pokročilém stadiu infekce HIV s přístupem k antiretrovirální léčbě
6.C: Do roku 2015 zastavit a zvrátit výskyt malárie a dalších závažných chorob	6.6 Výskyt malárie a úmrtnost na ni
	6.7 Podíl dětí mladších pěti let spících pod ochrannými sítěmi proti hmyzu ošetřenými insekticidy
	6.8 Podíl dětí mladších pěti let s horečkou/podezřením na malárii, které jsou léčeny příslušnými antimalarií léky
	6.9 Výskyt, míra rozšíření a úmrtnost na TBC
	6.10 Počet případů tuberkulózy, která byla diagnostikována a léčena pod přímým dohledem lékařů

Zdroj: UNSD (2012). Přeloženo z angličtiny.

V následujících odstavcích jsou před samotnou analýzou vždy nejprve stručně definovány jednotlivé indikátory, důvody k jejich zařazení a jejich limity. Zdrojem informací o indikátorech jsou, pokud není uvedeno jinak, oficiální webové stránky MDGs, které spravuje United Nations Statistics Division: UNSD (2013) a UNSD (2015). Všechny země podávají zprávy o situaci ohledně HIV/AIDS do systému GARPR (*Global AIDS Response Progress Reporting*). Sběr dat a jejich analýzu pro indikátor 6.1 má potom na starost UNAIDS, data pro zbylé indikátory úkolu 6.C UNICEF. Dostupnost léčby a naplnění druhého úkolu hodnotí WHO.

## 5. Naplnění 1. úkolu

Program OSN pro boj s HIV/AIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, UNAIDS) si pro boj s HIV stanovil naplnit do roku 2015 své vlastní cíle. Mezi ně patří prevence šíření HIV, zajištění léčby, eliminace nerovnosti pohlaví, odstranění stigmatizace nakažených a podpora jejich integrace. Šestý cíl MDGs je oproti tomu zaměřen pouze na zastavení šíření HIV (a dalších závažných chorob) a poskytnutí léčby.

Jelikož bylo HIV/AIDS dlouhou dobu označováno jako nemoc homosexuálních mužů, uživatelů drog a pracovníků v sexuálním průmyslu, bylo poněkud obtížné získávat prostředky na léčbu a prevenci nakažených. Až s nárůstem počtu infikovaných v Africe se podařilo zdůraznit sociální rozměr epidemie a spojit stigmatizované onemocnění s otázkou chudoby, nerovnosti pohlaví a lidských práv (Pisani, 2011). Díky tomu se HIV/AIDS dostalo do popředí světové pozornosti. V roce 2011 bylo na programy týkající se HIV určeno 25 % veškeré rozvojové pomoci v oblasti zdraví (Geldsetzer et al., 2015).

Dnes zbývá do ukončení programu Rozvojové cíle tisíciletí jen několik měsíců. Podle DESA<sup>13</sup> (2014) se úkol 6.1 podařilo naplnit (popřípadě se doku 2015 předpokládá naplnění) v Subsaharské Africe, Jižní Asii, Oceánii a Latinské Americe a Karibiku. Pokrok, který však zatím k naplnění cíle nestačí, byl zaznamenán ve Východní Asii, Jihovýchodní Asii, na Kavkaze a ve Střední Asii. V Severní Africe a Západní Asii bylo zaznamenáno zhoršení nebo stagnace.

V následujících kapitolách je podrobněji rozebrána situace v různých zemích a regionech podle jednotlivých indikátorů stanovených OSN k hodnocení Rozvojových cílů tisíciletí.

### 5.1 Prevalence HIV

Hlavním indikátorem pro měření úspěšnosti boje proti HIV je prevalence. Prevalence, tedy podíl lidí, kteří prodělali určité onemocnění, se většinou uvádí v procentech. Společně s incidencí je prevalence jedním ze základních ukazatelů v epidemiologii.

#### 5.1.1 Definice

Indikátor 6.1 je definován jako prevalence HIV v populaci 15–24, tedy podíl mladé populace žijící s HIV. Indikátor byl stanoven pro měření výskytu HIV mezi mladými lidmi, protože 40 % nových případů nákazy HIV připadá právě na tuto skupinu. Také se u prevalence spočítané pro

---

<sup>13</sup> Department of Economics and Social Affairs, UN

mladé lidi rychleji projeví změny v incidenci HIV. Kvůli nedostatku dat pro populaci ve věku 15–24 let se však pro hodnocení naplnění MDGs používá nejčastěji prevalence HIV v populaci ve věku 15–49 let.

Data prevalence HIV sbírá a zpracovává agentura UNAIDS ve spolupráci s WHO a místními vládami. Na úrovni států mají sběr dat na starost národní programy pro boj s HIV/AIDS nebo ministerstva (nejčastěji zdraví). Data jsou dostupná přibližně pro 147 zemí, ne však pro všechny sledované roky.

Problémem při hodnocení tímto indikátorem je, že snížení prevalence nemusí nutně ukazovat na úspěšnost intervencí a zlepšení situace v zemi. Pokles v indikátoru může být následkem například zvýšené mortality nakažených nebo naopak vyšším pokrytím antiretrovirální léčbou. Proto jsou pro hodnocení úkolu 6.A – zastavit a zvrátit šíření HIV/AIDS – zařazeny další indikátory, které sledují také změny v chování.

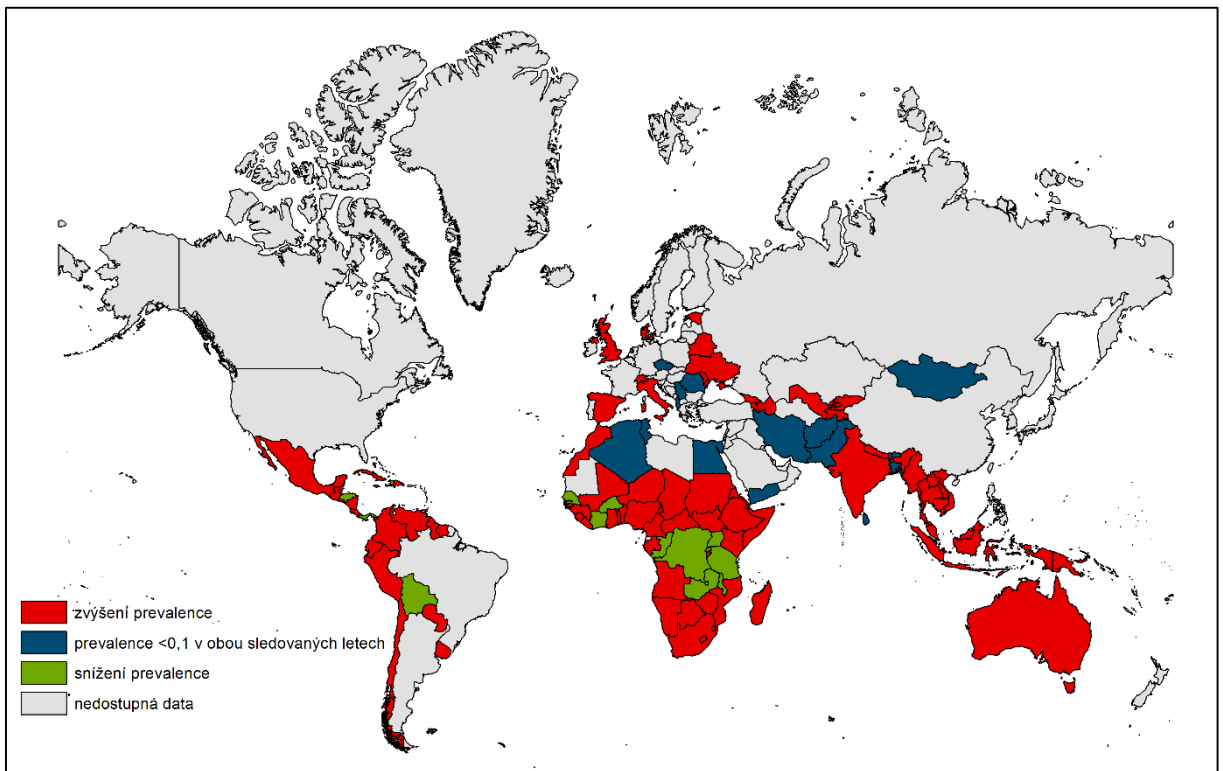
### **5.1.2 Naplnění**

Cílem tohoto úkolu je *zastavit a zvrátit* šíření HIV/AIDS. Jelikož indikátorem pro naplnění je prevalence HIV, naplnění zde znamená snížení prevalence. Pro vyhodnocení naplnění jsem použila data o prevalenci HIV mezi lidmi ve věkové kategorii 15–49 let (UNSD, 2015). Databáze byla zrevidována v lednu 2015, data jsou však prozatím dostupná jen za rok 2013.

Jelikož je program Rozvojových cílů tisíciletí zaměřen především na rozvojové země, nejsou v databázi uvedena data prevalence HIV ve všech státech světa. To samozřejmě neznamená, že data nejsou dostupná z jiných zdrojů. Při přebírání dat z rozdílných zdrojů by však nebyla zaručena porovnatelnost a jednotnost dat. Různé organizace používají ke sběru a analýze dat odlišnou metodiku. Data v databázi UNSD jsou upravena, aby byla porovnatelná a aby se zabránilo nesrovnalostem ve vyhodnocování dat.

Srovnáním hodnot za rok 1990 s hodnotami pro rok 2013 jsem zjistila, ve kterých zemích se podařilo prevalence snížit a ve kterých naopak vzrostla. Výsledky srovnání jsem potom barevně zobrazila na mapu světa. Obrázek 1 tedy znázorňuje naplnění šestého Rozvojového cíle tisíciletí podle indikátoru 6.1. Speciální kategorii tvoří země s velmi nízkou prevalence (nižší než 0,1) v obou sledovaných letech.

**Obrázek 1** Naplnění 6. cíle podle indikátoru 6.1 mezi lety 1990 a 2013



Zdroj dat: UNSD (2015), vlastní zpracování v programu ArcGIS.

Pokud úkol 6.A (*zastavit a zvrátit* šíření viru HIV) hodnotíme indikátorem 6.1 (výskyt HIV v populaci ve věku 15–24 let), nemůžeme mluvit o velkém úspěchu. Ze všech zemí, pro která jsou dostupná data, se prevalenci podařilo snížit jen ve čtrnácti. Čtyři z těchto zemí patří do regionu Latinská Amerika a Karibik, konkrétně jde o Honduras, Bolívii, Panamu a Haiti. Zbýlých deset zemí se nachází v Subsaharské Africe: Senegal, Demokratická republika Kongo, Pobřeží slonoviny, Zambie, Kongo, Burkina Faso, Malawi, Rwanda a Uganda. V dalších 20 zemích se podařilo udržet prevalenci HIV na velmi nízké úrovni (tedy nižší než 0,1 %).

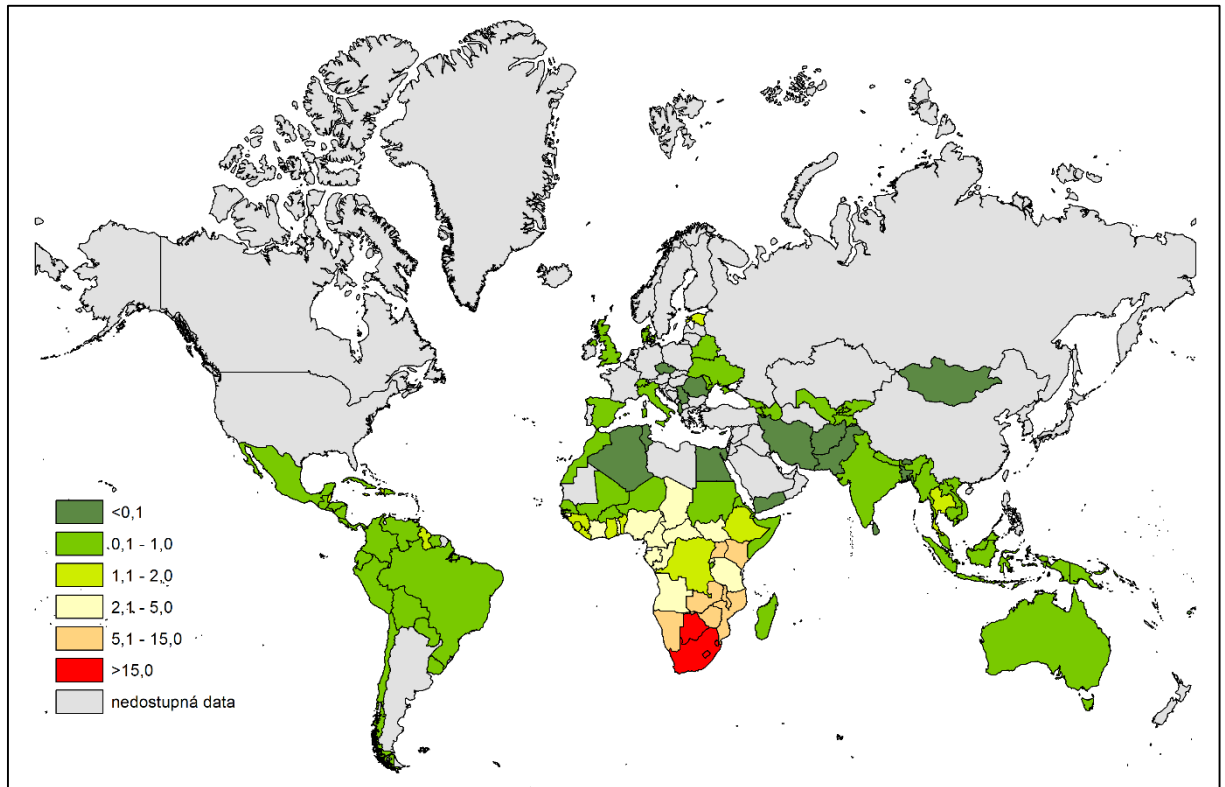
V nejméně úspěšnější<sup>14</sup> Ugandě se podařilo prevalenci snížit z hodnoty 12,4 % v roce 1990 na 7,4 % v roce 2013. V případě Ugandy je úspěch způsoben kombinovaným efektem progresivních preventivních programů a bohužel také vysoké úmrtnosti způsobené dřívější nedostupností léčiv (Rozvojovka, 2011). V současnosti je již antiretrovirální léčba v zemi poskytována zdarma všem nakaženým (WHO, 2008), více o antiretrovirální léčbě v kapitole 6.

