VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MEZINÁRODNÍCH VZTAHŮ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010 GITA NOVÁKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MEZINÁRODNÍCH VZTAHŮ

Obor: Mezinárodní obchod

Subsaharská Afrika: infekční nemoci jako bariéra rozvoje

Autor: Gita Nováková

Vedoucí práce: Ing. Dana Steinmetzová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a vyznačila všechny citace z pramenů.

V Praze dne …… ……

podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Ing. Daně Steinmetzové za odbornou pomoc, řadu cenných podnětů a čas, který strávila jako vedoucí této bakalářské práce

Obsah

Seznam zkratek **2**

Seznam grafů, tabulek a obrázků **3**

Úvod **4**

1. Subsaharská Afrika a její rozvoj **6**

1.1 Základní charakteristika regionu SSA a historická východiska 6

1.2 Faktory ovlivňující rozvoj regionu 10

1.2.1. Geografické a biologické faktory 11

1.2.2. Demografické a sociální faktory 14

1.2.3. Politické faktory 16

1.3 Ekonomické faktory a aktuální vývoj v regionu 18

2. Infekční nemoci a jejich dopad na rozvoj zemí Subsaharské Afriky **25**

2.1 Stav infekčních nemocí v oblasti Subsaharské Afriky 25

2.2 Vliv infekčních nemocí na rozvoj zemí v regionu 34

2.2.1. Demografické důsledky 34

2.2.2. Sociální a ekonomické důsledky 36

2.2.3. Současný výhled 41

3. Ghana **44**

3.1 Charakteristika země a jejího hospodářství 44

3.2 Demografická a sociální charakteristika země 49

3.3 Rozšíření infekčních nemocí a jejich následky 51

3.4 Zhodnocení a výhled 55

Závěr **57**

Seznam použitých zdrojů **59**

Přílohy **64**

Seznam zkratek

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BP	British Petroleum
FAO	Food and Agriculture Organization
HDP	hrubý domácí produkt
HIPC	highly indebted poor countries
HIV	Human Immune Defficiency Virus
IBRD	The International Bank for Reconstruction & Development
IMF/MMF	International Monetary Fund/Mezinárodní měnový fond
OOP	out-of-pocket payment
PPP	parita kupní síly
RECs	Regional Economic Communities
SSA	Subsaharská Afrika
TBC	tuberkulóza
UN	United Nations
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development
UNDP	United Nations Development Programme
UNECA	United Nations Economic Commission for Africa
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WDI	World Development Indicators
WEF	World Economic Forum
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization

Seznam grafů, tabulek a obrázků

Grafy:

Graf č. 1: Vývoj ceny ropy, 1947—2009 10
Graf č. 2: Věkové rozložení obyvatelstva rozvinutých zemích a Subsaharské Afriky, 2005 16
Graf č. 3: Struktura HDP dle sektorů u vybraných ekonomik, 2006 19
Graf č. 4: Podíl rozvojových regionů na počtu obyvatel žijících v absolutní chudobě, 1981—2005 21
Graf č. 5: Počet úmrtí dle příčiny v zemích s vysokými, středními a nízkými příjmy, 2004, 2015 a 2030 42
Graf č. 6: Struktura HDP, Ghana, 2006 48

Tabulky:

Tabulka č. 1: Prokázané zásoby a těžba ropy v Africe, 2008 14
Tabulka č. 2: Základní demografické ukazatele, 2007 15
Tabulka č. 3: Očekávaná doba dožití při narození ve vybraných zemích, 1975—2010 34
Tabulka č. 4: Základní informace a ukazatele, Ghana 44
Tabulka č. 5: Základní demografické ukazatele, Ghana a Subsaharská Afrika, 2009 49
Tabulka č. 6: Počty úmrtí a ztracených let dle příčiny, Ghana, 2004 52

Obrázky:

Obrázek č. 1: Mapa Afriky 7
Obrázek č. 2: Významná naleziště nerostných surovin v oblasti SSA 13
Obrázek č. 3: Prevalence viru HIV u dospělých (v %) ve světě, 2007 27
Obrázek č. 4: Prevalence tuberkulózy (na 100.000 obyvatel) ve světě, 2007 30
Obrázek č. 5: Mapa Ghany 45

Úvod

Region Subsaharské Afriky patří dlouhodobě k oblastem světa s obrovským růstovým potenciálem, které ale současně řeší stále stejné problémy svého rozvoje — chudobu, negramotnost, zadlužení či závislost na vnější pomoci. Mezi nejzávažnější příčiny omezeného rozvoje lidského kapitálu patří zdravotní stav obyvatelstva. Na rozdíl od rozvinutějších zemí, kde jsou hlavními příčinami nemocnosti i úmrtnosti tzv. civilizační choroby (kardiovaskulární nemoci, rakovinná onemocnění, pneumonie, ateroskleróza, dopravní nehody,…), přetrvává v rozvojových zemích stále většinový význam přenosných onemocnění.

Infekční nemoci se v tomto regionu vyskytují u velmi vysokého procenta obyvatelstva v porovnání s ostatními oblastmi ve světě. Mezi nejrozšířenější onemocnění patří HIV/AIDS, tuberkulóza a malárie. Jejich výskyt je v regionu Subsaharské Afriky nejvyšší na světě. Profil nemocnosti i úmrtnosti ještě doplňují další onemocnění se sice menším areálem rozšíření, ale v některých státech často s větším vlivem na aktuální stav obyvatelstva. Za hlavní příčiny takto vysokého rozšíření infekčních onemocnění je považováno více faktorů — negramotnost obyvatelstva neumožňující šíření osvěty mezi obyvatelstvo a to již od mladého věku, chudoba neumožňující lidem dostat se k lékařské péči a moci si ji dovolit, spory a konflikty vedoucí k další bídě a migraci obyvatelstva a v neposlední řadě tradiční kulturní zvyklosti, které jsou často v přímém rozporu se zásadami prevence mnoha nemocí.

Ve svém výsledku mají infekční nemoci dopad na společnost ve všech jejích aspektech — demografickém, sociálním i ekonomickém. Důležité nejsou pouze přímé následky a náklady nemocnosti, léčby a úmrtnosti. Mnohem větší význam představují dlouhodobé zásahy do společnosti, které projevy infekčních onemocnění mají. Právě obavy z těchto pomalu se rozvíjejících struktur nutí mezinárodní organizace a další subjekty snažit se postiženým zemím poskytovat nějakou pomoc. Přes dlouhá léta probíhající nejrůznější programy navozuje stále velmi vysoké rozšíření infekčních nemocí, jejich neklesající význam a neschopnost dostat je pod kontrolu otázku, zda má doposud poskytovaná pomoc smysl a zda jsou její náklady adekvátní výsledkům, které vykazuje.

Cílem této práce je popsat příčiny a dopady infekčních nemocí na rozvoj regionu Subsaharské Afriky a ukázat některé pozitivní i negativní příklady na konkrétních zemích.

V první kapitole bych se chtěla zaměřit na obecnou rozvojovou problematiku sledovaného regionu. Ve druhé části bych se již zabývala konkrétními nemocemi, jejich rozšířením a dopady na společnost. Protože je nemocí ovlivňujících jednotlivé země mnoho, zaměřím se především na nemoci rozšířené v celém regionu, nebo nemoci působící pouze na menším území, ale mající velký význam pro nějakou zemi. Poslední část je zaměřená na konkrétní situaci v Ghaně, která nepatří mezi oblasti nejvíce postižené a často uváděné jako příklad země trpící velkým výskytem infekčních nemocí. Tato onemocnění ale také významně utváří zdravotní profil jejího obyvatelstva. V současnosti probíhající reformy navíc ukazují možný vývoj ve financování zdravotnického systému afrických zemí.

Data použitá v této práci jsou založena na statistických databázích a výročních zprávách mezinárodních organizací — především World Health Organization, United Nations, The World Bank a Economic Commission on Africa. Zdroje týkající se situace v konkrétních zemích mi poskytly oficiální stránky a dokumenty vlád a ministerstev těchto zemí. Je nutné si uvědomit, že veškerá data odhadující stav počtu obyvatel nemocných či zemřelých jsou pouze orientační, neboť v těchto zemích žádné přesné demografické statistiky neexistují, monitoring je velmi slabý a statistiky jsou prováděny na základě odhadů dle známých případů. Při současné infekci několika onemocnění se navíc do statistik dostává často pouze to onemocnění, na které je daný jedinec léčen nebo na které nakonec zemře.

1. Subsaharská Afrika a její rozvoj

Společná charakteristika afrických států je velmi obtížně definovatelná. Region Afriky je nehomogenní oblastí – z kulturního, politického i ekonomického hlediska. Každý stát je unikátní a liší se od ostatních. Faktory formující charakteristické podmínky pro současný stav i budoucí rozvoj se liší země od země. Svou roli hraje mnoho ukazatelů a charakteristik. Za účelem širšího pohledu na Afriku se nejčastěji používá dělení kontinentu na dvě části - severní Afriku, jež bývá spojována s regionem Blízkého Východu a samotnou subsaharskou Afriku.[1] Ale i přes toto členění jsou rozdíly mezi jednotlivými zeměmi velice výrazné a pro detailnější analýzy je vhodné soustředit se na konkrétní zemi či oblast.

1.1 Základní charakteristika regionu SSA a historická východiska

Termín Subsaharská Afrika znamená oblast „jižně od Sahary“. Toto čistě geografické pojetí ale není zcela účelné. Pro ekonomické, sociální či kulturní charakteristiky je vhodnější užívat členění Světové banky, podle kterého do oblasti Subsaharské Afriky patří celý africký kontinent s výjimkou pěti států severní Afriky - Egypta, Alžírska, Libye, Maroka a Tuniska. Oproti čistě geografickému členění tak do oblasti SSA řadíme i Mauritánii, Mali, Niger, ČAD a Súdán, na jejichž území se Sahara rovněž rozprostírá. Pokud nebude zmíněno jinak, bude v následujícím textu pod pojmem Subsaharská Afrika myšlena oblast SSA dle členění Světové banky.