Naopak nejvíce prevalence vzrostla v Jižní Africe, konkrétně ve Svazijsku (z 1,3 % na 27,4 %), Lesothu (z 0,7 % na 22,9 %) a v Jihoafrické republice (z 0,3 % na 19,1 %).

<sup>14</sup> Za nejméně úspěšnější zde označuji zemi s největší změnou v procentních bodech prevalence mezi lety 1990 a 2013.

Naplnění či nenaplnění Rozvojového cíle tisíciletí však nevypovídá o současné situaci ohledně prevalence HIV. Některé „úspěšné“ státy, tak mají mnohem vyšší prevalenci než státy „neúspěšné“. Obrázek 2 znázorňuje prevalenci HIV v jednotlivých zemích v roce 2013.

**Obrázek 2** Prevalence HIV v jednotlivých státech v roce 2013, [%]



Zdroj dat: UNSD (2015), vlastní zpracování v programu ArcGIS.

Důležité je také uvědomit si, že i „neúspěšné“ země, ve kterých prevalence mírně vzrostla, mohou být v konečném důsledku úspěšné. Neklesající či mírně rostoucí prevalence totiž může být způsobena rozšířením dostupnosti léčby (UNSD, 2012), což vede ke snížení úmrtnosti pacientů a tím ke zvýšení počtu nakažených. Faktem také je, že za vrchol epidemie je považován rok 1996 (Navrátilová a Šafaříková, 2011). Pokud bychom hodnotili pokrok ve snižování prevalence mezi lety 1996 a 2012, mohli bychom označit více zemí za úspěšné.

Mimo prevalenci HIV je zajímavým údajem také incidence HIV, tedy počet nově nakažených na 100 obyvatel. Incidence vypovídá lépe o současné situaci. Oproti prevalenci, do které jsou započítáni všichni nakažení, bere totiž incidence v potaz jen nově nakažené v daném roce. Tento indikátor nebyl zvolen jako oficiální indikátor MDGs, dnes jsou však dostupná data pro všechny regiony (UNSD, 2014), proto je OSN v současnosti v některých hodnotících materiálech uvádí. Stejně jako prevalence se i incidence uvádí pro populaci od 15 do 49 let.



**Tabulka 3** Incidence HIV v regionech OSN v letech 2001 a 2012

	2001	2012
Svět	0,09	0,05
Rozvojové země	0,1	0,06
Severní Afrika	0	0,01
Subsaharská Afrika	<b>0,65</b>	<b>0,31</b>
Latinská Amerika a Karibik	0,04	0,03
Východní Asie	0,01	0,01
Jižní Asie	0,03	0,02
Jihovýchodní Asie a Oceánie	0,04	0,03
Západní Asie	0	0,01
Kavkaz a Střední Asie	0,02	0,02
Rozvinuté země	0,03	0,03

Zdroj: UNSD (2014). Přeloženo z angličtiny a upraveno.

Region Svět v tabulce zahrnuje jen země s nízkým nebo středním příjmem (podle Světové banky). Z Tabulky 3 vyplývá, že incidence HIV v těchto zemích mezi lety 2001 a 2012 klesla. Zajímavé je, že tento pokles se odehrál jen v rozvojových regionech, incidence v rozvinutých zemích se nezměnila. Jedinými regiony, ve kterých incidence HIV vzrostla, je Západní Asie a Severní Afrika. Rozvinuté země vykazují stejnou incidenci v obou sledovaných letech, nicméně protože jde ve srovnání s ostatními regiony o velmi nízké počty nakažených, nemusí být zachyceny změny v incidenci. Například v České republice bylo v roce 2001 zaznamenáno 58 nových případů nákazy HIV, v roce 2012 se nakazilo 212 lidí a v loňském roce dokonce 232 (SZÚ, 2014). Oproti zemím Subsaharské Afriky je to nesrovnatelně nízké číslo, nárůst mezi sledovanými roky je však vysoký.

V Subsaharské Africe se v roce 2001 nakazilo 2,6 milionu lidí, v roce 2012 to už bylo o milion méně (UNAIDS, 2013a), incidence mezi těmito roky klesla z 0,65 na 0,31. Značné rozdíly v incidenci HIV jsou i mezi jednotlivými subregiony Afriky (regionalizace viz Příloha B). Nejvyšší incidenci ze subregionů v roce 2012 vykazovala Jižní Afrika (1,02), s velkým odstupem ji následuje Střední Afrika s incidencí 0,29 (UN, 2014).

Regionem, ve kterém mimo Subsaharskou Afriku nejvíce hrozí rozšíření epidemie HIV, je Jižní Asie, Jihovýchodní Asie a Oceánie. V roce 2001 bylo v regionu kolem 4,1 milion nakažených (IAS, 2014) převážná většina z nich mezi třemi nejrizikovějšími skupinami – drogově závislými, sexuálními pracovníky a homosexuálními muži. Studie naznačovaly, že epidemie se začíná šířit i mezi ostatní populaci (Mendoza, 2004). V současnosti v některých oblastech roste

prevalence HIV, počet nakažených vzrostl do roku 2012 na 4,8 milionu (IAS, 2014). Nárůst je stále především mezi rizikovými skupinami (UNAIDS, 2013b). Problémem je, že spousta lidí o své nákaze HIV neví, podíl nakažených s přístupem k léčbě je také nízký (viz kapitola 6.1).

Počet nově nakažených HIV roste také ve Východní Evropě a Střední Asii. V roce 2001 byl celkový počet nakažených 970 tisíc, do roku 2012 toto číslo vzrostlo na 1,4 milionu (UNAIDS, 2012). Michel Sidibé, výkonný ředitel UNAIDS, při příležitosti zahájení konference o HIV v Moskvě ve svém projevu prohlásil, že v tomto regionu by prioritou mělo být zajištění čistých jehel pro všechny uživatele drog a zlepšení dostupnosti léčby drogově závislých (Sidibé, 2014). Vyjádřil také obavy z rostoucího počtu zemí, které uvádí v platnost zákony týkající se homosexuality<sup>15</sup>. Zdůrazňuje, že kriminalizace homosexuality a také sexuálních pracovníků, uživatelů drog a ostatních rizikových skupin je jen staví do role ohrožených. Nemají potom přístup k programům prevence, nenechávají se testovat na HIV a tím pádem nemají přístup k léčbě. Podle UNAIDS (2013a) existovaly v roce 2012 v 60 % zemí zákony, které představovaly překážku pro efektivní prevenci a léčbu HIV.

V celosvětovém měřítku tedy počet případů nově nakažených HIV klesá a to především díky úspěchům v Subsaharské Africe. Jen v Jižní Africe se incidenci mezi roky 2001 a 2012 podařilo snížit z hodnoty 1,98 na 1,02 (UN, 2014). V roce 2012 bylo na světě 2,3 milionu nových infekcí, což je nejnižší číslo od druhé poloviny devadesátých let, kdy bylo každý rok nakaženo přibližně 3,5 milionu lidí (UNAIDS, 2013a). Celosvětová prevalence HIV mezi mladými lidmi mezi lety 1990 a 2001 vzrostla z 0,3 na 0,8, od roku 2001 se tato hodnota nezměnila (UNSD, 2012) To, že incidence HIV klesá a prevalence zůstává na stejné úrovni, je způsobeno již výše zmíněným kombinovaným efektem nově nakažených a prodlužováním délky života HIV pozitivních.

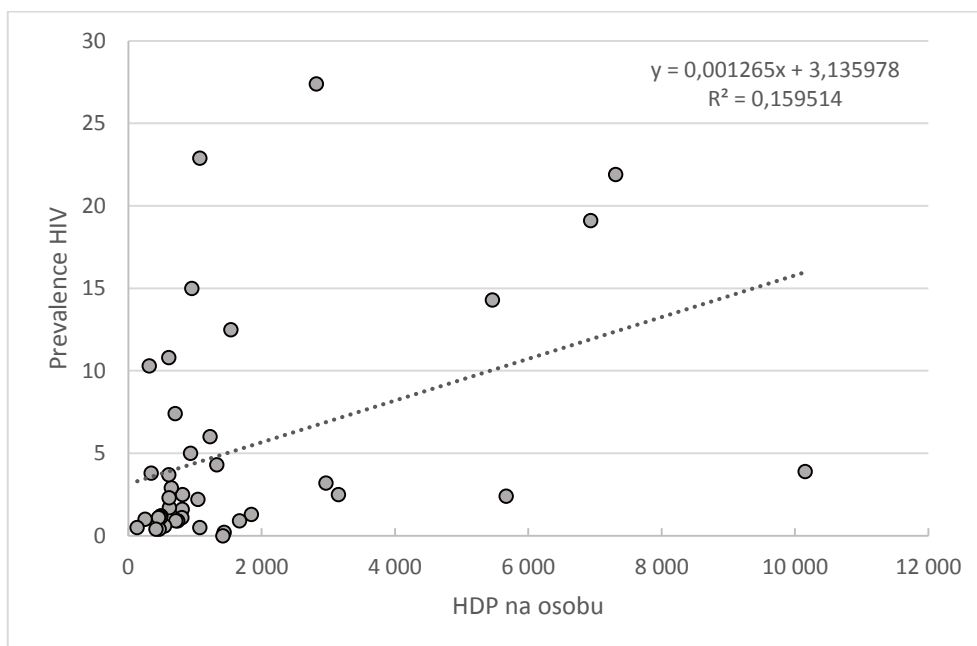
### **5.1.3 Korelace počtu nakažených na HDP země**

Podle Deklarace o závazcích s HIV/AIDS, která byla přijata na zasedání Valného shromáždění v roce 2001, patří mezi hlavní faktory napomáhající šíření HIV/AIDS chudoba, zaostalost a negramotnost (UN, 2001). Existují průzkumy dokazující vztah mezi chudobou a výskytem HIV, tyto průzkumy však byly vypracovány pro vztah bohatství domácnosti a prevalence HIV jednotlivce (Parkhurst, 2010). Vztah mezi HDP na osobu a prevalencí HIV v Subsaharské Africe v roce 2013 vyjadřuje následující graf.

---

<sup>15</sup> Zákony týkající se homosexuality, někdy nazývané protihomosexuální nebo anti-gay zákony, jsou zákony, které kriminalizují homosexualitu.

**Obrázek 3** Korelace prevalence HIV na HDP na osobu, 2013



Zdroj dat: UNSD (2015) a UNdata (2015), vlastní zpracování.

Do korelační analýzy byla zahrnuta pouze Subsaharská Afrika a státy, pro které je dostupná prevalence za rok 2013, data o HDP na osobu pochází z databáze UNSD. Z grafu vyplývá, že mezi jevy existuje slabá pozitivní závislost. Ke stejnému výsledku dochází i Chin (2006), podle něj v Subsaharské Africe s rostoucím HDP roste i prevalence HIV. To platí pro Botswanu a Jihoafrickou republiku, které patří mezi čtyři nejvíce epidemií HIV postižené země na světě a zároveň mají ve srovnání s ostatními státy Subsaharské Afriky vysoké HDP na osobu (kolem 7 tisíc USD). Pokud z korelační analýzy odebereme 4 nejpostiženější státy (Svazijsko, Lesotho, Botswana, Jihoafrická republika), klesne korelační koeficient z hodnoty 0,4 na 0,18.

Velkým limitem této analýzy je absence dat o prevalenci ze všech zemí Subsaharské Afriky. Rozdíly v prevalenci HIV jsou v rámci jednotlivých zemí velké a stejně tak HDP nevyjadřuje rozdíly v rozložení bohatství.

Pokud rozdělíme všechny státy světa do skupin podle prevalence HIV tak, jak to udělal Chia (2007) ve své studii, dostaneme jiný výsledek. Podle jeho analýzy existuje záporná korelace mezi prevalencí HIV a HDP na osobu. Pokud by taková korelace existovala, znamenalo by to, že nižší HDP má souvislost s vyšší prevalencí HIV. Chia (2007) také věří, že vztah mezi ekonomickým růstem a prevalencí HIV je jednostranný. Podle něj může dobré zdraví (nízká prevalence HIV) přispět k ekonomickému růstu, kdežto vysoká prevalence a chudoba se vzájemně posilují.

Parkhurst (2010) na základě své analýzy dochází k závěru, že bohatství ani chudoba nevedou k vyššímu riziku HIV. Bohatství i chudoba mohou vést stejně k vzorcům chování, které jsou riskantní z hlediska nákazy HIV, jako k vzorcům bezpečného chování. To potvrzuje i Whiteside (2002), který ve své práci zmiňuje také vliv sociálních a kulturních faktorů na sexuální chování lidí. Dále zdůrazňuje důležitost vzdělání a znalostí jako nejlepší prevence. Bezpečnému chování a správné znalosti problematiky HIV se věnují další dva indikátory zvolené k měření naplnění šestého rozvojového cíle.

## **5.2 Používání kondomu při vysoce rizikovém sexu**

Důvod pro zařazení tohoto indikátoru je zřejmý – používání kondomu při sexuálním styku snižuje riziko přenosu HIV. Podle UNAIDS (2014a) celkově roste podíl lidí, kteří při rizikovém sexu kondomy používají. To ale neplatí ve všech zemích, podle UNAIDS (2013a) klesá podíl lidí používajících kondomy ze zemí Subsaharské Afriky v Pobřeží slonoviny, Senegal, Nigeru a Ugandě. Velké rozdíly v používání ochranných prostředků jsou také mezi muži a ženami.