Přirozenou bariéru mezi severní Afrikou a zbytkem kontinentu představuje právě největší poušť na světě - Sahara. Severní Afrika byla díky dobré přístupnosti přes Středozemní moře již od starověku pod vlivem evropských říší a dalších kultur — např. z oblasti Blízkého Východu. Zbytek Afriky zůstával pro ostatní země dlouho nepřístupný díky nepříznivým klimatickým podmínkám panujícím na tomto světadílu (např. extrémní sucho v pouštních oblastech, neprostupné tropické deštné pralesy).

[1] Světová banka, <http://web.worldbank.org/>.

Obrázek č. 1: Mapa Afriky



Zdroj: CIA, The World Factbook, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

Subsaharská Afrika se rozprostírá na ploše 24.241,9 tis. km^2, což představuje přibližně 16,2 % celkového povrchu souše. Žije zde 817,96 mil. obyvatel (údaje z roku 2008)[2], ve vztahu ke světové populaci to činí cca 12,2 %. Na tvorbě světového HDP se ale oblast SSA podílí pouze 1,63% příspěvkem (v paritě kupní síly činí tento příspěvek 2,45 %).[3] Přičemž samotné ekonomiky Jihoafrické republiky a Nigérie tvoří přibližně 56 % HDP celého regionu SSA.[4] Tento nepoměr provází Afriku již dlouhodobě. Pro

[2] Světová banka: *World Development Indicators Database*, 2009, <http://web.worldbank.org/>, cit 10.11.2009.

[3] MMF: *World Economic Outlook Database*, October 2009, cit 10.11.2009.

4 Světová banka: *50 Things You Didn´t Know About Africa*, <http://go.worldbank.org/IH6NLHRGY0>, cit. 14.11.2009.

představu lze hrubý domácí produkt všech států Afriky přirovnat přibližně ke dvěma HDP Belgie. I přes své obrovské přírodní bohatství tak Afrika zůstává nejchudším světadílem – 34 ze 49 nejchudších zemí světa leží právě v Africe, polovina obyvatel žije v absolutní chudobě.[5] Naprostá většina zemí musí čelit nedostatečné infrastruktuře, omezeným tokům PZI a obrovským problémům s vnější zadlužeností.[6]

Africká ekonomika a její rozvoj byly po celou 1. polovinu 20. století pod přímým vlivem evropského kolonialismu ― především Francie, Velké Británie a Německa. Pozornost evropských zemí patřila především zemím s bohatými zásobami nerostných surovin, drahých kovů, diamantů, ropy či zemím se strategickou polohou (například Suezský průplav, jenž se stal později předmětem sporu mezi Francií, Velkou Británií a Súdánem). V době kolonialismu byla africká společnost ovlivněna evropskou kulturou i díky přistěhovalcům. Ve všech koloniích probíhala výstavba škol za účelem alespoň základně vzdělat jak původní obyvatele, tak děti přistěhovalců. Bylo nutné naučit obyvatele společnému jazyku (anglickému, francouzskému,… - podle toho, o jakou kolonii se jednalo), aby se lidé ve státě navzájem domluvili. Kolonie tak převzaly systémy vzdělávání, známé především z Francie a Anglie, které se dodnes v těchto zemích užívají. Podobně jako školství se do kolonií dostalo i zdravotnictví. Byly postaveny nemocnice, ve kterých pracovali v Evropě vzdělaní lékaři. Ti do kolonií přinesli nové léčebné postupy, původní léčba přírodními přípravky byla doplněna novými farmaceutickými medikamenty. S lepší léčbou (aniž by se snižovala hodnota přírodního léčitelství) se také prodlužovala délka života. Kolonizované země se zapojily do mezinárodního obchodu. Byly zakládány důležité přístavy a nová města. Spolu se vzrůstajícím obchodem se surovinami bylo důležité ustanovit stálá dopravní spojení a vystavět infrastrukturu. Další vliv měl kolonialismus i na právní a institucionální uspořádání. V oblasti, kde byla dříve jedinou „institucí“ rada starších a o všem se rokovalo formou konsensu se najednou začalo používat institucí podle evropské předlohy, volebního systému,…[7]

Po druhé světové válce vzniklo po celém světě mnoho nových států. V Africe tento jev nastal především ve spojitosti s rozpadem koloniálního systému. Prvním státem

[5] Dle Světové banky je za extrémní chudobu považován příjem menší než 1,25 USD/den na osobu v PPP.

[6] MKWEZELAMBA, M., CHINYAMA, E. J. *Implementation of Africa´s Integration and Development Agenda: Challenges and Prospects*, p. 1.

[7] FERRO, M. *Dějiny kolonizací, od dobývání až po nezávislost 13.-20.století.*

SSA, jenž získal po 2. světové válce nezávislost, byla 6. března 1957 Ghanská republika. 2. října 1958 ji následovala Guinejská republika. Tradičním „rokem Afriky" se stal rok 1960, kdy svou nezávislost vyhlásilo dalších 17 zemí SSA. Nové státy se musely s nastalou situací vyrovnat. Většina ekonomik zůstala orientovaná na své tradiční obchodní partnery – koloniální mocnosti. Začal se tak vyvíjet dlouhotrvající trend – asymetrická závislost zemí SSA na vyspělých ekonomikách.

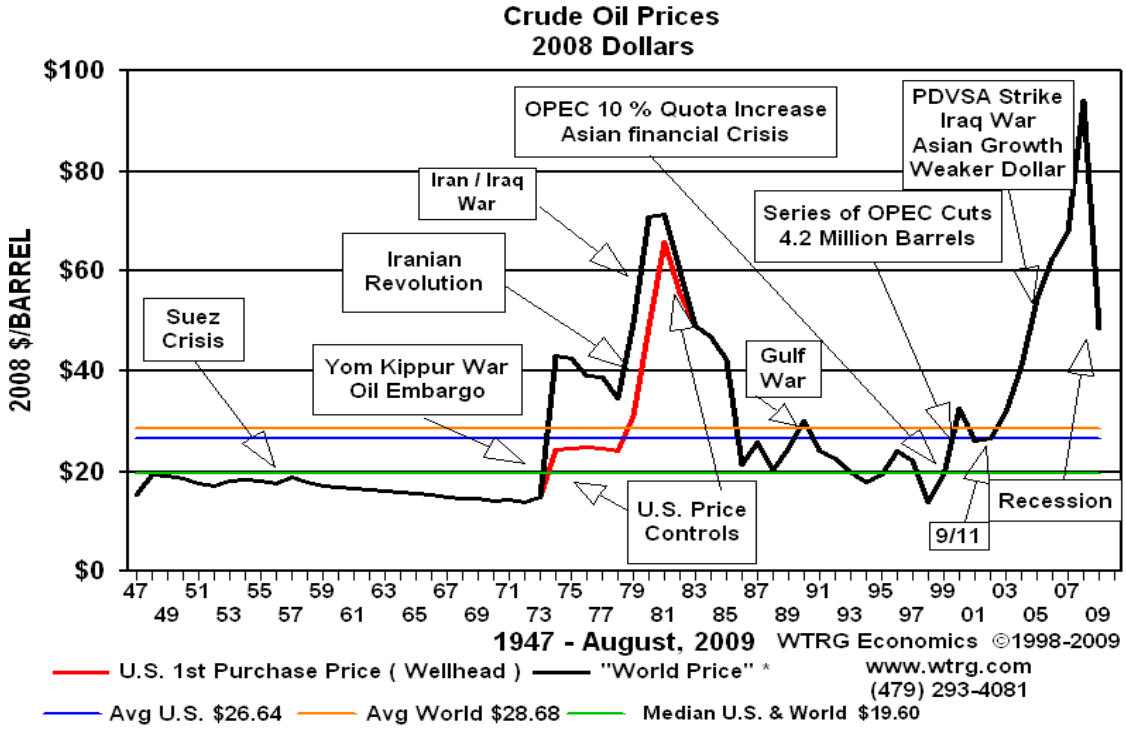
Po letech poměrně úspěšného ekonomického vývoje zasáhly v 70. letech 20. století svět hned dvě ropné krize – první v roce 1973, druhá v roce 1979 (vývoj cen ropy viz graf č. 1). Mezi přední vývozce ropy patří i některé africké země ― Alžírsko, Lybie, Libérie, Nigérie, Gabon. V tomto období došlo k významnému zvýšení ceny ropy skrz umělé omezování těžby a uplatňování embarga vůči některým státům (např. USA,...). Obrovský nárůst velikosti HDP v důsledku zvýšení hodnoty exportů ropy je viditelný například u vývoje HDP Nigérie. V 70. a 80. letech se (nejen) africké země extrémně zadlužily. V tomto období docházelo k rozsáhlému čerpání dlouhodobých úvěrů rozvojovými zeměmi a zeměmi dovážejícími ropu. Během 70. let poskytly zahraniční banky těmto zemím půjčky v celkové výši v řádech miliard dolarů ― většinou s proměnlivou úrokovou sazbou. Po roce 1979 došlo ke zvyšování úrokových sazeb v zemích poskytujících půjčky za účelem snížení hrozící inflace. Vyšší úrokové sazby se vztahovaly současně na úvěry rozvojových zemích. Ve stejné době se ceny komodit dovážených z rozvojového světa kvůli probíhající recesi prudce propadly.[8] Rozvojové země se tak díky velkým dluhům s vysokou úrokovou sazbou a nízkým příjmům začaly propadat do dluhové pasti[9]. V roce 1986 dosáhl podíl mezi hodnotou dluhu a hodnotou exportu zboží a služeb v rozvojových zemích 195,5 %, v subsaharské Africe dokonce 248 %.[10]

[8] MMF: *Debt and Painful Reforms (1982―1989),* <http://www.imf.org/external/about/histdebt.htm>.

[9] Dluhová past – stav kdy reálná úroková míra převyšuje tempo růstu.

[10] MMF: *World Economic Outlook Database,* October 2009, cit 10.11.2009.