### **5.2.1 Definice**

Za vysoce rizikový sex je považován pohlavní styk mezi partnery, kteří nejsou sezdáni a nežijí spolu ve společné domácnosti. Do výpočtu indikátoru se započítávají jen muži a ženy ve věku 15–24 let, kteří měli v posledních 12 měsících vysoce rizikový sex. Indikátor je potom podílem těch, kteří při takovém posledním styku kondom použili. Růst indikátoru by měl značit nárůst podílu bezpečného sexu mezi mladými lidmi a zároveň by mohl poukazovat na úspěch kampaní propagujících používání kondomu při rizikovém sexu.

Cíl byl stanoven jako dosažení úrovně 95 % lidí používajících kondomy (UN, 2014). Data jsou získávána prostřednictvím průzkumů, za celý indikátor je zodpovědná agentura UNICEF. Data jsou dostupná pro 174 zemí, pro více než 130 z nich za nejméně dvě různá období.

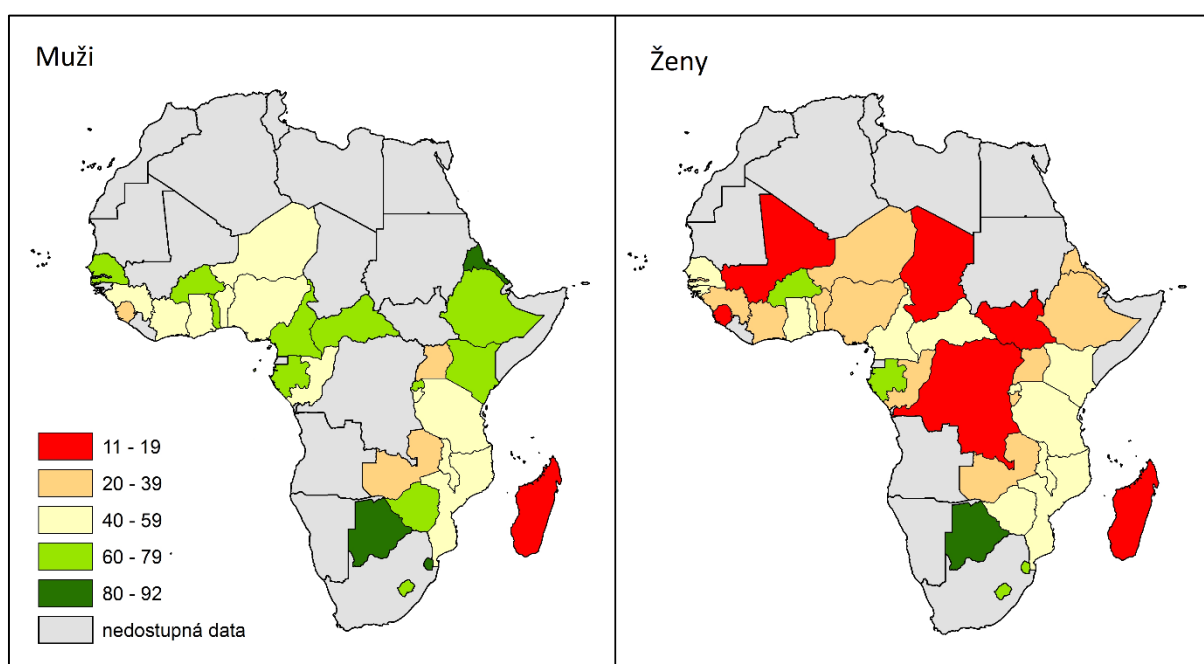
### **5.2.2 Naplnění**

Z důvodu chybějících dat pro výchozí rok 1990 (UNSD uvádí data až od roku 1996), není možné porovnat naplnění cíle stejně jako u prvního indikátoru. Data sice existují pro 174 zemí, nicméně pro každou zemi v jiných letech, porovnání je tudíž poměrně nepřesné. Nejzmapovanějším rokem je rok 2006, za který data o používání kondomu mezi ženami vykázalo 26 zemí a ta samá data pro muže 14 zemí. Jelikož jde o starší data, použijí pro znázornění situace data z let 2008–2012, vždy nejnovější pro každou zemi. Rok 2010 je rokem s druhým nejvyšším počtem dat, sousední roky jsem zvolila z důvodu zahrnutí více zemí. Stejně

období používá pro zhodnocení situace i UNSD. Samozřejmě jde o dlouhé období a je možné, že některé země v šíření osvěty pokročily. Podle zemí, které data vykazaly dva po sobě jdoucí roky, se ale dá předpokládat, že se situace meziročně nemění nijak zásadně. Data za rok 2012 jsou prozatím nejnovější, za rok 2013 UNSD data uvádí pouze hromadně za regiony (UNSD, 2014, viz Tabulka 4).

Obrázek 4 mapuje používání kondomů při rizikovém sexu v Subsaharské Africe. Region je vymezen podle regionalizace OSN pro potřeby MDGs. Z důvodu velkých rozdílů v používání kondomu mezi pohlavími jsou data uvedena zvlášť pro ženy a muže.

**Obrázek 4** Používání kondomů při rizikovém sexu v Subsaharské Africe [%], 2008–2012



Zdroj dat: UNSD (2015), vlastní zpracování v programu ArcGIS.

V žádné ze zázorněných zemí nedopadly ženy lépe než muži. Zajímavým zjištěním je, že země s nejvyšší prevalencí HIV (Svazijsko, Lesotho, Botswana) patří zároveň k zemím s nejzodpovědnějším přístupem k používáním kondomů ze všech sledovaných. To by se dalo vysvětlit jako důsledek úspěšných kampaní na propagaci bezpečného sexu. Například Botswana, která vykazuje nejvyšší podíl lidí, kteří používají kondomy (82 % žen a 92 % mužů), má prevalenci 21,9 %, čímž se řadí mezi čtyři infekcí HIV nejpostiženější státy. Lesotho sice vykazuje nižší podíl osob, které používají kondom při rizikovém sexu (v roce 2010 to bylo 66 % žen a 68 % mužů), uvádí však i data za rok 2004, můžeme proto pozorovat velké zlepšení (nárůst oproti 50 % žen a 48 % mužů v roce 2004). Nejhorší výsledky vykazuje Madagaskar (5 % žen a 11 % mužů používá kondom) a Sierra Leone (10 % žen a 22 % mužů). Nízké hodnoty vykazují i další africké země, pro které jsou však dostupná data jen za ženy: Čad (1 %), Jižní

Súdán (5 %) a Demokratická republika Kongo (6 %). Ze zemí mimo Subsaharskou Afriku má nejnižší podíl lidí používajících kondom Kiribati (2 % žen a 29 % mužů) a Filipíny (13 % žen).

Největší rozdíl mezi daty za muže a ženy vykazuje Eritrea. Podle dat z roku 2010 používá kondom při vysoce rizikovém sexu 92 % mužů, ale jen 25 % žen. Nerovnost mezi pohlavími potvrzuje i následující tabulka.

**Tabulka 4** Používání kondomu při rizikovém sexu, vybrané regiony [%], 2008–2013

	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>
Subsaharská Afrika	37,0	57,4
Oceánie	34,4	49,4
Jižní Asie	22,2	37,1

Zdroj: UNSD (2014). Přeloženo z angličtiny a upraveno.

Ve všech třech uvedených regionech vykazuje používání kondomu vyšší procento mužů než žen. Důvodem je, že ženy v některých oblastech nemohou spolurozhodovat o použití kondomu, protože je pro ně sex tabuizované téma (Agha et al., 2002). Také se mohou obávat, že pokud budou trvat na použití kondomu, bude na ně pohlíženo jako na promiskuitní. Společenské normy a tradice jim nedovolují aktivně se chránit (UNSD, 2012).

Existuje několik vysvětlení, proč lidé celkově kondomy nepoužívají. Důvodem může být špatná dostupnost, vysoká cena či stigmatizace kondomů. Agha (et al., 2002) uvádí, že je na kondomy někdy pohlíženo jako na ochranu pouze pro rizikový sex, používání kondomu ve vztahu potom může vyznít jako nedostatek důvěry. V některých afrických zemích se lidé paradoxně bojí navrhnout použití kondomu, protože by protějšek mohl nabýt dojmu, že jsou HIV pozitivní a mohl by sex rovnou odmítnout (Mash et al., 2010).

### **5.3 Podíl lidí se znalostí problematiky HIV/AIDS**

Třetím indikátorem šestého cíle je podíl lidí ve věku 15–24 let se správnou a podrobnou znalostí problematiky AIDS. Znalost problematiky HIV je velmi důležitá a přímo souvisí s indikátorem 6.2. Různé nepřesné informace o viru mohou vést k nižší opatrnosti při rizikových aktivitách, rozšiřování mýtů o HIV nebo k diskriminaci nakažených (UNSD, 2015). Vzdělávání v problematice HIV je proto základní strategií v boji proti šíření HIV/AIDS (Stojanov, 2011). Podle UNAIDS (2014a) ukazují výsledky z nejnovějších průzkumů zlepšení ve znalostech lidí oproti průzkumům v letech 2001 až 2006.

### 5.3.1 Definice

Tento indikátor sleduje podíl mladých lidí, kteří správně identifikují dva hlavní způsoby přenosu HIV, nevěří dvěma nejčastějším lokálním mýtům o HIV a vědí, že i zdravě vypadající člověk může být virem HIV nakažen. Indikátor je vypočítán na základě odpovědí na následující otázky:

1. Je možné snížit riziko přenosu nákazy HIV tím, že má člověk pohlavní styk jen s jedním partnerem, který zároveň také nemá další sexuální partnery?
2. Může člověk snížit riziko nákazy HIV používáním kondomu?
3. Může být zdravě vypadající člověk nakažen HIV?
4. Může se člověk nakazit virem HIV komářími kousnutími?
5. Může se člověk nakazit, pokud sdílí jídlo s HIV pozitivním člověkem?

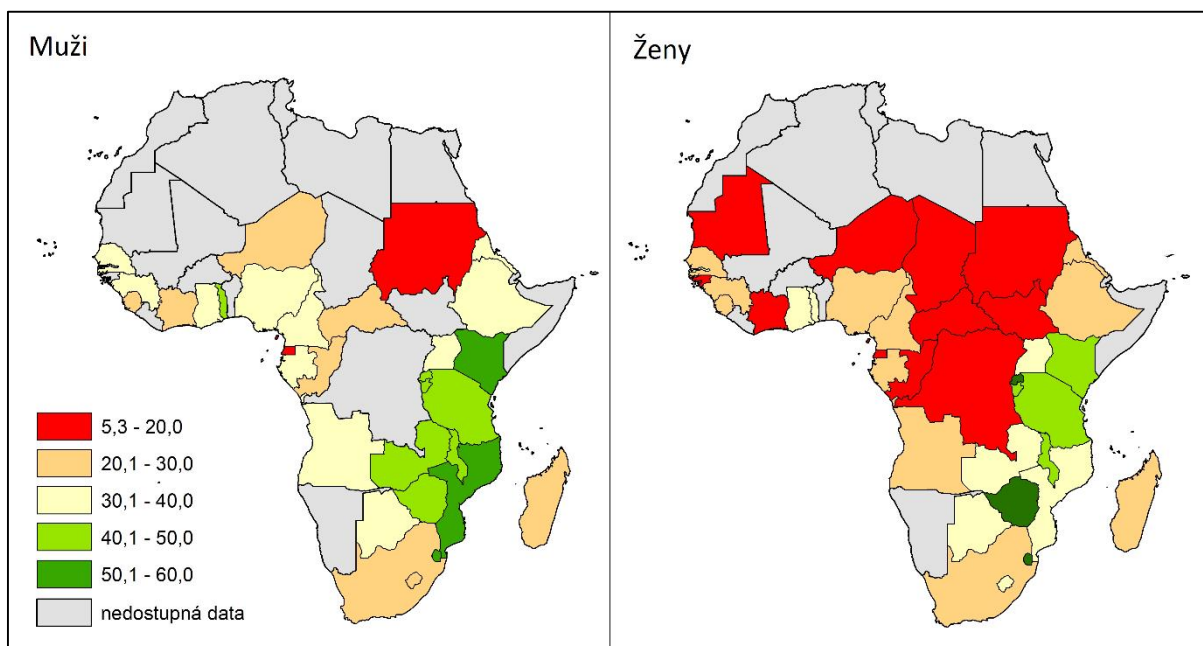
Otázky 4 a 5 mohou být nahrazeny jinými v závislosti na nejčastějších mýtech o HIV v dané zemi. Lidé se například často domnívají, že se mohou nakazit objímáním či podáním ruky s nakaženým nebo že je možné nakazit se virem HIV prostřednictvím různých nadpřirozených sil.

Za podrobnou a správnou znalost se považuje správné zodpovězení všech pěti otázek. Limitem tohoto indikátoru je obtížné získávání dat, které se provádí formou průzkumů. Data jsou dostupná pro přibližně 80 zemí a to jen pro ženy, data o znalostech mužů jsou dostupná pouze pro 40 zemí.

### 5.3.2 Naplnění

Jelikož je indikátor zaměřen především na země s vysokou prevalencí HIV, zabývá se následující kapitola aktuální situaci v Subsaharské Africe. Z důvodu nedostupnosti dat pro výchozí rok 1990 je analýza zaměřena na rozdíly mezi muži a ženami. Data o podílu žen se správnou znalostí problematiky HIV/AIDS máme z let 2008 až 2013 pro 41 zemí Subsaharské Afriky, ta samá data o znalostech mužů pouze pro 30 zemí. Časové období je zvoleno v souladu UNSD, své statistiky uvádí pro stejné roky. Region Subsaharská Afrika odpovídá regionalizaci OSN pro potřeby Rozvojových cílů tisíciletí.