Graf č. 1: Vývoj ceny ropy, 1947—2009



Zdroj: WTRG Economics, <http://www.wtrg.com/prices.htm>

Situace se zlepšila až ve 2. polovině 90. let, kdy Afrika zažívala léta nepřetržitého růstu. Celkový růst hospodářství zemí SSA činil v letech 1997 – 2004 přibližně 4%, toto procento však není společné všem zemím. Projevují se zde rozdíly mezi zeměmi bohatými na nerostné suroviny a vyvážejícími ropu na jedné straně a zeměmi bez zásob nerostných surovin a dalších vývozních artiklů. Hodnotu vnější zadluženosti, která se v poměru k HDP mezi lety 1985 a 2003 pohybovala v rozmezí 50—70 % (v roce 1994 vykázala dokonce 76,9 %), se podařilo snížit pod 50 % HDP až v roce 2004.[11] Vysoký růst se projevoval až do roku 2008, kdy se naplno projevila současná finanční krize a ekonomická recese i v rozvojových zemích.

1.2 Faktory ovlivňující rozvoj regionu

Každá oblast světa je specifická určitými podmínkami, které limitují nebo naopak umožňují její vývoj. Některé jsou dlouhodobě dány a zpravidla se nedají ovlivnit (geografická lokalizace, klimatické podmínky, zásoby nerostného bohatství aj.), jiné

[11] MMF: *World Economic Outlook Database*, October 2009, cit 10.11.2009.

faktory se mění v čase a vhodnými dobře zvolenými nástroji se dají optimalizovat (cena a kvalifikovanost pracovní síly, sociální rozdíly aj.).

Mezi nejdůležitější faktory ovlivňující rozvoj Afriky patří:

- geografické a biologické faktory (klima, nerostné bohatství, rozšíření nemocí aj.)
- sociálně-kulturní faktory (sociální rozdíly, negramotnost, náboženství aj.)
- politické faktory (politická nestabilita, konflikty, války aj.)
- ekonomické faktory (přímé zahraniční investice, chudoba, zadluženost aj.)

1.2.1. Geografické a biologické faktory

Africký kontinent se rozprostírá na obou stranách rovníku. Jeho střední část spadá do tropického pásma, které tvoří přírodní bariéru mezi severní a jižní částí Afriky. V tropickém pásmu leží 91 % plochy SSA. Toto uspořádání mělo vždy vliv na rozvoj kontinentu a lze jím vysvětlit mnoho charakteristických rysů Afriky.

Geografické podmínky limitují možnosti mnoha oblastí. Špatná přístupnost afrických zemí je jedním z omezujících faktorů růstu. 15 z celkem 47 zemí je vnitrozemských. Silniční a železniční infrastruktura je na většině území nedostačující a ve špatném stavu. V roce 1990 mělo 16 % silnic v SSA zpevněný povrch, o deset let později v roce 2000 to bylo dokonce pouze 12 % (pro srovnání byl v roce 2000 celosvětový průměr 36 %, v zemích OECD 91 %).[12] Přímý — a současně nejlevnější — přístup k moři tak zprostředkovávají prakticky pouze řeky, a to především nejdelší africká řeka — Nil. Hydrologický profil Afriky je velmi variabilní a velkou měrou se v něm projevuje zonálnost a sezónnost. Splavnost afrických řek proto není zaručena po celý rok a spojení vnitrozemských zemí s mořem je tak omezeno. Průměrná vzdálenost hlavních měst států SSA k hlavním světovým přístavům (New York, Tokio, Rotterdam) je nejvyšší ze všech regionů — 6 237 km.[13] Všechny tyto faktory způsobují, že vnitrozemské země vykazují v porovnání s přímořskými státy vyšší přepravní náklady i menší objemy přepraveného zboží.[14]

[12] Světová banka: *World Development Indicators Database*, April 2009, <http://web.worldbank.org/>.

[13] BLOOM, D.E., SACHS, J.D. *Geography, Demography and Economic Growth in Africa*, 1998, p. 20—22.

[14] Světová banka: *Challenges of African Growth, Opportunities, Constraints and Strategic Directions*, 2007, p. 89—91.

Voda a její nedostupnost v zemích SSA jsou jedním z hlavních činitelů ovlivňujících i demografické trendy — pouze 58 % celkové populace SSA má přístup ke zdrojům nezávadné pitné vody.[15] Vzhledem k potřebě vody jako základní životní potřeby z toho vyplývá, že zalidnění afrického kontinentu není rovnoměrné a nutným předpokladem rozvoje společnosti bylo vybudování spolehlivých zavodňovacích a zavlažovacích systémů, které napomohly i rozvoji zemědělství.

Jednou z nejdůležitějších etap v historii lidstva byl rozvoj zemědělství. Pro africkou společnost má nezaměnitelný význam. V celé Africe zaměstnává 64 % celkové pracovní síly[16], což odpovídá i vysokému podílu venkovského obyvatelstva v regionu (64 %).[17] Vzhledem k nepříznivým klimatickým podmínkám jsou výnosy relativně nízké. V rostlinné výrobě dominují plodiny tropického pásma — kakaové boby, čajové lístky, káva, palmový olej, kokosové ořechy, jamy aj. Každoroční úroda však není ohrožována pouze počasím. Většina výroby probíhá stále tradičním způsobem, úroveň mechanizace je velmi nízká, stejně jako používání chemické ochrany. Oblast Sahelu a severní Afriku zároveň pravidelně ohrožují nálety hejn saranče všežravých. Každý jedinec denně spotřebuje potravu, která je přibližně ekvivalentem jeho váhy. Vzhledem k jejich celkovému počtu mohou způsobit velké ztráty úrody. V roce 2004 byla například Mauritánie zasažena invazí saranče a ta spolu s nedostatečnými srážkami zapříčinila snížení produkce obilnin téměř na polovinu oproti předchozímu roku.[18] Soustředěná živočišná výroba je vzácná, převládá pastevecký chov ovcí, koz či velbloudů pro kůži a vlnu.

Z pohledu nerostných zdrojů je oblast Afriky velice bohatá — neplatí to ale pro všechny země regionu. Na území některých států se nachází bohatá naleziště různých surovin, zatímco jiné země nedisponují žádnými významnějšími nerostnými zdroji. Mnoho nalezišť ještě nebylo objeveno, některé zdroje nejsou využívány pro příliš vysoké náklady na jejich průzkum a těžbu. Země s nejvyšší těžbou nerostných surovin leží především na jihu Afriky, v oblasti Guinejského zálivu a v západní Africe.

---

[15] UN: *Millenium Development Goals Report 2009*, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>.

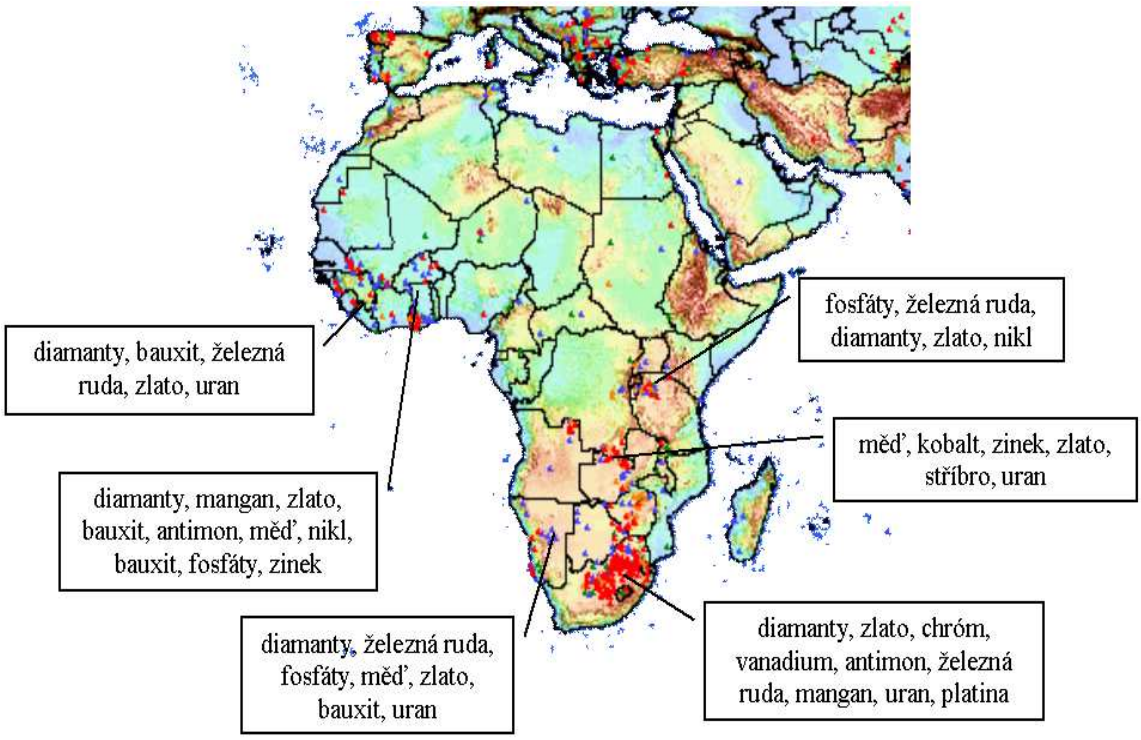
[16] UNCTAD: *Handbook of Statistics*, <http://stats.unctad.org/handbook/ReportFolders/ReportFolders.aspx>.

[17] Světová banka: *World Development Indicators Database*, April 2009, <http://web.worldbank.org/>.

[18] FAO: *FAO/WFP Crop and Food Assessment, Special Report*, 2004, <http://www.fao.org/ag/locusts/common/ecg/803_en_0410damageE.pdf>.

Hlavními producenty diamantů a zlata jsou Botswana, Jihoafrická republika, Angola, Namibie a Demokratická republika Kongo. Na území Jihoafrické republiky a Zimbabwe se nachází 90 % světových zásob chrómu, v roce 2008 pokrývala Jihoafrická republika 39 % světové produkce chrómu.[19] Jihoafrická republika je současně největším světovým producentem platiny. Region SSA má třetinový podíl na světové produkci bauxitu (zdroji hliníku, gallia, germania,…). Důležité jsou ale i další suroviny potřebné pro různá odvětví — hliník, měď, zinek, uran apod.[20] Na Obrázku č. 2 jsou vyznačena významná naleziště nerostných surovin v oblasti SSA.

Obrázek č. 2: Významná naleziště nerostných surovin v oblasti SSA



Zdroj: Global InfoMine, http://www.infomine.com/maps/

Z energetických surovin jsou nejdůležitější zásoby ropy. Přítomnost ropných ložisek je důležitým faktorem růstu hospodářství v afrických zemích (dostupná data o objemu zásob a těžby z roku 2008 viz tabulka č. 1, přílohy č. 2 a 3). V současnosti se prokázané zásoby ropy na celém africkém kontinentu podílejí přibližně z 10 % na celkových světových zásobách ropy. U těžby je podíl afrických zemí vyšší — cca 12,4 %. Největší

[19] The International Chromium Development Association, <http://www.icdachromium.com/chromium-mining.php>.

[20] U.S. Geological Survey, <http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/commodity/>.

zásoby ropy v oblasti SSA se nacházejí na území Nigérie — její prokázané zásoby se dle odhadů z konce roku 2008 podílely na celkových světových zásobách 2,9 %. Dalšími významnými producenty ropy v regionu jsou Rovníková Guinea, Angola, Súdán, Gabon, Republika Kongo.[21]

Tabulka č. 1: Prokázané zásoby a těžba ropy v Africe, 2008

Prokázané zásoby ropy		Těžba ropy	
země	miliony barelů	země	tisíce barelů/den
Libye	43 700	Nigérie	2 170
Nigérie	36 200	Alžírsko	1 993
Angola	13 500	Angola	1 875
Alžírsko	12 200	Libye	1 846
Súdán	6 700	Egypt	722
Egypt	4 300	Súdán	480
Gabon	3 200	Rovníková Guinea	361
Republika Kongo	1 900	…	
Rovníková Guinea	1 700		
…			
SVĚT	1 258 000	SVĚT	81 820

Zdroj: British Petroleum, Statistical Review of World Energy 2009

1.2.2. Demografické a sociální faktory

Věkové rozložení obyvatelstva, nerovnost či negramotnost hrají důležitou roli v potenciálu budoucího rozvoje všech regionů. Protože veškeré statky jsou i přes technologický rozvoj vytvářeny lidským potenciálem, všechny faktory jež ovlivňují stav populace mají své následky i v růstu a rozvoji na daném místě.

Stále zrychlující se nárůst světové populace představuje vzhledem k nestejně rostoucím zdrojům (energie, potravin apod.) problém. V posledních letech se roční přírůstek obyvatelstva ve světě snížil (1,2 % v roce 2008). Děje se tomu tak ale hlavně díky přirozenému úbytku na straně rozvinutých zemí, zatímco v rozvojových zemích stále přetrvává tendenční růst populace. I napříč samotnými rozvojovými regiony, mezi které SSA patří, ale existují rozdíly v charakteru přirozeného přírůstku.

[21] BP: *Statistical Review of World Energy 2009*,
<http://www.bp.com/subsection.do?categoryId=9023761&contentId=7044545>.

Tabulka č. 2: Základní demografické ukazatele, 2007

UKAZATEL	SSA	SVĚT
roční přírůstek obyvatelstva	2,4%	1,2%
porodnost (na 1000 žen)	5,1 ‰	2,5 ‰
úmrtnost do 5. roku života	146 ‰	68 ‰
očekávaný věk dožití	52 let	69 let

Zdroj: Světová banka, World Development Indicators Database

Velikost populace v Subsaharské Africe se stále zvětšuje, tempo nárůstu se ale pomalu zpomaluje. Hlavní složkou celkového přírůstku obyvatelstva je porodnost, migrace ho viditelně neovlivňuje. Vysoká míra fertility následuje tradiční pohled africké kultury na roli rodiny a její velikost. Africká kultura je silně patrimonialistická a široké rodinné vztahy jsou upřednostňovány ve všech aspektech soukromého i profesního života. Děti jsou i důležitou pracovní sílou ve většině afrických zemí. Velká rodina je tak tradičně žádoucí a snižování fertility nepomáhá ani malé rozšíření a užívání antikoncepčních prostředků. Vysoká dětská úmrtnost souvisí hlavně s nedostatečnou lékařskou péčí a její nedostupností, s čímž koresponduje i ze všech rozvojových regionů nejvyšší mateřská úmrtnost.[22]

Nejnižšího věku se dožívají obyvatelé Botswany (34,8 let), Svazijska (31,2 let) a Lesotha (36,2 let). Je to způsobeno především vysokým rozšířením viru HIV mezi obyvatelstvem v těchto zemích — procento prevalence[23] u dospělých je zde nejvyšší na světě. Tomuto faktu odpovídá i dlouhodobý vývoj tohoto ukazatele. Do 90. let 20. století se očekávaná doba dožití v těchto zemích přibližně odpovídala průměru všech afrických zemí. K jejímu snižování začalo docházet až v 90. letech — v době, kdy se začaly projevovat ve velkém následky šíření viru HIV.[24]

Charakteristickým rysem rozvojových ekonomik, včetně SSA, je věková struktura jejich populace. Kvůli vysoké míře fertility a nízkému očekávanému věku dožití se jejich věkový diagram odlišuje od typického věkového složení obyvatelstva rozvinutých zemí (viz graf č. 2). Celkově se očekávaný věk v regionu snižuje, přirozený přírůstek ale také. Je tedy možné očekávat pomalé vyrovnávání věkové struktury populace. Nejdříve nejspíš dojde ke snižování podílu nejmladších vrstev ve prospěch obyvatelstva ve středním věku. Věkové rozložení populace bude ale ještě dlouhou dobu omezováno

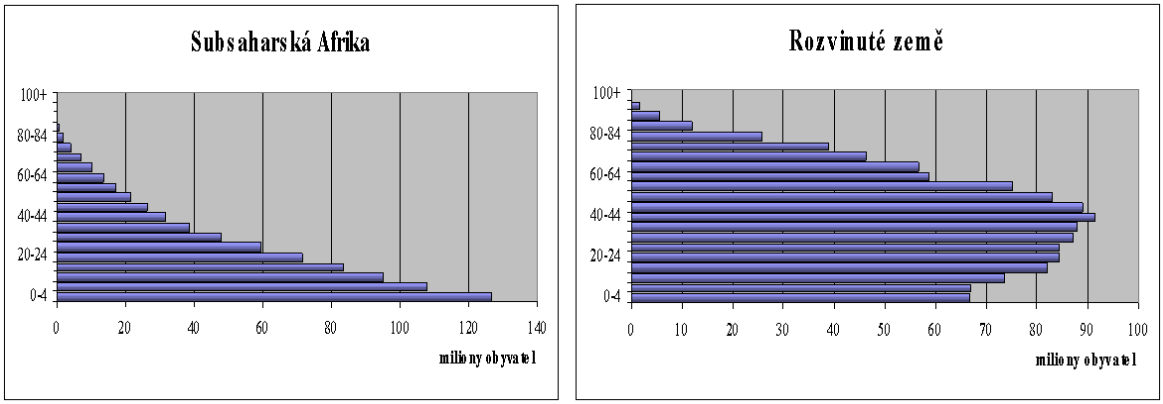
[22] UN: *The Millenium Development Goals Report 2009,* <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>.

[23] Prevalence — počet existujících případů nemoci vztažený k velikosti populace a k určitému datu.

[24] UNCTAD: *Handbook of Statistics*,
<http://stats.unctad.org/handbook/ReportFolders/ReportFolders.aspx>.

horní mezí určenou maximálním věkem dožití, který souvisí s životní úrovní obyvatelstva, vysokým rozšířením nemocí, málo dostupnou lékařskou péčí aj.

Graf č. 2: Věkové rozložení obyvatelstva rozvinutých zemích a Subsaharské Afriky, 2005



Zdroj: UN, World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Negramotnost je přetrvávajícím problémem zemí SSA. Pouze 62,2 % populace SSA ve věku 15—24 let umí současně číst i psát, u žen této věkové skupiny je podíl ještě nižší (53,8 %). Pouze 63,1 % žáků, kteří nastoupí do prvních tříd, získá úplné základní vzdělání.[25] Hlavními důvody velkého procenta dětí, které školní docházku nedokončí nebo do školy vůbec nenastoupí, je nedostatek škol a kvalifikovaných učitelů, výše školného (ne ve všech státech je základní vzdělání hrazeno z veřejných peněz), využití dětí jako pracovní síly, bezpečnostní situace aj.

1.2.3. Politické faktory

Politická nestabilita a konflikty představují typické bariéry jakéhokoliv růstu v oblasti subsaharské Afriky. V posledních 40 letech zažila Afrika mnoho konfliktů, které se za tu dobu staly fenoménem napříč celým regionem. Zdroje konfliktů je možno hledat ve více příčinách. Prvním z nich jsou nerovnoměrně lokalizované přírodní zdroje — a to nejen nerostné suroviny či ropa, ale i voda, jejíž dostupnost je stále cennější. Existuje zde velká propast mezi jednotlivými zeměmi v jejich přírodním bohatství. Kvůli území bohatému na fosfáty — Západní Sahaře — spolu již od 60. let minulého století vedou spory Maroko, Mauritánie a obyvatelé Západní Sahary. Kvůli tomuto nevyřešenému konfliktu není možná například ani účinná spolupráce mezi členy jinak

[25] UN: *The Millenium Development Goals Report 2009*, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>.

perspektivního integračního seskupení The Arab Maghreb Union[26]. Další příčinou mnoha konfliktů jsou uměle stanovené hranice současných států. Původní africká společnost funguje spíše na principech kmenů než národních států. Koloniální éra toto uspořádání nijak nerespektovala a po rozdělení území vznikly hranice, které neodpovídaly rozmístění původních kmenů a jejich provázanosti. Na území jednoho státu tak žijí členové více odlišných a proti sobě bojujících kmenů nebo byly naopak spřízněné kmeny hranicemi rozděleny. Vznikaly i spory původního obyvatelstva s přistěhovalci — z evropských kolonizujících států (např. v Jihoafrické republice, Rhodesii,…) nebo arabským obyvatelstvem (např. v Súdánu).