**Obrázek 5** Podíl lidí se znalostí problematiky HIV v Subsaharské Africe [%], 2008–2013



Zdroj dat: UNSD (2015), vlastní zpracování v programu ArcGIS.

Stejně jako u předchozího indikátoru je patrný rozdíl mezi muži a ženami. Téměř ve všech zemích si muži v průzkumu vedli lépe. Zajímavé však je, že ženy ve znalostech vedou ve všech zemích s nejvyšší prevalencí HIV. Lepších výsledků dosáhly v Lesothu (27 % mužů a 39 % žen se správnou znalostí), Svazijsku, Botswaně i Jihoafrické republice. Celkově nejhorší výsledky vykazuje Súdán (11 % mužů a 5 % žen odpovědělo správně), Mauritánie (6 % žen), Jižní Súdán (10 % žen) a Čad (10 % žen).

Keňa a Malawi jsou jedny z mála zemí, které měřily správnou znalost už v devadesátých letech, Keňa v roce 1993, Malawi dokonce 1991. Jen 4 % žen v Keni měly tehdy správnou znalost, dnes je to již 47 %. V Malawi má dnes 42 % žen správnou znalost o problematice HIV/AIDS, v roce 1991 to bylo jen 1 %, což je velmi nízké číslo, když uvážíme, že prevalence HIV v Malawi v tom roce dosahovala téměř 14 %.

Situace ohledně správné znalosti není zdaleka nejhorší v Subsaharské Africe, což potvrzují i průměrné hodnoty za regiony v následující tabulce.

**Tabulka 5** Podíl lidí ve věku 15–24 se znalostí problematiky HIV/AIDS [%], 2008–2013

	Ženy	Muži
Subsaharská Afrika	26,7	35,7
Jižní Asie	17,1	30,2
Jihovýchodní Asie	24,5	

Zdroj: UNSD (2014). Přeloženo z angličtiny a upraveno.



Nejhorších výsledků mezi lety 2008 a 2013 dosáhli muži v Arménii (9 %, ženy v Arménii dopadly lépe, 16 % z nich prokázalo správnou znalost), v Pákistánu (5 %) a ve státě Samoa (5 %). Ženy si v průzkumech nejhůře vedly v Afghánistánu (1,8 %), Egyptě (5 %), Iráku (6 %), Jordánsku (9 %), ve státě Samoa a Severní Koreji.

Situaci ohledně HIV na Blízkém východě a v Severní Africe<sup>16</sup> sleduje UNAIDS MENA (*Middle East and Northern Africa*). Blízký východ je regionem s nízkou prevalencí HIV, nicméně počet nových případů roste a mortalita spojená s AIDS se od roku 2001 do roku 2011 téměř zdvojnásobila (UNAIDS, 2011) Největší nárůst incidence je pozorován u rizikových skupin. V regionu celkově neprobíhá dostatek preventivních programů, což má za následek rizikové chování a nedostatek informací o HIV (UNAIDS, 2011) a také ze všech regionů nejnižší pokrytí antiretrovirální léčbou (UNSD, 2014).

Podle Burgoyne a Drummonda (2008) jsou obecně nevzdělané ženy žijící v rurálních oblastech skupinou, která je nejohroženější nedostatkem informací o onemocnění HIV/AIDS. Tabuizace diskuzí o sexu a také tradiční role žen vedou v Subsaharské Africe k nižší informovanosti o problematice HIV. Podle UNSD (2012) mají muži většinou lepší přístup k médiím a dalším zdrojům informací.

Celkově jsou znalosti o HIV na velmi špatné úrovni. Pokud se podíváme na HIV nejvíce zasaženou Subsaharskou Afriku, zjistíme, že 65 % mužů a více než 70 % žen znalosti o této problematice nemá.

## **5.4 Poměr sirotků a nesirotků mezi školáky**

Podíl sirotků ve společnosti v mnoha zemích roste. Siroteci jsou ohrožení chudobou, jelikož se o ně často jejich dospělí příbuzní nejsou schopni postarat. Siroteci tak nemají přístup k dostatečné a plnohodnotné stravě, zdravotní péči a bydlení. Často také opouští školy z důvodů diskriminace, neschopnosti platit za vzdělání, nebo protože se musí postarat o mladší sourozence (UNSD, 2012). Na celém světě ztratilo kvůli AIDS jednoho nebo oba rodiče 17,8 milionu dětí ve věku 0–17 let (UNAIDS, 2013a). Předpokládá se, že do roku 2015 toto číslo vzroste na 25 milionů (AIDS Orphan, 2013).

---

<sup>16</sup> Blízký východ a Severní Afrika zahrnují země: Alžírsko, Bahrajn, Džibutsko, Egypt, Irák, Írán, Jemen, Jižní Súdán, Jordánsko, Katar, Kuvajt, Libanon, Libye, Maroko, Palestina, Omán, Saúdská Arábie, Somálsko, Spojené arabské emiráty, Súdán, Sýrie, Tunisko

### 5.4.1 Definice

Indikátor 6.4 měří dopady epidemie AIDS na děti. Sirotek je, pro účely měření tohoto indikátoru, dítě ve věku 10–14 let, jehož oba biologičtí rodiče zemřeli. Nesirotek<sup>17</sup> je definován jako dítě, jehož oba biologičtí rodiče stále žijí a jež žije alespoň s jedním z nich. Indikátor vypočítáme vydělením míry školní docházky sirotků mírou školní docházky nesirotků. Míra školní docházky je počet dětí, které navštěvují školu, vydělený počtem všech dětí. Data jsou dostupná přibližně pro 70 zemí.

Indikátor je limitován tím, že nepočítá jen se sirotky, jejichž rodiče zemřeli na AIDS. Tento indikátor proto není přímým měřítkem vlivu AIDS na školní docházku dětí, nicméně se předpokládá, že velká část úmrtí v oblastech zasažených epidemií HIV má spojitost s AIDS (viz Tabulka 6).

### 5.4.2 Naplnění

Pokud je hodnota indikátoru rovna 1, znamená to, že školu navštěvuje stejný podíl sirotků jako nesirotků. V případě, že je indikátor nižší než 1, navštěvuje školu nižší poměr sirotků než dětí, které mají rodiče. Indikátor tedy nevyjadřuje míru školní docházky ani jedné z těchto skupin, pouze je srovnává.

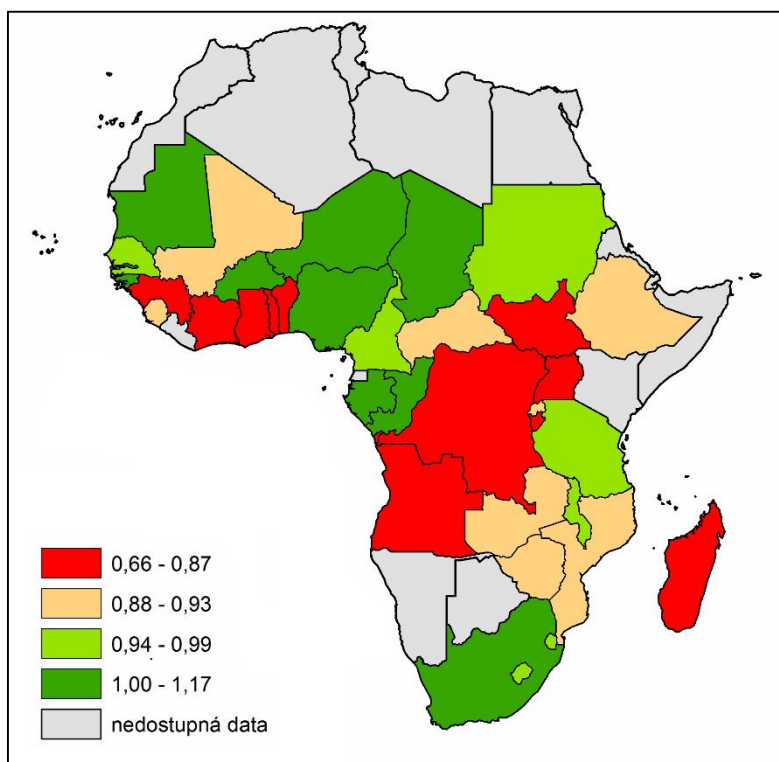
Pro tento indikátor opět nejsou dostupná data za výchozí rok 1990. Nejsou dostupná ani nová data pro země nejvíce zasažené epidemií HIV. Pro Lesotho máme poslední data z roku 2009 (hodnota 0,98), pro Botswanu naposledy za rok 2001.

Následující obrázek ukazuje situaci ohledně poměru školní docházky sirotků a nesirotků v Subsaharské Africe. Subsaharská Afrika je regionem s nejvyšší prevalencí HIV a tím pádem i nejvyšším počtem dětí, které o rodiče přišly kvůli HIV/AIDS. Pro zobrazení situace na mapě je zvoleno stejné časové období jako u předchozích indikátorů, za rok 2013 nejsou dostupná data pro žádnou zemi Subsaharské Afriky.

---

<sup>17</sup> Výraz *nesirotek* v češtině neexistuje, jde pouze o překlad anglického výrazu *non-orphan*. Tento překlad používá i Informační centrum OSN v Praze.

**Obrázek 6** Poměr sirotků a nesirotků mezi školáky ve věku 10–14 let, 2008–2012



Zdroj dat: UNSD (2015), vlastní zpracování v programu ArcGIS.

Nejvyšší hodnoty vykazuje Čad (1,17), znamená to, že míra školní docházky sirotků je vyšší než míra školní docházky dětí s rodiči. Stejná hodnota byla vypočítána i pro Guinea-Bissau a v roce 2008 pro Nigérii, v roce 2012 však poměr v Nigérii klesl na 1,0. Nejnižší hodnoty ze Subsaharské Afriky jsou pro Pobřeží slonoviny (0,66) a pro Guineu (0,71). Guinea měla v roce 1999 poměr sirotků k nesirotkům ve školách 1,13, v roce 2005 už toto číslo kleslo na 0,73, což je během pěti let poměrně velká změna.

**Tabulka 6** Počty sirotků v regionech UNICEF podle příčiny HIV/AIDS, 2012

	Počet dětí, které ztratily oba rodiče	Počet dětí, které ztratily oba rodiče kvůli HIV/AIDS	Podíl školní docházky sirotků a docházky nesirotků
Subsaharská Afrika	10 300 000	5 000 000	0,91
Blízký východ a Severní Afrika	490 000	21 000	
Jižní Asie	3 600 000	180 000	0,72
Východní Asie a Pacifik	2 000 000	110 000	
Latinská Amerika a Karibik	520 000	110 000	
CEE/CIS	410 000	57 000	
Země s nízkým a středním příjmem	17 300 000	5 500 000	

Zdroj: UNICEF (2013). Přeloženo z angličtiny.

Tabulka 6 uvádí počty sirotků a sirotků, jejichž rodiče zemřeli na AIDS v různých regionech. UNICEF používá odlišnou regionalizaci než UNSD. CEE/CIS (*Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*) zahrnuje Evropu, Rusko, Zakavkazsko a Středoasijské republiky. Také věková kategorie dětí je jiná – tabulka bere v potaz děti od narození až do 17 let, nejen školní děti ve věku 10–14 let.

Z tabulky vyplývá, že ze všech dětí, které v Subsaharské Africe přišly o oba rodiče, jich téměř polovina ztratila rodiče kvůli AIDS. Celkově je v Subsaharské Africe míra docházky sirotků rovna 91 % míry docházky nesirotků. V Jižní Asii je tento podíl ještě nižší. Tento regionální rozdíl by mohl naznačovat úspěch rozvojových intervencí zaměřených na sirotky v Subsaharské Africe. UN (2014) zdůrazňuje roli národních programů a globálního partnerství ve zlepšování dostupnosti školní docházky pro děti, které nemají rodiče.

Co se týká rozdílů mezi pohlavími, ovlivňuje ztráta rodičů školní docházku dívek i chlapců. Dívky jsou však většinou ohroženy více, je totiž větší pravděpodobnost, že opustí školu kvůli péči o mladší sourozence nebo jiné nemocné příbuzné (UNSD, 2012). Problémem školní docházky a rovnosti pohlaví se podrobněji zabývá druhý a třetí Rozvojový cíl tisíciletí<sup>18</sup>. Podle UN (2014) byly již v roce 2012 ve všech rozvojových zemích na úrovni základního školství odstraněny rozdíly mezi docházkou dívek a chlapců (popřípadě jsou země velmi blízko odstranění).

Důvodem k přerušení školní docházky nebývá přímo ztráta rodičů, většinou je problémem následný nedostatek finančních prostředků. Ohroženější jsou sirotci v zemích, kde není celková školní docházka příliš vysoká, v zemích s vysokou školní docházkou mají sirotci a nesirotky přibližně stejnou míru docházky (Akwara, 2010).

---

<sup>18</sup> Druhý cíl se zabývá zajištěním základního vzdělání pro všechny, třetí je zaměřen na prosazování rovnosti pohlaví a posilování postavení žen ve společnosti.

## 6. Naplnění 2. úkolu

Druhý úkol šestého rozvojového cíle se zabývá zvyšováním dostupnosti antiretrovirální léčby. Do roku 2010 měl být zajištěn přístup k léčbě všem, kteří ji potřebují. Jediným indikátorem zvoleným pro zhodnocení naplnění je podíl nakažených s přístupem k léčbě. Následující kapitola se zabývá geografickými rozdíly v dostupnosti léčby.

### 6.1 Podíl HIV pozitivních s přístupem k antiretrovirální léčbě

V roce 1996 byla představena antiretrovirální léčba HAART. V rozvinutých zemích během čtyř let poklesla úmrtnost na příčiny spojené s AIDS o 84 % (AVERT, 2014). Podle nejnovějších dat UNAIDS (2014a) mělo v červnu roku 2014 přístup k antiretrovirální léčbě 13,6 milionu lidí. Jak už bylo zmíněno výše, proti HIV/AIDS neexistuje vakcína ani lék, antiretrovirální léčba však dnes umožňuje nakaženým vést plnohodnotný a dlouhý život.