Konfliktní situace v řadě zemí způsobuje rozsáhlou migraci obyvatelstva. Celkově bylo v regionu koncem roku 2008 zaznamenáno 2,1 mil. uprchlíků, což představuje jednu pětinu všech uprchlíků na světě. Absolutně pochází nejvíc uprchlíků ze Somálska, Súdánu a Demokratické republiky Kongo. Naopak největšími hostitelskými zeměmi jsou Tanzanie, Keňa a ČAD. Přestože došlo v posledních letech k mírnému poklesu počtu uprchlíků, začínají se znovu vytvářet migrační tlaky ve spojitosti s aktuálními nepokoji a nestabilitou v některých zemích (například Somálsko či Zimbabwe).[27]

Stále probíhající konflikty i občanské války jsou jedním z hlavních zdrojů chudoby v Africe. Ovlivňují ekonomiky skrz snížení investic do fyzického i lidského kapitálu a zároveň zničení již existujících výrobních zařízení, institucionálního zázemí,… Investoři, mezinárodní instituce či humanitární organizace potřebují pro své projekty určitou alespoň minimální podporu ze strany cílové země a ta v mnoha zemích Afriky není samozřejmostí. Dle statistik vykazují země, které prošly občanskou válkou, asi o 50 % nižší průměrný příjem než země konflikty nedotčené. Totéž platí i o podílu investic.[28]

[26] Arab Maghreb Union je seskupení 5 států (Maroko, Alžírsko, Mauritánie, Tunisko a Libye), které formálně vzniklo roku 1989. Oblast má strategickou polohu propojující africký kontinent s jižní Evropou. Na jeho území se nachází obrovské zásoby fosfátů, plynu a ropy. Maroko je 2. a Tunisko 5. největším těžařem fosfátů na světě (2004), Vysoká škola báňská, Hornicko-geologická fakulta, Ostrava, <http://geologie.vsb.cz/loziska/loziska/loziska_nerud.html>.

[27] UNHCR: *2008 Global Trends*, <http://www.unhcr.org/4bcc5bb79.html>.

[28] Světová banka: *Challenges of African Growth, Opportunities, Constraints and Strategic Directions*, 2007.

K nástrojům podporujícím hospodářský růst patří spolupráce zemí na regionální úrovni, jež má za úkol pomoci celku i jednotlivým zúčastněným ekonomikám. Její podmínkou je ovšem dobře fungující komunikace napříč existujícími formacemi. Spolu s Africkou unií[29] působící v rámci celého kontinentu (s jedinou výjimkou Maroka) existuje v Africe 14 menších regionálních seskupení (RECs). K tomu je třeba přičíst dalších více než 100 bilaterálních či multilaterálních smluv a dohod, jež slouží k podpoře různých aktivit — telekomunikačních sítí, námořní/říční dopravy, bankovnictví, zemědělství aj. Všechny tyto instituce vznikaly víceméně v různé době, za různých okolností, za jiným účelem a jejich vytváření nebylo regulováno. Mnoho států je členem současně více RECs a má uzavřeno i další specifické smlouvy. Většina RECs má přitom podobné cíle. Tento systém se dlouhodobě ukazuje s ohledem na nefungující komunikaci jako neefektivní až kontraproduktivní.

1.3 Ekonomické faktory a aktuální vývoj v regionu

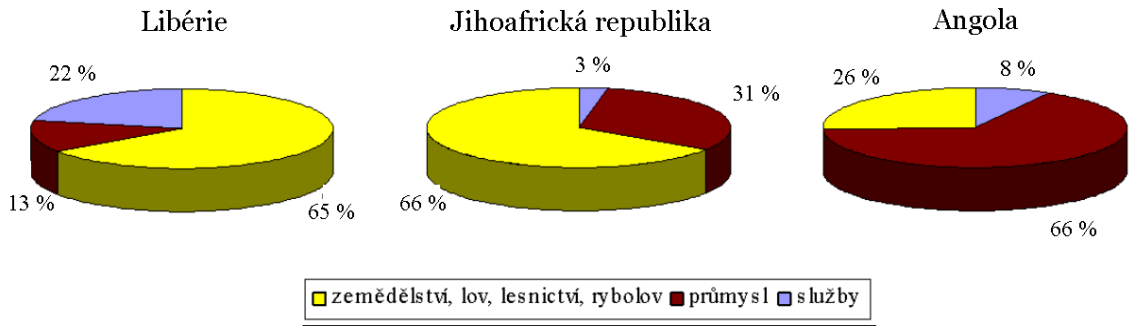
Ekonomická charakteristika zemí je ovlivněna všemi předcházejícími faktory — jejich geografickými, demografickými, sociálními i politickými dispozicemi.

Hlavním ukazatelem charakterizujícím jednotlivé ekonomiky je velikost jejich *hrubého domácího produktu* a jeho struktura. Dle celkové výše HDP jsou největšími ekonomikami oblasti SSA s velkým odstupem Jihoafrická republika a Nigérie. V obou případech jde o země s velkou rozlohou a obrovským nerostným bohatstvím. K porovnání některých ekonomik je často vhodnější ukazatel HDP/obyvatele. Důležitou součástí tohoto ukazatele je i zdůvodnění jeho výše, protože často vůbec neodráží životní úroveň ani skutečné příjmy obyvatelstva. Nejvyšších hodnot dosahují především země bohaté na suroviny nebo země s extrémně příznivými podmínkami pro zahraniční investory. Z tohoto pohledu je zemí s největšími příjmy na obyvatele Rovníková Guinea, která toto prvenství získala až v posledních letech díky objevení zásob ropy na

[29] Africká unie je dle počtu členů největším integračním seskupením v Africe. Vznikla roku 1963 jako Organizace africké jednoty a do dnešní podoby byla přetransformována 9. července 2002. Spolu s Africkým hospodářským společenstvím, které bylo vytvořeno roku 1994 jako reakce na nutnost řešit hospodářské problémy zemí afrických zemí, tvoří zastřešovací instituci (AU/AEC) africké integrace. Členskými státy jsou všechny africké země s výjimkou Maroka, které z organizace vystoupilo roku 1984 na protest proti přijetí Západní Sahary za člena unie.

jejím území. Mezi další státy s vysokými příjmy na obyvatele patří i další země bohaté na ropu či nerostné suroviny — Gabon, JAR, Botswana apod.

Graf č. 3: Struktura HDP dle sektorů u vybraných ekonomik, 2006



Zdroj: UNCTAD, Handbook of Statistics

Co se struktury HDP týče, leží v SSA země s různými podíly jednotlivých sektorů. V grafu č. 3 jsou uvedeny příklady modelových ekonomik s výrazným zastoupením jednotlivých sektorů. Zemědělský sektor si v afrických zemích stále uchovává důležitou roli — v tvorbě HDP a především v zaměstnanosti. Mezi státy s vysokým podílem zemědělství na tvorbě HDP patří např. Libérie, Somálsko, Guinea-Bissau. Případný průmysl v těchto zemích často úzce souvisí se zpracováváním zemědělských plodin. Například nepatrný průmysl v Guinea-Bissau je tvořen zpracováváním kešu oříšků pěstovaných v této oblasti. Země s vysokým podílem průmyslu obvykle disponují velkým nerostným bohatstvím — např. Angola, Botswana, Gabon. Extrémním případem je již zmíněná Rovníková Guinea, kde se průmysl (v tomto případě ropný průmysl) podílí na tvorbě HDP až z 91,8 %. Zpracovatelský průmysl je většinou zanedbatelný (i u průmyslově zaměřených ekonomik) a hlavním zdrojem příjmů je těžba. Z tohoto důvodu přicházejí tyto země o velkou část přidané hodnoty, kterou by mohly získat dalším zpracováním vytěžených surových materiálů. K zemím zaměřeným na sektor služeb patří např. Džibutsko, Namibie, Jihoafrická republika nebo ostrovní státy specializované především na služby spojené s cestovním ruchem (Seychelly, Mauritius). Džibutsko těží především ze své pozice dopravního uzlu mezi Indickým oceánem a Rudým mořem. Přestože hlavním zaměstnavatelem v zemi je zemědělský

sektor, kvůli malým výnosům tvoří většinu HDP služby spojené s mezinárodní lodní přepravou a překládkou.[30]

Celkový HDP zemí SSA v běžných cenách dlouhodobě roste. Jeho vyjádření v paritě kupní síly vypovídá ale o jasném růstu až od roku 2002. [31] I tento vývoj se liší napříč celým světadílem. U zemí, jejichž příjmy jsou tvořeny jednou nebo několika málo komoditami, je hodnota HDP často ovlivňována fluktuací cen na trzích tohoto zboží. To je případ zemí s výrazným podílem ropného průmyslu. Při všeobecné přetrvávající závislosti většiny světa na importu ropy se tato strategická surovina stala hlavní složkou příjmů mnoha států. Na druhou stranu se ale saldo jejich obchodní bilance stalo extrémně citlivým vůči všem změnám na světových trzích s ropou. Na druhou stranu ne všechny země disponují zásobami ropy a růst jejich ekonomiky je tím silně ovlivněn. Příkladem může být rekordní zvýšení cen ropy v roce 2008 a jejich následný pád. Země exportující ropu zaznamenaly v letech 2007–2009 růst HDP přes 8 %, zatímco ostatní země vykázaly růst kolem 5 %. Například hospodářství Nigérie je silně ovlivňováno situací na trhu s ropou. Kolem 80 % příjmů do státního rozpočtu pochází z ropného průmyslu a přes 90 % exportů tvoří produkce ropného průmyslu.

Dalším příkladem země s výraznou specializací na jedinou komoditu je Botswana, která se koncem 20. století stala jednou z nejrychleji rostoucích ekonomik ve světě. V roce 2008 dosahoval HDP/obyvatele 14.100 USD. Těžba diamantů se na tvorbě HDP podílela přibližně jednou třetinou, přičemž na hodnotě exportu až ze 70—80 %. Dlouhodobě vykazoval státní rozpočet především díky obchodu s diamanty přebytek. Zlom v cenách diamantů po roce 2000 a následná hospodářská krize ale zapříčinily snížení příjmů do státního rozpočtu. V roce 2009 prodělal těžařský průmysl v Botswaně 31% pokles, který způsobil výrazný pokles v celém národním hospodářství.[32]

Po letech vysoké *inflace* v 90. letech (v roce 1994 dosáhla průměrná inflace 49,5 %) klesla inflace zemí SSA v roce 2004 v průměru poprvé pod 10 %.[33] Je nutno nicméně poznamenat, že přes tento kladný trend zůstává inflace v Africe příliš proměnlivá a je

[30] UNCTAD: *Handbook of Statistics*, <http://stats.unctad.org/handbook/ReportFolders/ReportFolders.aspx>.

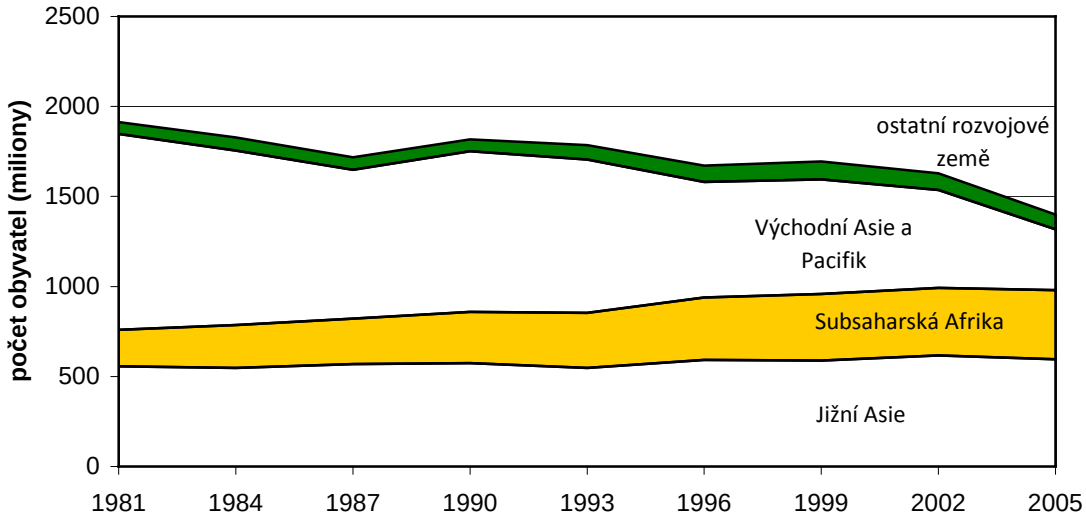
[31] MMF: *World Economic Outlook Database*, October 2009, cit 10.11.2009.

[32] Ministry of Finance and Development Planning, Republic of Botswana: *The 2010 Budget in Brief - Transforming Economy After the Crisis: 2010 and Beyond*.

[33] MMF: *World Economic Outlook Database*, October 2009, cit 10.11.2009.

velmi obtížné předpovídat její vývoj. Známým příkladem země s extrémně vysokou inflací se stala ekonomika Zimbabwe. V červnu roku 2008 byla inflace odhadována na 10 milionů procent a státní banka byla nucena začít tisknout bankovky se stále vyšší nominální hodnotou.[34] Zimbabwe trpí současně i dalšími problémy — např. vysokou nezaměstnaností, která je doprovázena existencí stínové ekonomiky.

Graf č. 4: Podíl rozvojových regionů na počtu obyvatel žijících v absolutní chudobě, 1981—2005



Zdroj: UNDP, Human Development Reports, <http://hdr.undp.org/en/statistics/data/>

Chudoba je základním problémem všech rozvojových společností (jejich podíl je znázorněn v grafu č. 4). K jejímu měření se používá ukazatel absolutní chudoby — počet nebo procento obyvatel žijících pod hranicí chudoby (s denním příjmem nižším než 1,25 USD v PPP). V roce 2005 žilo v absolutní chudobě 50,7 % obyvatel SSA. Výrazným rysem je i hloubka chudoby v této oblasti. Průměrný denní příjem obyvatel žijících pod hranicí chudoby je o 20,6 % nižší než tato hranice.[35] Rozdělení bohatství mezi obyvatelstvo je nerovnoměrné a rozdíl mezi nejchudšími a nejbohatšími vrstvami se stále zvětšuje. Ideální přerozdělování poskytuje dané skupině obyvatel procento příjmů ekvivalentní jejich podílu na celkovém počtu obyvatel. Tak tomu ale v praxi nikde není. I v zemích s nejvyšším HDP na obyvatele je podíl 10 % nejchudších obyvatel výrazně nižší. Například v Botswaně je příjem 10 % nejbohatších obyvatel 40x vyšší než příjem 10 % nejchudších obyvatel, v Namibii je rozdíl více než 100násobný.[36]

[34] Světová banka: *Country Brief*, <http://go.worldbank.org/RFP74M2PK1>.

[35] UN: *The Millenium Development Goals Report 2009*, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>.

[36] UNDP: *Human Development Reports*, <http://hdr.undp.org/en/statistics/data/>.

Velké rozdíly v bohatství mezi obyvatelstvem působí problémy a četné konflikty. Ani objevení nových zdrojů, které přináší další finanční prostředky, situaci nezlepší, protože příjmy budou znovu rozděleny mezi skupiny obyvatel nestejnoměrně.

Zadluženost afrických zemí se stala od 80. let jedním z nejvíce diskutovaných problémů Afriky. Přestože výše celkového dluhu i jeho dluhové služby v 2. polovině 90. let začala stagnovat a dokonce i mírně klesat, v roce 2003 jeho vývoj zvrátil a začal znovu růst. Pozitivní trend zaznamenal od roku 2006 vývoj dluhu vztažený k HDP i hodnotě exportu, kdy se toto procento alespoň přiblížilo k podílům ostatních rozvojových zemí a objevujících se trhů (skupina „emerging countries“).[37] Snižování dluhu pomáhá vyšší výkonnost některých afrických ekonomik, řada proběhlých reforem nebo implementace strategií navržených mezinárodními organizacemi. K jedné z nich patří multilaterální iniciativa Highly Indebted Poor Countries (HIPC) ustanovená v roce 1996 a fungující pod kontrolou Světové banky a Mezinárodního měnového fondu. Zúčastněným zemím bylo přislíbeno odpuštění části dluhu za splnění určitých podmínek — dosažení makroekonomické stability, implementace strategií za účelem zmírnění chudoby aj.[38]

Přímé zahraniční investice (PZI) tvoří důležitou příjmovou položku v ekonomikách SSA. Jejich toky jsou však až na výjimky téměř jednosměrné a nereciproční — pouze 13 % přílivu přímých zahraničních investic je generováno v zemích Afriky.[39] Hlavními příjemci PZI v roce 2008 byly Nigérie, Angola a Jihoafrická republika. Zahraniční investory lákají především možnosti investic do ropného a jiného těžebního průmyslu a do služeb. Oproti roku 2007 se celková výše investic do zemí SSA zvýšila (jejich vývoj je znázorněn v příloze č. 7). Významným investorem v oblasti bankovnictví byla State-run Industrial and Commercial Bank of China s investicí do podílu v jihoafrické Standard Bank ve výši 5,6 miliard USD. Mezi země SSA generující PZI patřila v roce 2008 hlavně Angola a Guinea. Jihoafrická republika se do této skupiny nezařadila, protože významný jihoafrický investor prodal svůj podíl u British American Tobacco.

[37] MMF: *World Economic Outlook Database*, October 2009.

[38] Světová banka: *HIPC at a Glance Guide*,< http://go.worldbank.org/85B908KVE0>.

[39] UN: *Africa Renewal*, <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol23no2/232-watch.html#unctad>.

Celkový objem investic směřujících z afrických zemí se snížil především z tohoto důvodu.[40]

Velikost trhu je důležitou charakteristikou ovlivňující produktivitu. Dostatečně velký trh umožňuje výrobcům a prodejcům snižovat náklady v důsledku úspor z rozsahu. U většiny zemí SSA je ale velikost domácího trhu nedostatečná a spotřebitelská základna příliš malá.[41] Vysvětlením může být časté samozásobitelství a nízká kupní síla obyvatelstva. Díky mezinárodnímu obchodu a rozvoji v dopravě není velikost trhu omezena státními hranicemi ani velkými vzdálenostmi. Pokud je poptávka na domácím trhu nedostatečná, mohou se producenti obrátit na další trhy. Přeshraniční obchod je častou formou obchodu v oblasti SSA. *Společný trh* a jeho realizace v rámci určitého regionu přináší obecně mnoho výhod. Jednou z těch nejvýznamnějších je možné zvyšování konkurenceschopnosti ― a to způsobem „learning-by-doing“. Afričtí vývozci by se mohli učit orientovat se v mezinárodním podnikání, ale nejprve v jim známých podmínkách. Současně je nutné zvyšovat domácí poptávku. Ekonomiky se tak stávají méně závislými a především odolnějšími vůči výkyvům na globální úrovni.[42] Celý region SSA je ale silně závislý na extra-exportu ― především do zemí Asie, Evropské unie a USA. Podíl intra-obchodu je v regionu SSA nejnižší ze všech regionů. Pouze 9 % afrického exportu tvoří obchod afrických zemí navzájem. Jejich výroba je velmi málo specializovaná a velká část výrobků je ve většině zemí dostupná z domácí produkce. S ohledem na tyto údaje lze rovněž pohlížet na fakt, že hlavním předmětem intra-obchodu zůstávají zpracovatelské výrobky, zatímco obchodu s neafrickými státy dominují primární komodity (nerostné suroviny, ropa, drahé kovy, zemědělská produkce,…), jejichž ceny se na světových trzích výrazně mění. Proto by posilování intra-afrického zahraničního obchodu pomohlo africkým ekonomikám zvýšit jejich konkurenceschopnost a diverzifikovat jejich hospodářství.[43]

Vývoj ekonomiky v regionu SSA byl a stále je silně determinován vývojem v ostatních částech světa. Současná hospodářská recese vznikla v rozvinutých zemích a ze začátku měla dopady hlavně na ně. Zprostředkovaně se s mírným zpožděním

[40] UN: *World Investment Report 2009, Transnational Corporations, Agriculture Production and Development*, p. 41―46.