#### 6.1.1 Definice

Indikátor druhého úkolu je definován jako podíl všech dětí a dospělých v pokročilém stádiu infekce HIV, kteří v současnosti mají přístup k antiretrovirální léčbě. Pokročilé stádium infekce se určuje podle počtu CD4 buněk<sup>19</sup>.

Při měření naplnění tímto indikátorem se mohou vyskytnout chyby, indikátor totiž započítává i pacienty, kteří v průběhu léčby zemřeli nebo pacienty, kteří v léčbě z různých důvodů nepokračovali. Zkreslovat výsledky mohou i soukromé kliniky a firmy, které poskytují antiretrovirotika a svou činnost nevykazují do oficiálních statistik. Indikátor ani nezohledňuje kvalitu a účinnost léčby.

Zdrojem dat o pokrytí nakažených léčbou jsou nejčastěji zdravotnická zařízení, která léčbu poskytují, v některých případech i farmaceutické firmy. Za sběr dat na globální úrovni jsou zodpovědné agentury UNAIDS, UNICEF a WHO, data sbírají od roku 2003. Od té doby více než 95 % zemí podalo alespoň jednu zprávu o pokrytí antiretrovirální léčbou.

#### 6.1.2 Naplnění

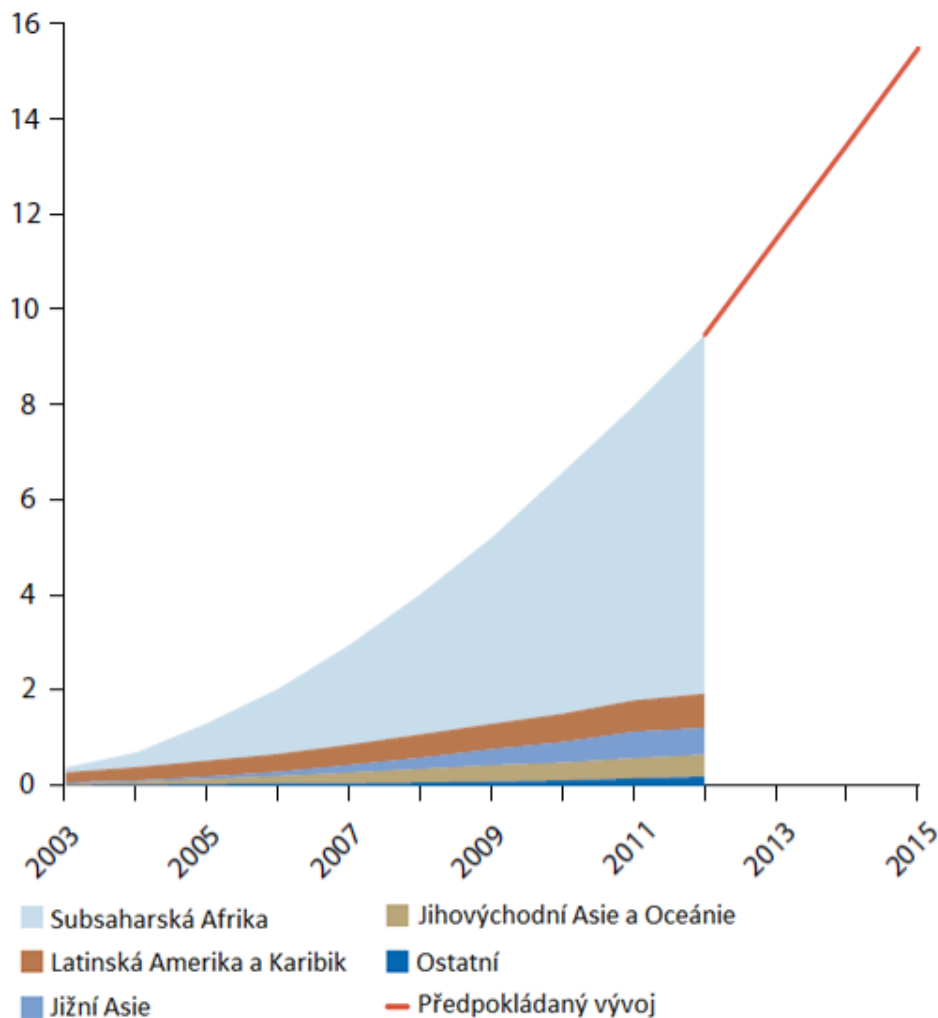
Podle UN (2014) mělo přístup k léčbě v roce 2012 pouze 30 % ze všech nakažených. Druhý úkol šestého Rozvojového cíle tisíciletí – do roku 2010 zajistit přístup k léčbě HIV/AIDS všem,

---

<sup>19</sup> Podle WHO se za pokročilé stádium infekce HIV do roku 2012 považovalo počet CD4 buněk nižší než 350 na mm<sup>3</sup>. V roce 2013 bylo vydáno doporučení nasazovat léčbu dříve – při počtu nižším než 500 buněk na mm<sup>3</sup>. Převzatá data uvedená v této práci jsou všechna vypočítána podle první definice pokročilého stádia HIV.

kteří to potřebují – tedy naplněn nebyl. Dostupnost antiretrovirální léčby však roste a pokud se podaří tento trend udržet, mohl by být naplněn cíl stanovený na speciálním summitu OSN o HIV/AIDS v červnu 2011 – rozšířit dostupnost antiretrovirální léčby na 15 milionů nakažených do roku 2015 (Lékaři bez hranic, 2011).

**Graf 1** Počet lidí s přístupem k antiretrovirální léčbě v milionech, 2003–2015



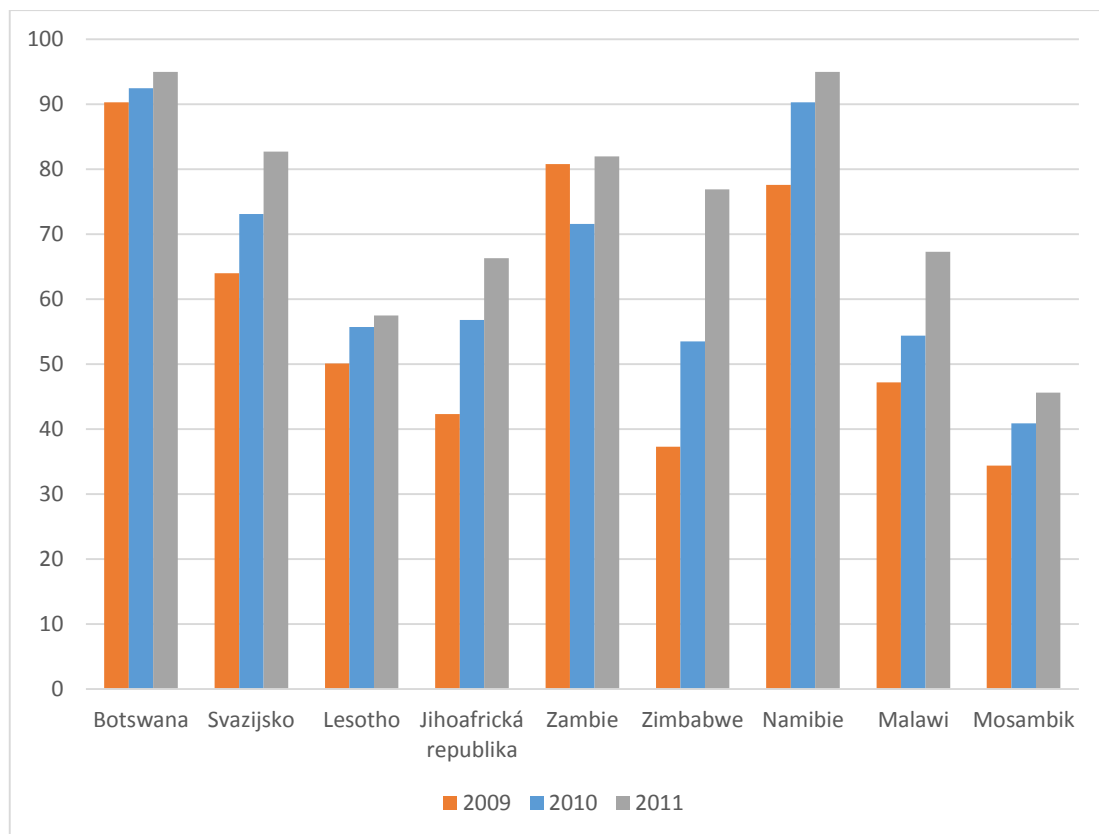
Zdroj: UN (2014). Přeloženo z angličtiny.

Analýza počtu lidí s přístupem k antiretrovirální léčbě je obzvlášť složitá a to z důvodu různých metodik pro hodnocení dat. Například WHO (2014) uvádí, že přístup k ARV mělo v roce 2013 11,6 milionu nakažených. UNAIDS (2014b) ve zprávě *Gap report* uvádí, že přístup k léčbě mělo ve stejný rok 12,9 milionu lidí. Za poslední roky se několikrát změnilы pokyny pro měření a vykazování dat, změnilo se také doporučení WHO týkající se nasazování léčby. Léčba má být nyní podávána všem nakaženým dříve a těhotným ženám, malým dětem a lidem s tuberkulózou nebo hepatitidou B bezodkladně (UN, 2014). Podle těchto nových doporučení vzrostl počet lidí, kteří by měli být léčeni, z 15,4 milionu na 27,5 milionu.

Rozdíly v podílu populace s přístupem k léčbě vypočítané různými organizacemi komplikuje ještě problematická definice pokročilého stádia HIV. UNAIDS (2015) pro měření pokroků v rozšiřování dostupnosti léčby proto indikátor počítá jako podíl lidí s přístupem k léčbě ze všech nakažených, nejen z lidí v pokročilém stádiu nemoci. To by mělo zabránit nesrovnalostem mezi daty vykázanými různými zeměmi podle různých pravidel a různých definic *pokročilého stádia*.

Kromě problémů s nejednotností dat je limitem také nedostupnost starších dat. UNSD uvádí hromadně data jen pro roky 2009, 2010 a 2011, nová data budou zveřejněna až v průběhu roku 2015. I při porovnávání dat z těchto tří let je možné pozorovat téměř ve všech zemích významné pokroky. Následující graf znázorňuje situaci v deseti zemích Subsaharské Afriky, které mají v současnosti nejvyšší prevalenci HIV.

**Graf 2** Podíl HIV pozitivních s přístupem k léčbě ve vybraných zemích [%], 2009–2010



Zdroj dat: UNSD (2015), vlastní zpracování.

Mezi dostupností léčby v zemích se současnou nejvyšší prevalencí HIV (Svazijsko, Lesotho, Botswana a Jihoafrická republika) jsou velké rozdíly. Svazijsko mezi měřenými roky vykazovalo růst z 64 % na 83 %, Lesotho z 50 % na 58 %. V Botswaně mělo v roce 2009 přístup

k léčbě 90 % nakažených v pokročilém stadiu, v roce 2011 nad 95 %<sup>20</sup>. Vláda Botswany se už v roce 2001 zavázala zajistit antiretrovirální léčbu všem, kteří ji potřebují (Wester et al., 2005). Jihoafrická Afrika také v poskytování léčby pokročila, v roce 2009 mělo přístup k léčbě 42 % nakažených, kteří léčbu potřebují, o dva roky později 66 %.

Kromě samostatných dat pro jednotlivé země jsou dostupná novější data z roku 2012 pro regiony OSN. Podle srovnání s těmito regiony (viz Tabulka 7) si epidemií nejpostiženější státy v Subsaharské Africe (viz Graf 2) vedly ve zlepšování dostupnosti léčby velmi dobře.

**Tabulka 7** Dostupnost antiretrovirální léčby v regionech OSN v letech 2010 a 2012, [%]

	2010	2012
Svět	47	64
Rozvojové země	46	61
Severní Afrika	31	42
Subsaharská Afrika	46	63
Latinská Amerika a Karibik	60	75
Východní Asie	29	46
Jižní Asie	39	48
Jihovýchodní Asie a Oceánie	49	56
Západní Asie	31	37
Kavkaz a Střední Asie	22	39

Zdroj: UNSD (2014). Přeloženo z angličtiny a upraveno.

Region Svět v tabulce zahrnuje jen země s nízkým nebo středním příjmem (podle Světové banky). Ve všech regionech se daří dostupnost léčby zlepšovat.

Přes „neúspěch“ v naplnění šestého cíle zachránila antiretrovirální léčba mezi lety 1995 a 2012 6,6 milionu životů, z toho 5,4 milionu v rozvojových zemích (UN, 2014), což lze považovat za velký úspěch rozvojových intervencí. V roce 2005 zemřelo na příčiny spojené s AIDS 2,3 milionu lidí, v roce 2012 to bylo 1,6 milionu lidí (UNAIDS, 2013a).

Co se týká rozdílu naplnění u mužů a žen, nejsou ženy znevýhodněny. Podle analýzy dat 109 zemí z roku 2010 tvořily ženy 58 % všech dospělých, kteří měli přístup k antiretrovirální léčbě. Ze všech lidí nakažených HIV přitom tvořily ženy „pouze“ 53 % (UNSD, 2012).

Velkým omezením dostupnosti léčby je její finanční nákladnost. Cena roční léčby jednoho pacienta byla v devadesátých letech kolem 10 tisíc USD (UNAIDS, 2013a).

<sup>20</sup> UNSD u zemí, jež mají pokrytí antiretrovirální léčbou nad 95 % neuvádí přesnou hodnotu.



Pouze 2 % nakažených v rozvojových zemích mělo k léčbě přístup (WHO, 2002). Na počátku 21. století začaly farmaceutické firmy sídlící v Indii vyrábět generická antiretrovirotika, což vedlo k cenové válce s ostatními farmaceutickými společnostmi a stlačilo cenu až na 295 amerických dolarů v polovině roku 2001 (AVERT, 2014). Velkou zásluhu na snížení cen mají také vlády rozvojových zemí, aktivisti a neziskové organizace. V roce 2013 byla cena léčby na jednoho pacienta na rok mezi 115 a 330 americkými dolary (AVERT, 2014). Nejvíce generických léčiv se v současnosti vyrábí v Indii, Brazílii, Thajsku a Jihoafrické republice.

Kromě vysoké ceny jsou problémem antiretrovirotik, který pociťují především pacienti v rozvojových zemích, vedlejší účinky léčby. Aby byly minimalizovány, musí mít pacient dostatek jídla a celkově zdravý životní styl. Pokud pacienti dostatek jídla nemají, trpí nevolnostmi a velmi často přeruší léčbu. Následný návrat k léčbě je obtížný z důvodu možné mutace viru a následné rezistence vůči léčbě (Rozvojovka, 2011).

Lidé v Subsaharské Africe mají i jiné důvody k přerušení léčby. Rosen, Fox a Gill (2007) analyzovali výsledky programů na zvýšení dostupnosti antiretrovirální léčby v Subsaharské Africe. Do svého průzkumu zahrnuli data o více než 70 tisících pacientech. Závěrem jejich studie je, že po půl roce od zahájení v léčbě pokračuje pouze 80 % pacientů. Hlavními důvody pro přerušení jsou podle Millera (et al., 2010) náklady na dopravu na kliniky, časová náročnost a cena léčby (v zemích, ve kterých není poskytována zdarma).

Celkově se daří rozšiřovat léčbu poměrně rychle, existují však velké rozdíly mezi regiony i mezi epidemií nejpostiženějšími zeměmi v Subsaharské Africe. Tempo zlepšování dostupnosti léčby sice nestačilo k naplnění Rozvojových cílů tisíciletí, nicméně pokud se podaří trend udržet, bude dosaženo cíle UNAIDS – do roku 2015 zajistit léčbu pro 15 milionů HIV pozitivních.

## Závěr

Hlavním cílem této práce bylo analyzovat plnění šestého Rozvojového cíle tisíciletí – boj proti HIV/AIDS, malárii a dalším nemocem. HIV/AIDS je největším světovým problémem v oblasti zdraví, v současnosti je na světě přibližně 35 milionů HIV pozitivních lidí, převážná většina z nich v Subsaharské Africe. V nejpostiženějších zemích je více než pětina obyvatel HIV pozitivních, což má rozsáhlé socioekonomické důsledky.

Program Rozvojové cíle tisíciletí ukázal, jak důležitá mohou být kvalitní data pro správné zamíření rozvojových intervencí. Díky celosvětovému zájmu, který program MDGs od počátku provázel, bylo zapotřebí rozvíjet a vylepšovat statistické systémy. Byla založena speciální skupina odborníků z různých agentur OSN, národních statistických úřadů, organizací zabývajících se hodnocením rozvojových programů a dalších expertů. Vytvoření této skupiny vedlo ke zlepšení monitorování a ke zlepšení sběru a analýze dat na národní i mezinárodní úrovni.

Zdravotnická data jsou však stále dostupná jen ve velmi omezené míře. Pro většinu indikátorů zvolených k hodnocení naplnění šestého Rozvojového cíle tisíciletí nejsou v databázi UNSD data za výchozí rok 1990. Pro mnoho zemí je dostupný jen jeden údaj za celé trvání projektu, což znemožňuje analýzu pokroku v plnění stanovených cílů.

Hlavní část této práce – analýza geografických rozdílů v plnění šestého cíle – je založena na hodnocení situace pomocí stanovených indikátorů. Těmito indikátory jsou prevalence HIV, používání kondomu při rizikovém sexu, správná znalost problematiky HIV/AIDS a poměr sirotků a nesírotků mezi školáky. Pro druhý úkol je jako indikátor stanoven podíl lidí s přístupem k antiretrovirální léčbě.

Prevalence HIV v populaci ve věku 15 až 49 let je jediným indikátorem šestého cíle, pro který jsou dostupná data za celé trvání programu. Jediná země, pro kterou v Subsaharské Africe data chybí, je Rovnická Guinea. Při porovnání dat o prevalenci HIV pro rok 1990 s daty pro rok 2013 bylo zjištěno, že úkol zastavit a zvrátit šíření HIV byl naplněn pouze ve čtrnácti zemích. Čtyři z těchto zemí se nachází v regionu Latinská Amerika a Karibik, zbylých deset jsou státy Subsaharské Afriky. Dalších 20 sledovaných zemí udrželo prevalenci HIV pod úrovní 0,1 %. Počet nových případů infekce HIV celosvětově klesá, což však neplatí pro regiony Západní Asie a Severní Afrika. I přes tento pokles v počtu nakažených je celosvětová incidence HIV stále velmi vysoká, v roce 2012 se nakazilo 2,3 milionu lidí.

Indikátory 6.2 a 6.3 sledují změny v chování. Podle nejnovějších dat celkově roste podíl lidí používajících kondom při rizikovém sexu. V Subsaharské Africe však používání kondomu stále není rozšířeno, mezi lety 2008 a 2013 uvedlo jen 37 % žen a 57 % mužů, že při posledním rizikovém pohlavním styku kondom použili. Ještě nižší je tento podíl v Jižní Asii. Dobrou zprávou však je, že v zemích s nejvyšší prevalencí HIV vykazuje používání kondomu vysoký podíl lidí, například v Botswaně 82 % žen a 92 % mužů. Používání kondomu přímo souvisí s dalším indikátorem, který sleduje podíl lidí se správnou a podrobnou znalostí problematiky HIV/AIDS. Celkově má v Subsaharské Africe správnou a podrobnou znalost problematiky HIV/AIDS pouze 27 % žen a 36 % mužů. Lidé v Jižní a Jihovýchodní Asii dopadli stejně jako u předchozího indikátoru ještě hůře. Zajímavé je, že ve čtyřech zemích s nejvyšší prevalencí HIV na světě (Svazijsko, Lesotho, Jihoafrická republika a Botswana) dopadly ženy v porovnání s muži lépe.

Poslední indikátor prvního úkolu se zabývá vlivem HIV/AIDS na školní docházku dětí. Na celém světě ztratilo kvůli AIDS alespoň jednoho rodiče 17,8 milionu dětí. Indikátor srovnává míru školní docházky sirotků a nesirotků. Deset zemí Subsaharské Afriky, pro které jsou dostupná data, vykazuje vyšší míru školní docházky sirotků než dětí, které mají rodiče. Celkově je však v Subsaharské Africe míra školní docházky sirotků rovna 91 % míry školní docházky nesirotků, v Jižní Asii jen 72 %.

Ve třech indikátorech dopadla Jižní Asie hůře než Subsaharská Afrika. Incidence HIV v Jižní Asii sice mezi lety 2001 a 2012 klesla z hodnoty 0,03 na 0,02, v regionu však chybí preventivní programy, lidé nemají znalosti o HIV a nechrání se při rizikovém pohlavním styku. Je potřeba v regionu zavádět preventivní programy, detabuizovat onemocnění a odstraňovat nejčastější mýty spojené s AIDS.

Cílem druhého analyzovaného úkolu je zajistit antiretrovirální léčbu pro všechny, kdo ji potřebují. Naplnění cíle bylo stanoveno do roku 2010, to se bohužel nepodařilo naplnit. Podle hodnotící zprávy o naplnění MDGs mělo v roce 2012 přístup k léčbě pouze 30 % ze všech nakažených. Mezi zeměmi s nejvyšší prevalencí HIV jsou velké rozdíly v pokrytí léčbou, co se týká regionálních výsledků, nejhorší dostupnost léčby mají nakažení v Západní Asii. Dobrou zprávou je, ženy nejsou v dostupnosti antiretrovirální léčby znevýhodněny. Podle údajů OSN se mezi lety 1995 a 2012 podařilo díky antiretrovirální léčbě zachránit 6,6 milionu životů, což lze rozhodně považovat za velký úspěch. Boj proti HIV/AIDS je příkladem, jak může zafungovat spojení vědeckého výzkumu a politické vůle.

V roce 2014 si UNAIDS stanovil nové velmi ambiciózní cíle. Ve zprávě *Fast-Track – Ending the AIDS epidemic by 2030*<sup>21</sup>, jsou shrnuty dosavadní výsledky boje proti HIV/AIDS. Zpráva se zabývá postupem, kterým by mohlo být dosaženo ukončení epidemie AIDS do roku 2030. Využit se snaží poznatky nashromážděné za poslední desetiletí. Aby byla epidemie AIDS zastavena, musí podle této zprávy klesnout incidence HIV do roku 2030 o 90 %.

Námětem pro další práci by mohla být hlubší analýza příčin a důsledků nerovnoměrného naplnění Rozvojových cílů tisíciletí v různých regionech a zemích, na kterou nebyl v této práci prostor. Podrobnější prozkoumání by si jistě zasloužil také vliv preventivních programů v Subsaharské Africe na změny v rizikovém chování a na pokroky v podílu lidí se správnou znalostí problematiky HIV. Podobné výzkumy jsou důležité z hlediska správného míření preventivních programů, které mohou do budoucna přispět k zastavení šíření epidemie HIV/AIDS.

---

<sup>21</sup> Rychlá cesta – Konec epidemie AIDS do roku 2030

# Seznam použitých zdrojů

## Tištěné zdroje

Akwara, P. A., Noubary, B., Lim Ah Ken, P., Johnson, K., Yates, R., Winfrey, W., Chewe, L. 2010. Who is the vulnerable child? Using survey data to identify children at risk in the era of HIV and AIDS. *AIDS Care* 22 (9), 1066–1085.

Attaran, A. 2005. An Immeasurable Crisis? A Criticism of the Millennium Development Goals and Why They Cannot Be Measured. *PLoS Medicine* 2 (10), 955–961.

Burgoyne, A. D., Drummond, P. D. 2008. Knowledge of HIV and AIDS in women in sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health* 12 (2).

Crush, J. (ed.) 2006. *The Brain Drain of Health Professionals from Sub-Saharan Africa to Canada*. Cape Town: Idasa Publishing.

ČSAP. 2015. Oddalování léčby zvyšuje riziko AIDS. *POZITIVNĚ!* 9. Praha: Česká společnost AIDS pomoc.

Easterly, W. 2009. How the Millennium Development Goals Are Unfair to Africa. *World Development* 37 (1), 26–35.

Fehling, M., Nelson, B. D., Venkatapuram, S. 2013. Limitations of the Millennium Development Goals: a literature review. *Global Public Health* 8 (10), 1109–1122.

Fukuda-Parr, S. 2013. *Global Development Goal setting as a policy tool for global governance: intended and unintended consequences*. Brasilia: International Policy Center for Inclusive Growth.

Hulme. 2009. *The Millennium Development Goals (MDGs): A Short History of the World's Biggest Promise*. Manchester: Brooks World Poverty Institute.

Chin. 2006. *The AIDS pandemic: the collision of epidemiology with political correctness*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Jackson, P. 2007. A Prehistory of the Millennium Development Goals: Four Decades of Struggle for Development in the United Nations. *UN Chronicles* 44 (4).

- Jeníček, V., Foltýn, J. *Globální problémy světa v ekonomických souvislostech*. Praha: C. H. Beck. 36–37.
- Krylová, L., Strnadová, L. 2011. Rozvojové cíle tisíciletí. In Dušková, L., Harmáček, J., Krylová, P., Opršal, Z., Syrovátka, M., Šafaříková, S., a kol. *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Katedra rozvojových studií.
- Lebeda, P. (ed.) 2014. *CESTA K CELISTVOSTI A SEBEVĚDOMÉ ČESKO: Příležitosti nejen pro ekologické a rozvojové organizace po roce 2015*. Praha: Zelený kruh.
- Mash, R., Mash, B., de Villiers, P. 2010. ‘Why don’t you just use a condom?’: Understanding the motivational tensions in the minds of South African women. *African Journal Of Primary Health Care & Family Medicine* 2 (1).
- McArthur, J. W. 2014. The Origins of the Millennium Development Goals. *SAIS Review* 34 (2), 5–24.
- Miller, C. M., Ketlhapile, M., Rybasack-Smith, H., Rosen, S. 2010. Why are antiretroviral treatment patients lost to follow-up? A qualitative study from South Africa. *Tropical Medicine & International Health* 15 (s1), 48–54.
- Navrátilová, A., Šafaříková, S. 2011. HIV/AIDS. In Dušková, L., Harmáček, J., Krylová, P., Opršal, Z., Syrovátka, M., Šafaříková, S., a kol. *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Katedra rozvojových studií.
- Pisani, E. 2011. HIV – Instant Expert 15. *New Scientist* 211 (2828), ii–viii.
- Potůček, M., Mašková, M., Barták, M., Hák, T., Halaxa, P., Háva, P., Kalous, J., Kotýnková, M. 2004. *Rozvojové cíle tisíciletí: cesta ke snižování chudoby a sociálního vyloučení*. Bratislava: United Nations Development Programme.
- Robles, A., Goldman N. 1999. Can accurate data on birthweight be obtained from health interview surveys? *International Journal of Epidemiology* 28 (5), 925–931.
- Rosen S, Fox MP, Gill CJ (2007) Patient Retention in Antiretroviral Therapy Programs in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *PLoS Medicine* 4 (10).
- Strnisková, D. 2014. *Úvod do problematiky HIV/AIDS* (1. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Tožička, T. (ed.) 2013. *Od nenaplněných plánů k novým cílům*. Praha: Educon.
- UN. 2013. *The Millennium Development Goals Report 2013*. New York: United Nations.
- UN. 2014. *The Millennium Development Goals Report 2014*. New York: United Nations.
- UNAIDS. 2011. *Middle East and North Africa Report on AIDS*. Káhira: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. 2013a. *AIDS by the numbers*. Ženeva: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. 2013b. *HIV in Asia and the Pacific*. Ženeva: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. 2014a. *Fast track: Ending the AIDS epidemic by 2030*. Ženeva: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. 2014b. *Gap report*. Ženeva: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. 2015. *Global AIDS Response Progress Reporting 2015*. Ženeva: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNICEF. 2013. *Towards an AIDS-Free Generation – Children and AIDS: Sixth Stocktaking Report*. New York: United Nations Children's Fund.
- Vandemoortele, J. 2007. The MDGs: 'M' for misunderstood? *WIDER Angle* 1, June. World Institute for Development Economics Research: Helsinki.
- Wester, C. W., Bussmann, H., Avalos, A., Ndwapi, N., Gaolathe, T., Cardiello, P., Bussmann, C., Moffat, H., Mazonde, P., Marlink, R. G. 2005. Establishment of a Public Antiretroviral Treatment Clinic for Adults in Urban Botswana: Lessons Learned. *Clinical Infectious Diseases* 40 (7), 1041–1044.
- Whiteside, A. 2002. Poverty and HIV/AIDS in Africa. *Third World Quarterly* 23 (2), 313–332.
- WHO. 2002. *Coverage of selected health services for HIV/AIDS prevention and care in less developed countries in 2001*. Ženeva: World Health Organization.

WHO. 2008. Uganda edges closer to AIDS treatment for all. *Bulletin of the World Health Organization* 86 (6), 417–496.

WHO. 2013. *Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities*. Ženeva: World Health Organization.

## Internetové zdroje

Agha, S., Kusanthan, T., Longfield, K., Klein, M., Berman, J. 2002. Reasons for Non-use of Condoms in Eight Countries in sub-Saharan Africa. *USAID*.

[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADG328.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADG328.pdf). [15-3-2015]

AIDS Orphan. 2013. HIV and AIDS. *Aids Orphan*. <http://www.aidsorphan.net/hiv-and-aids/>. [15-3-2015]

AIDS.gov. 2013. Stages of HIV. U.S. Department of Health & Human Services.

<https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/just-diagnosed-with-hiv-aids/hiv-in-your-body/stages-of-hiv/>. [19-2-2015]

AVERT. 2014. Antiretroviral Drug Prices. *AVERT*. <http://www.avert.org/antiretroviral-drug-prices.htm>. [27-3-2015]

AVERT. 2015. Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV. *AVERT*.

[http://www.avert.org/prevention-mother-child-transmission-pmtct-hiv.htm#footnote4\\_o2j46od](http://www.avert.org/prevention-mother-child-transmission-pmtct-hiv.htm#footnote4_o2j46od). [19-2-2015]

Cassidy, M. 2014. Assessing Gaps in Indicator Availability and Coverage. *Sustainable Development Solutions Network*. <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/07/Assessing-Gaps-in-Indicator-Availability-and-Coverage.pdf>. [26-3-2015]

Clemens, M., Moss, T. 2005. What's wrong with the Millennium Development Goals? *CGD Brief*. [http://www.cgdev.org/files/3940\\_file\\_WWMGD.pdf](http://www.cgdev.org/files/3940_file_WWMGD.pdf). [27-1-2015]

ČSAP. 2014a. Co je HIV? *Česká společnost AIDS pomoc*. <http://www.hiv-prevence.cz/co-je-hiv.html>. [4-2-2015]

ČSAP. 2014b. Příznaky a stádia HIV infekce. *Česká společnost AIDS pomoc*. <http://www.hiv-prevence.cz/priznaky-a-stadia-hiv-infekce.html>. [4-2-2015]



- David, P., Haberlen, S. 2005. 10 best resources for ... measuring population health. *Health Policy Plan* 20, 260-263. <http://heapol.oxfordjournals.org/content/20/4/260.full>. [25-1-2015]
- DESA. 2014. Millennium Development Goals: 2014 Progress Chart. *Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations*.  
[http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20Progress%20Chart\\_English.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20Progress%20Chart_English.pdf). [20-3-2015]
- Easterly, W. 2010. Was Africa set up to fail on the Millennium Development Goals? *Aid Watch*. <http://aidwatchers.com/2010/06/was-africa-set-up-to-fail-on-the-millennium-development-goals/>. [26-1-2015]
- Filipovic, J. 2013. JEFFREY SACHS: ON THE MDGS, THE CYNICS LOST. *UN DISPATCH*. <http://www.undispatch.com/jeffrey-sachs-on-the-mdgs-the-cynics-lost/>. [28-1-2015]
- FoRS. 2012. Rozvojové cíle tisíciletí – MDGs. *České fórum pro rozvojovou spolupráci*.  
<http://www.fors.cz/rozvojova-spoluprace/evropska-politika/rozvojove-cile-tisicileti-mdgs/#.VMd43f15N0w>. [27-1-2015]
- Geldsetzer, P., Bloom, D. E., Humair, S., Bärnighausen, T. Benefits and Costs of the HIV/AIDS Targets for the Post-2015 Development Agenda. *Copenhagen Consensus Center*.  
[http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/health\\_perspective\\_-\\_geldsetzer\\_-\\_hiv.pdf](http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/health_perspective_-_geldsetzer_-_hiv.pdf). [26-3-2015]
- GFATM. 2014. Global Fund Results Factsheet. *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. [http://www.theglobalfund.org/documents/results/Results\\_2014-12-01\\_Factsheet\\_en/](http://www.theglobalfund.org/documents/results/Results_2014-12-01_Factsheet_en/). [13-2-2015]
- Hronová, T. 2015. V Senegalu žádají o porodní certifikát smskou. *Rozvojovka*.  
<http://www.rozvojovka.cz/clanky/1594-v-senegaluzadaji-o-porodni-certifikat-smskou.htm>. [25-2-2015]
- Chia, L. 2007. Linking Health and Economic Development: HIV/AIDS Prevalence as an Indicator of Economic Growth. *Penn McNair Research Journal*.  
[http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=mcnair\\_scholars](http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=mcnair_scholars). [28-3-2015]

IAS. 2014. Factsheet HIV and AIDS in Asia and the Pacific. *International AIDS Society*.  
[http://www.aids2014.org/webcontent/file/AIDS2014\\_Fact\\_sheet\\_Asia\\_Pacific.pdf](http://www.aids2014.org/webcontent/file/AIDS2014_Fact_sheet_Asia_Pacific.pdf).

[28-3-2015]

Lékaři bez hranic. 2011. Summit OSN k HIV/AIDS se shodl: 15 milionů lidí má mít do roku 2015 přístup k léčbě. *Lékaři bez hranic v ČR*. <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz/aktuality/2011/access/15-milionu-lidi-ma-mit-do-roku-2015-pristup-k-lecbe>.

[7-2-2015]

McArthur, J. W. 2013. Own the Goals: What the Millennium Development Goals Have Accomplished. *The Brookings Institution*.

<http://www.brookings.edu/research/articles/2013/02/21-millennium-dev-goals-mcarthur>.

[13-2-2015]

Mendoza, A. 2004. XIII. RELEVANCE OF POPULATION ASPECTS FOR THE ACHIEVEMENT OF MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS 6 AND 3: COMBATTING THE SPREAD OF HIV/AIDS. *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*.

[http://www.un.org/esa/population/publications/PopAspectsMDG/12\\_UNAIDS.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/PopAspectsMDG/12_UNAIDS.pdf).

[20-3-2015]

Novotná, P. 2014. Nemoc AIDS se podle vědců začala šířit z Konga v roce 1920. *Český rozhlas*. <http://www.rozhlas.cz/zpravy/veda/zprava/1404117>. [5-2-2015]

Parkhurst, J. O. 2010. Understanding the correlations between wealth, poverty and human immunodeficiency virus infection in African countries. *Bulletin of the World Health Organization*.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-070185/en/>. [28-3-2015]

Peeters, M. A. 2010. The Millennium Development Goals: Introduction and historical proces. *Institute for Intercultural Dialogue Dynamics*.

<http://www.dialoguedynamics.com/content/learning-forum/seminars/the-millennium-development-goals/the-millennium-development-goals/the-millennium-development-goals-69/article/the-millennium-development-goals?lang=en>. [26-3-2015]

Pisani, E. 2010. One HIV test, but two results. *The Guardian*.

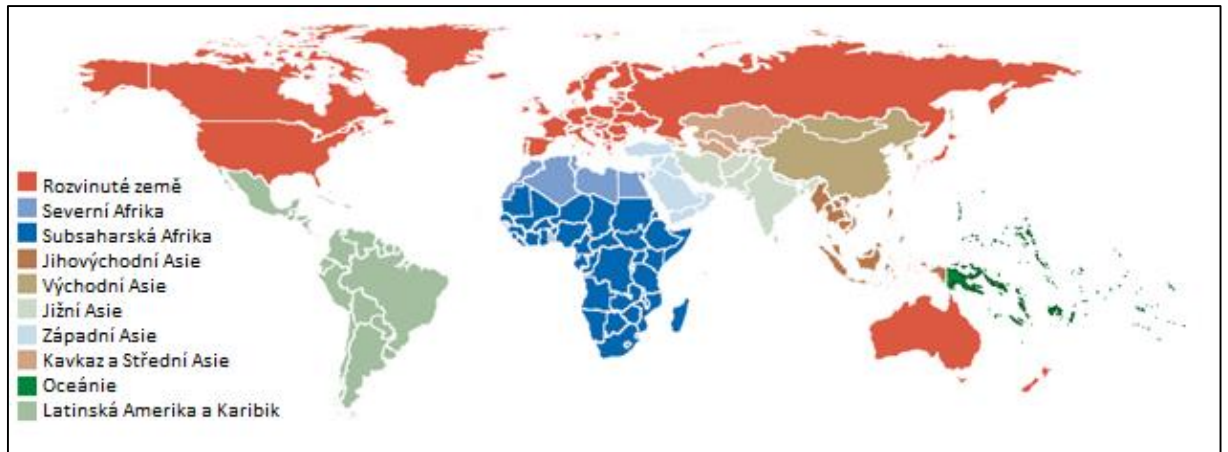
<http://www.theguardian.com/commentisfree/2010/feb/22/the-drugs-wont-work>. [11-3-2015]

- Rozvojovka. 2011. HIV/AIDS a rozvojový svět. *Člověk v tísní*.  
[http://www.rozvojovka.cz/download/docs/9\\_hiv-aids-a-rozvojovy-svet.pdf](http://www.rozvojovka.cz/download/docs/9_hiv-aids-a-rozvojovy-svet.pdf). [6-3-2015]
- Sidibé, M. 2014. The courage to reflect, question and commit. *Fourth Conference on HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia, Moscow*.  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20140512\\_SP\\_EXD\\_Moscow\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140512_SP_EXD_Moscow_en_0.pdf)  
[24-3-2015]
- Stojanov, R. 2011. Rozvojové cíle tisíciletí. *Rozvojovka*.  
<http://www.rozvojovka.cz/rozvojove-cile-tisicileti>. [29-2-2015]
- SZÚ. 2011. Co je infekce HIV a onemocnění AIDS? *Národní program boje proti AIDS v České republice*. <http://www.aids-hiv.cz/aids/oaid.html>. [14-2-2015]
- SZÚ. 2014. Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2014. *Státní zdravotní ústav*.  
<http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2014>.  
[27-3-2015]
- UN System Task Team. 2013. Statistics and indicators for the post-2015 development agenda: Open Working Group. *UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda*.  
[http://www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam\\_undf/untt-owg-se-summary.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam_undf/untt-owg-se-summary.pdf).  
[27-1-2015]
- UN. 2001. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. *United Nations General Assembly*.  
<http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf>. [28-3-2015]
- UNAIDS. 2012. Regional Factsheet 2012: Eastern Europe and Central Asia. *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*.  
[https://www.renovabis.de/sites/default/files/upload/2012\\_fs\\_regional\\_ecca\\_en.pdf](https://www.renovabis.de/sites/default/files/upload/2012_fs_regional_ecca_en.pdf).  
[29-3-2015]
- UNdata. 2015. Per capita GDP at current prices - US dollars. *United Nations Statistics Division*.  
<https://data.un.org/Data.aspx?q=GDP+per+capita&d=SNAAMA&f=grID%3a101%3bcurrID%3aUSD%3bpcFlag%3a1>. [28-3-2015]
- UNDG. 2001. Reporting on the Millennium Development Goals at the Country Level. *United Nations Development Group*. <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/milenio/desMDG.pdf>.  
[14-2-2015]

- UNIC Praha. 2008. Oficiální seznam indikátorů MDGs. *Informační centrum OSN v Praze*. <http://www.osn.cz/soubory/officiallist2008-cze.pdf>. [23-1-2015]
- UNSD. 2008. Official list of MDGs indicators. *United Nations Statistics Division*. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=indicators/officiallist.htm>. [28-3-2015]
- UNSD. 2012. Official list of MDG indicators. *United Nations Statistics Division*. <http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx>. [23-1-2015]
- UNSD. 2013. Millennium Development Goals Indicators. Metadata. *United Nations Statistics Division*. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Metadata.aspx>. [12-3-2015]
- UNSD. 2014. Statistical Annex: Millennium Development Goals, Targets and Indicators. *United Nations Statistics Division*. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/Trends.htm>. [3-3-2015]
- UNSD. 2015. Millennium Development Goals Indicators. *United Nations Statistics Division*. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. [24-2-2015]
- UNSTATS. 2005. Household Sample Surveys in Developing and Transition Countries. *United Nations Statistics Division*. <http://unstats.un.org/unsd/hhsurveys/>. [25-1-2015]
- ÚOCHB AV ČR. 2014. Antonín Holý. *Ústav organické chemie a biochemie Akademie věd ČR*. <http://www.uochb.cz/web/structure/698.html?lang=cz>. [7-2-2015]
- WB. 2010. Extreme poverty rates continue to fall. *World Bank*. <http://data.worldbank.org/news/extreme-poverty-rates-continue-to-fall>. [19-2-2015]
- WHO. 2014. HIV/AIDS, Fact sheet N°360. *World Health Organization*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>. [4-2-2015]
- WHO. 2015. WHO regional offices. *World Health Organization*. <http://www.who.int/about/regions/en/>. [11-3-2015]

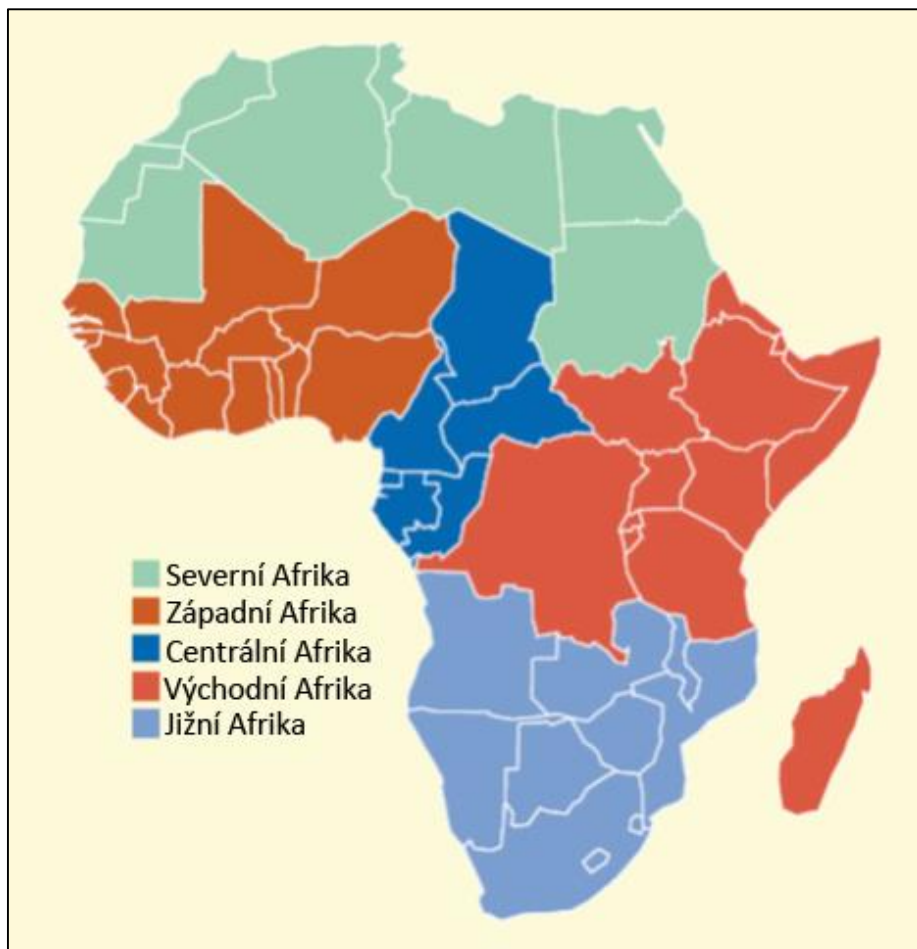
# Přílohy

## Příloha A Kategorizace regionů podle OSN



Zdroj: UN (2014). Přeloženo z angličtiny.

## Příloha B Kategorizace regionů podle OSN: subregiony Afriky



Zdroj: UN (2014). Přeloženo z angličtiny.

## Příloha C Rozvojové cíle tisíciletí, úkoly a indikátory plnění

ROZVOJOVÉ CÍLE TISÍCLETÍ (MDGs)	
CÍLE A ÚKOLY	UKAZATELE PLNĚNÍ
<b>Cíl 1: Odstranit extrémní chudobu a hlad</b>	
Úkol 1.A: Do roku 2015 snížit na polovinu počet lidí s příjmem nižším než jeden americký dolar (USD) (oproti roku 1990)	1.1 Podíl populace pod hranicí 1 USD na den 1.2 <i>Poverty gap ratio</i> <sup>1</sup> 1.3 Podíl nejchudších domácností na spotřebě
Úkol 1.B: Dosáhnout plné a produktivní zaměstnanosti a přiměřené práce pro všechny, včetně žen a mladých lidí	1.4 Tempo růstu HDP k počtu zaměstnaných osob 1.5 Poměr zaměstnaných v populaci 1.6 Podíl zaměstnaných lidí s příjmy nižšími než jeden USD na den 1.7 Podíl samoživitelů a pomocníků v domácnosti na celkové zaměstnanosti
Úkol 1.C: Do roku 2015 snížit na polovinu podíl lidí trpících hladem (oproti roku 1990)	1.8 Výskyt podvyživených dětí ve věku do pěti let 1.9 Podíl populace s příjmem potravy pod hranicí energetického výživového minima
<b>Cíl 2: Zajistit základní vzdělání pro všechny</b>	
Úkol 2.A: Zajistit, aby do roku 2015 všechny děti – dívky i chlapci – byly schopné absolvovat základní školu v plném rozsahu	2.1 Podíl dětí navštěvujících základní školu 2.2 Podíl žáků první třídy, kteří se dostanou do závěrečného ročníku základní školy 2.3 Podíl gramotnosti u 15 – 24 letých
<b>Cíl 3: Prosazování rovnosti pohlaví a posilování postavení žen</b>	
Úkol 3.A: Odstranit nepoměr mezi chlapci a dívkami na prvním a druhém stupni základního vzdělávání pokud možno do roku 2005 a do roku 2015 na všech úrovních vzdělávání	3.1 Poměr dívek a chlapců na prvním až třetím stupni vzdělávání 3.2 Podíl žen na placených pracovních pozicích mimo sektor zemědělství 3.3 Podíl zastoupení žen v národních parlamentech
<b>Cíl 4: Snížit dětskou úmrtnost</b>	
Úkol 4.A: V letech 1990 až 2015 snížit o dvě třetiny počet úmrtí dětí do věku pěti let	4.1 Míra úmrtnosti dětí do pěti let 4.2 Míra novorozenecké úmrtnosti 4.3 Podíl ročních dětí očkovaných proti spalničkám
<b>Cíl 5: Zlepšit zdraví matek</b>	
Úkol 5.A: V letech 1990 až 2015 snížit o tři čtvrtiny úmrtnost matek	5.1 Míra úmrtnosti matek 5.2 Množství porodů prováděných školeným zdravotnickým personálem
Úkol 5.B: Do roku 2015 zajistit přístup ke službám reprodukčního zdraví pro všechny	5.3 Míra rozšíření antikoncepce 5.4 Podíl matek mezi dospívajícími 5.5 Dostupnost předporodní péče (alespoň jedna prohlídka / alespoň čtyři prohlídky) 5.6 Neuspokojená poptávka po službách plánování rodiny
<b>Goal 6: Boj proti HIV/AIDS, malárii a dalším chorobám</b>	
Úkol 6.A: Do roku 2015 zastavit a zvrátit šíření HIV/AIDS	6.1 Výskyt HIV v populaci ve věku 15-24 let 6.2 Používání kondomu při vysoce rizikovém sexu 6.3 Podíl lidí ve věku 15 – 24 s podrobnou a správnou znalostí problematiky HIV/AIDS 6.4 Poměr sirotků a nesirotků mezi školáky ve věku 10 – 14 let
Úkol 6.B: Do roku 2010 zajistit přístup k léčbě HIV/AIDS všem, kteří to potřebují	6.5 Podíl populace v pokročilém stádiu infekce HIV s přístupem k antiretrovirální léčbě

Úkol 6.C: Do roku 2015 zastavit a zvrátit výskyt malárie a dalších závažných chorob	<p>6.6 Výskyt malárie a úmrtnost na ni</p> <p>6.7 Podíl dětí mladších pěti let spících pod ochrannými sítěmi proti hmyzu ošetřenými insekticidy</p> <p>6.8 Podíl dětí mladších pěti let s horečkou/podezřením na malárii, které jsou léčeny příslušnými antimalarickými léky</p> <p>6.9 Výskyt, míra rozšíření a úmrtnost na TBC</p> <p>6.10 Počet případů tuberkulózy, která byla diagnostikována a léčena pod přímým dohledem lékařů</p>
<b>Cíl 7: Zajistit udržitelnost životního prostředí</b>	
Úkol 7.A: Začlenit principy udržitelného rozvoje do národních programů a strategií a zvrátit současný trend úbytku přírodních zdrojů	<p>7.1 Podíl zalesněné půdy</p> <p>7.2 Emise CO<sub>2</sub> – celkové, na hlavu a na každý 1 USD HDP</p> <p>7.3 Odstranění látek ničících ozonovou vrstvu</p>
Úkol 7.B: Snižit ubývání biodiverzity (do roku 2010 dosáhnout výrazného snížení úbytku biodiverzity)	<p>7.4 Podíl zásob ryb v mořích, jež nejsou ohroženy rybolovem</p> <p>7.5 Podíl veškeré využívané vody</p> <p>7.6 Podíl chráněných oblastí na souši i v mořích</p> <p>7.7 Podíl rostlinných a živočišných druhů, jimž hrozí vymření</p>
Úkol 7.C: Do roku 2015 snížit na polovinu počet lidí bez udržitelného přístupu k pitné vodě a základním hygienickým zařízením	<p>7.8 Podíl lidí se zlepšeným přístupem ke zdrojům pitné vody</p> <p>7.9 Podíl lidí s lepším přístupem základním hygienickým zařízením</p>
Úkol 7.D: Do roku 2020 výrazně zlepšit životní podmínky více než 100 milionů lidí živořících v chudinských slumech	7.10 Podíl městské populace žijící v chudinských slumech
<b>Goal 8: Rozvíjet globální partnerství pro rozvoj</b>	
Úkol 8.A: Dále rozvíjet otevřený, předvídatelný, nediskriminační a na pravidlech založený obchodní a finanční systém. To zahrnuje mj. i závazek k dobrému vládnutí, snižování chudoby a rozvoji, a to jak na úrovni státům tak mezinárodně	<p><i>Některé z níže uvedených indikátorů se sledují zvláště pro nejméně rozvinuté země (LDCs), Afriku, země bez přístupu k moři a malé ostrovní státy.</i></p> <p><u>Oficiální rozvojová pomoc (ODA)</u></p>
Úkol 8.B. Zaměřit se na zvláštní potřeby nejméně rozvinutých zemí (LDCs) Patří sem mj. bezcelní a neomezený přístup nejméně rozvinutých zemí v mezinárodních trzích, rozšíření programu oddlužování těžce zadlužených chudých zemí (HIPC) a zrušení jejich oficiálních bilaterálních dluhů a zajištění velkorysejší oficiální rozvojové pomoci (ODA) zemím, jež vykazují zřetelné výsledky v boji proti chudobě	<p>8.1 Čistá úroveň ODA, celková a ODA směřující do nejméně rozvinutých států, jako procento z hrubého národního příjmu dárcovských zemí OECD/DAC</p> <p>8.2 Podíl celkové bilaterální a sektorové ODA zemí OECD/DAC na základních sociálních službách (základní vzdělání, primární zdravotní péče, výživa, pitná voda a hygienické služby)</p> <p>8.3 Podíl bilaterální ODA dárců z OECD/DAC jež není vázaná</p> <p>8.4 ODA proudící do rozvojových zemí bez přístupu k moři a její podíl na hrubém národním příjmu těchto zemí</p> <p>8.5 ODA proudící do malých ostrovních států a její podíl na hrubém národním příjmu těchto zemí</p>
Úkol 8.C: Zaměřit se na zvláštní potřeby chudých zemí bez přístupu k moři a malých ostrovních států (prostřednictvím Akčního programu pro trvale udržitelný rozvoj malých ostrovních rozvojových států a výstupního dokumentu 22. zvláštního zasedání Valného shromáždění)	<p><u>Přístup na trh</u></p> <p>8.6 Podíl dovozů vyspělých států z rozvojových zemí a LDCs, jež nepodléhají clu (nezahrnuje obchod se zbraněmi)</p> <p>8.7 Průměrné tarify používané ve vyspělých zemích na zemědělské produkty a textilní výrobky z rozvojových zemí</p> <p>8.8 Podpora zemědělství v zemích OECD v procentech jejich hrubého domácího produktu</p> <p>8.9 Podíl ODA určené na pomoc budování obchodních kapacit</p>
Úkol 8.D: Zabývat se detailně problémy rozvojových zemí souvisejícími se zadlužením a s pomocí národních i mezinárodních nástrojů zajistit dlouhodobou schopnost se s dluhy vyrovnávat	<p><u>Zadlužení</u></p> <p>8.10 Celkový počet nejchudších zemí zahrnutých v procesu oddlužování</p> <p>8.11 Závazky k oddlužení podle iniciativ HIPC a MDRI</p> <p>8.12 Dluhové služby vyjádřené v procentech vývozu zboží a služeb</p>
Úkol 8.E: Ve spolupráci s farmaceutickým průmyslem zajistit v rozvojových zemích přístup k nejpodstatnějším lékům za dostupnou cenu	8.13 Podíl lidí v populaci, kteří mají udržitelný přístup k nejpodstatnějším lékům
Úkol 8.F: Ve spolupráci se soukromým sektorem zajistit, aby výhody nových technologií, především informačních a komunikačních, působily ve prospěch všech	<p>8.14 Počet telefonních linek na 100 obyvatel</p> <p>8.15 Počet uživatelů mobilních telefonů na 100 obyvatel</p> <p>8.16 Počet uživatelů internetu na 100 obyvatel</p>

Zdroj: UNIC Praha (2008). Upraveno podle UNSD (2008).