[41] World Economic Forum: *The Global Competitiveness Forum Report 2009―2010*.

[42] Economic Commission for Africa, African Union: *Assessing Regional Integration in Africa II*, p. 2―3.

[43] UN: *Africa Renewal*, <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol23no2/232-watch.html#unctad>.

přesunula i do ostatních regionů. Subsaharská Afrika je se svým extrémně nízkým podílem intraobchodu zcela závislá na vývoji v ostatních regionech — především v Evropě, USA a Číně.

Výkon subsaharské Afriky zůstává v současnosti dle velikosti vyprodukovaného HDP stále téměř zanedbatelný. Velkého zlepšení dosáhl region z hlediska snížení vnější zadluženosti vzhledem k HDP – 24,5 % v roce 2008, 27,9 % v roce 2009 a pro příští rok je odhadován podobný podíl.[44] V současné době jsou ekonomiky subsaharské Afriky ovlivňovány stejně jako zbytek světa probíhající ekonomickou recesí. Kvůli jejich závislosti na vývoji v ostatních zemích jsou odkázány na změny v poptávce po jejich exportních komoditách a zboží. Ceny těchto komodit ale v roce 2007 a v první polovině roku 2008 vesměs rostly. Poté zaznamenaly (především v případě ropy velmi výrazný) pokles (vývoj cen ropy a ostatních komodit je znázorněn v příloze č. 4 a 5), který od minulého roku vystřídal znovu růst u většiny zemědělských komodit i nerostných surovin. I přes období recese se v roce 2008 celková hodnota přílivu PZI zvýšila (na úkor zemí severní Afriky), ze všech PZI směřujících na africký kontinent skončilo v zemích subsaharské Afriky 73 % celkových toků oproti 64 % v roce 2007.[45]

Co se budoucího vývoje týče, narážejí země SSA stále na podobné problémy, které jim brání v efektivnějším a rychlejším rozvoji. Není ale v silách vlád či lidí všechny tyto překážky překonat.

[44] MMF: *World Economic Outlook Database*, October 2009, cit 10.11.2009.

[45] UNCTAD, *World Investment Report 2009*, p. 42-44.

2. Infekční nemoci a jejich dopad na rozvoj zemí Subsaharské Afriky

Afrika je podle dosavadních poznatků nejdéle obydleným světadílem. Příhodné klimatické podmínky spolu s dlouhodobým soužitím a společným vývojem lidí s ostatními organismy vedl ale i ke vzniku a následnému rozšíření mnoha nemocí. V Africe vzniklo mnoho smrtelných nemocí — AIDS, malárie, spavá nemoc, žlutá zimnice aj. Jejich rozšíření má vliv na současnou celkovou situaci v regionu i na jejich budoucí rozvoj.

2.1 Stav infekčních nemocí v oblasti Subsaharské Afriky

„Infekční nemoci jsou choroby, jejichž původcem je mikroorganismus, nejčastěji virus nebo bakterie. Šíří se přenosem mikroorganismu z nemocného jedince na jedince ostatní. Mikroorganismy se přenášejí vzduchem, vodou, tělesnými tekutinami, přímým dotykem aj., nebo prostřednictvím jiných přenašečů, např. hmyzu, hlodavců a jiných zvířat.“[46]

Výskyt a míra rozšíření infekčních nemocí je podmíněn celou řadou faktorů — klimatických, biologických, sociálních, ekonomických i politických. V oblasti SSA se jedná o společné působení více podmínek podporujících současný stav infekčních nemocí.

- V podmínkách subtropického a tropického klimatického pásu je šíření nemocí usnadněno přítomností velkého počtu jejich původců i přenašečů. Dalším faktorem je přítomnost velkého počtu lidem blízce příbuzných zvířat (lidoopi, opice,…). K přenosu nemocí mezi ontogeneticky příbuznějšími organismy dochází s větší pravděpodobností díky podobnější genetické výbavě.
- Negramotnost většiny obyvatel, nedostupnost informací, nedostatečná a nedostupná lékařská péče neumožňují prevenci ani účinný boj proti nemocím. Jejich šíření se tak dostává mimo možnou kontrolu.
- Chudoba snižuje životní úroveň obyvatelstva, přispívá k jeho horšímu zdravotnímu stavu a tím i k nižší odolnosti organismu proti infekčním nemocím.

[46] VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*; 4. vydání.

Dvě třetiny městského obyvatelstva žijí ve slumech (s nedostatečným přístupem k pitné vodě, ve špatných hygienických podmínkách, v přelidněných místnostech a příbytcích postavených z netrvanlivých materiálů).

- Vysoký podíl venkovského obyvatelstva a obyvatelstva pracujícího v zemědělství zvyšuje riziko nákazy, protože velká část obyvatelstva žije v těsném kontaktu se zdroji nákazy a současně nemá v takových oblastech přístup k dostatečnému sanitárnímu a hygienickému zařízení.
- Nedostupnost nezávadné vody zhoršuje hygienické podmínky. Voda běžně používaná a nijak neupravená může být zdrojem mnoha chorob (cholera, dětská obrna aj.). K celkovému oslabení populace přispívá i nejvyšší procento podvyživeného obyvatelstva na světě, které se nedaří snižovat.
- Bezpečnostní situace ovlivňuje životní standard všech lidí v zemi. Konflikty a války vedou k vyčerpávání obyvatel i přírodních zdrojů a uvrhují obyvatelstvo do větší chudoby. Během válečných konfliktů a po jejich skončení dochází k rozsáhlé migraci obyvatelstva, která rovněž přispívá k šíření nemocí přes hranice.
- Bez stabilního politického vedení není možné vytvářet ani následovat programy bojující proti nemocím a pandemiím, vyžadující dlouhodobé strategie a plnění.

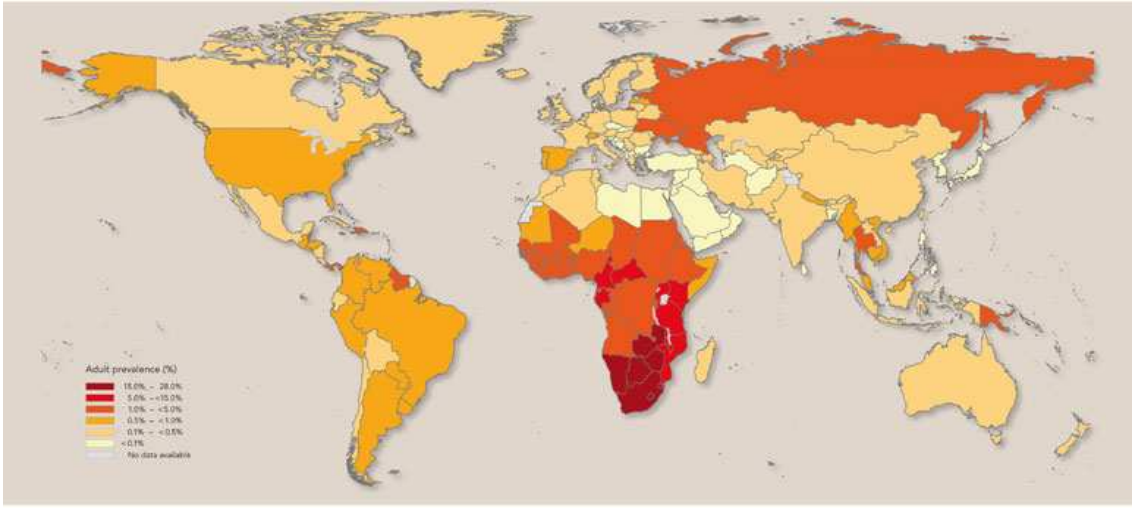
Mezi nejzávažnější onemocnění ohrožující obyvatelstvo SSA patří: HIV/AIDS, tuberkulóza, malárie, schistosomóza, spavá nemoc, žlutá zimnice a onchocerkóza. Důležitými indikátory určujícími velikost jejich vlivu na rozvoj regionu je nejen počet infikovaných a zemřelých, ale i projevy nemoci a její následky.

HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) je virus lidské imunodeficience patřící do skupiny lidských retrovirů. Je schopen dlouhodobě přežívat v napadených buňkách, k nimž patří zejména CD4 lymfocyty, jejichž porušená funkce a postupný zánik narušují imunitu, a makrofágy. Virus se přenáší pohlavním stykem, krví a možný je též přenos z matky na plod. Viry jsou značně citlivé k vnějšímu prostředí a ničí je běžné dezinfekční prostředky, UV záření, teplo, apod. HIV pozitivní jedinec má protilátky proti viru HIV, které vznikají po týdnech až měsících od nákazy. Nechrání však nemocného před virem. Rizikem tak zůstává období od nákazy až ke vzniku prokazatelných protilátek, během něhož nelze nákazu zatím prokázat, přestože postižený jedinec již může virus dále přenášet. Samotná nákaza má jen nenápadné příznaky, probíhá obvykle jako „chřipkové“ onemocnění. Vznik vlastního onemocnění

může trvat mnoho let. Nejrozvinutějším stádiem choroby je Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS, česky syndrom získané imunodeficience). Zpočátku má méně specifické příznaky. Později dominují příznaky vyplývající ze snížené odolnosti proti infekcím a těžký průběh infekčních chorob. Bývají těžké záněty plic, mozku, virové infekce, některé nádory, postižení kůže. Postižení nervového systému může vést k demenci. Onemocnění zatím nelze vyléčit, i když může mít různý průběh.[47]

Obrázek č. 3: Prevalence viru HIV u dospělých (v %) ve světě, 2007



Zdroj: WHO/UNAIDS, <http://www.who.int/hiv/facts/hiv2007/en/index.html>

Na celém světě byl v roce 2008 celkový počet lidí infikovaných virem HIV odhadován na 33,4 miliony lidí. Přestože se počet nových případů od roku 1996, kdy dosáhl vrcholu, stále snižuje, celkový počet lidí infikovaných virem HIV stále roste. Region Subsaharské Afriky se na celkovém počtu infikovaných lidí podílel z 67 %. V regionu došlo k 72 % z celkového počtu úmrtí na AIDS.[48]

Virus HIV se vyskytuje ve zvýšené míře po celé SSA, nejbohatší země regionu nevyjímaje. Kvůli značnému pohybu obyvatelstva je šíření nemoci usnadněno a virus se dostává do dalších oblastí. Vzhledem ke snadnému přenosu z více zdrojů se nákaza šíří napříč celou sociální strukturou společnosti. Nejvíce ohroženou skupinou obyvatelstva jsou rozvedené nebo ovdovělé ženy. Ženy a dívky tvoří 60 % všech případů infekce. Velký podíl na tomto faktu má ženská fyziologie, nižší gramotnost a omezená práva.

[47] VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*; 4. vydání.

[48] UNAIDS/WTO: *AIDS Epidemic Update 2009*, s. 21.

Užívání antikoncepce je v zemích SSA málo rozšířené a při nechráněném pohlavním styku jsou ženy vystaveny velkému riziku nakažení. Informace o možnosti prevence jsou pro většinou negramotnou část populace téměř nedostupné a riziko zvyšuje i fyzické a sexuální násilí uplatňované vůči ženám, které nemají možnost se bránit ani svobodně rozhodovat o svém sexuálním životě. Dle statistik se vyšší riziko nákazy u žen objevuje v nižším věku než u mužů. V oblasti jižní Afriky je ve věkové skupině 15—24 let prevalence u žen 3krát vyšší než u mužů. Důvodem je brzký počátek sexuálního života u dívek a obvyklé sexuální vztahy se staršími muži, u nichž je riziko infekce vyšší než u mužů nižšího věku.[49] Vysoká pravděpodobnost prevalence u ovdovělých žen je způsobena tradičními kulturními zvyklostmi jako je např. dědění vdov a jejich očista. Vdovy jsou často nuceny mužskými členy manželovy rodiny nebo celou komunitou k pohlavnímu styku. Děje se tak kvůli víře, že pokud vdovu žádný muž nezdědí, postihne celou její rodinu neštěstí. Druhým důvodem může být v některých komunitách tzv. rituální očista — předtím než se vdova znovu vdá nebo je zděděna, zaplatí komunita nějakému muži, aby ženu rituálně očistil skrz pohlavní styk. Podobné kulturní zvyklosti spolu s malou osvětou jsou hlavním důvodem nekontrolovatelného šíření viru HIV mezi obyvatelstvem, protože se jedná o prvky společnosti, které nelze změnit v krátkodobém ani střednědobém horizontu.

Velkým problémem je léčba nakažených. Používají se antiretrovirové přípravky nebo inhibitory reverzní transkriptázy. Účinnější léčbou je kombinace několika léků. Dle odhadů 44 % nakažených dospělých a dětí bylo léčeno v roce 2009 potřebnými antiretrovirotiky, v roce 2004 to byla pouze 2 %.[50] Vzhledem k nemožnému úplnému vyléčení jednou nakaženého jedince zůstává nejdůležitější částí boje proti šíření viru HIV prevence — chráněný pohlavní styk, testování rizikových skupin, vyšetření krve určené k transfuzi, používání jednorázových lékařských pomůcek a injekčních stříkaček aj. Rozšíření antikoncepce je ale velmi malé — např. v roce 2002 používalo kondom pouze 15 % obyvatel Svazijska. Důvodem není pouze jeho nedostupnost, ale především dlouholetá tradice typické africké početné rodiny, sexuální násilí na ženách a značná promiskuita mnoha afrických kultur. Testování rizikových skupin samotný problém neřeší. Strach ze společenského vyloučení často nedovolí infikovanému jedinci přiznat nemoc svému okolí. Podávání antiretrovirotik během těhotenství za účelem snížení

[49] UNAIDS/WHO: *AIDS Epidemic Update 2009*, s. 22—23.

[50] UNAIDS/WHO: *AIDS Epidemic Update 2009*, s. 25.

rizika přenosu viru na dítě během prenatální i postnatální fáze je poměrně účinným způsobem ochrany dítěte. Léky jsou ale v celé řadě zemí pro tento účel nedostupné a pokrývají pouze malou část potřeby. Vyšetření krve při transfuzi se v posledních letech významně zlepšilo a mělo by být až 100%.[51,52]

Jižní Afrika je nejvíce postiženou oblastí na světě (viz obrázek č. 3). Leží zde země s nejvyšší prevalencí viru HIV — Svazijsko (26,1 %), Botswana (23,9 %) a Lesotho (23,2 %).[53] Hlavním důvodem vysokého výskytu HIV/AIDS ve Svazijsku jsou tradiční zvyky, které v zemi nehledě na vysokou pravděpodobnost nákazy přetrvávají. Svazijská kultura je silně patriarchální, uznává polygamii a za hlavní životní úlohu ženy považuje rození co nejvíce dětí. Manželským svazkům se nepřikládá význam, muž může mít mnoho dětí s různými partnerkami. Povinností ženy je přivést na svět mužského potomka, protože jen ten může zachovat další generace. Po porodu dcery tak musí následovat další těhotenství.[54] Současný stav onemocnění ve Svazijsku se tak váže na hluboce zakořeněné tradice ve společnosti, které není možné ovlivnit zvenčí a v krátkém čase. V ostatních zemích jižní Afriky jsou důvody pro vysokou prevalenci HIV/AIDS podobné. Důležitým faktem je i popírání závažnosti onemocnění a jeho původu. Nemoc je v řadě zemí výrazně tabuizována a popírána. To podporuje i fakt, že člověk infikovaný virem HIV často dříve umírá na jiné nemoci — především tuberkulózu.

TUBERKULÓZA

Tuberkulóza (TBC) je závažné infekční onemocnění, jehož vyvolavatelem je nejčastěji bakterie komplexu *Mycobacterium tuberculosis*. TBC může postihovat řadu orgánů (ledviny a močové orgány, střevo, mízní uzliny, kůži, kosti, klouby). Klasickou formou je tuberkulóza plic. K nákaze dochází obvykle přímým vdechnutím bakterií vylučovaných nemocným. Vývoj nemoci závisí na celkové odolnosti, která je u mnoha lidí zvýšena očkováním. Onemocnění plicní TBC může probíhat relativně mírně,

[51] UNAIDS/WHO: *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS — Swaziland, Lesotho, Botswana*, <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epifactsheets.asp>.

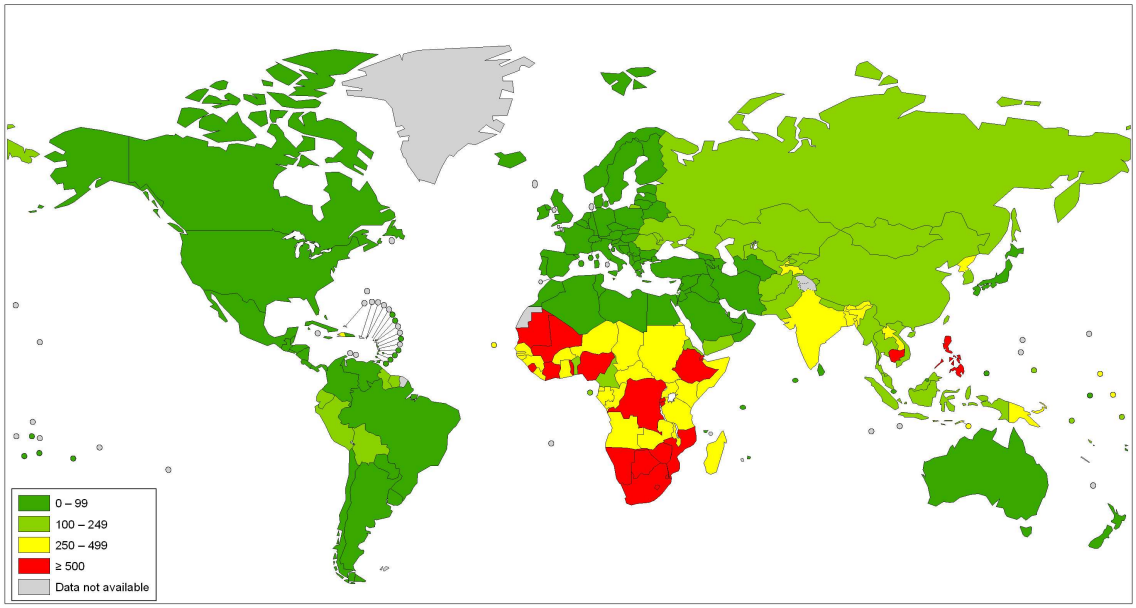
[52] WHO: *Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress report 2009*.

[53] CIA: *The World Factbook*, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.

[54] Integrated Regional Information Networks (IRIN): *Swaziland: A culture that encourages HIV/AIDS*, <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49e6ef2dc.html>.

u oslabených jedinců však dochází k mohutnému rozsevu drobných ložisek v celém organismu (včetně postižení mozkových plen) a k těžkému tuberkulóznímu zápalu plic. Příznaky jsou kašel, zvýšená teplota, pocení, nechutenství, hubnutí, malátnost. Při těžším průběhu horečky, výrazné hubnutí, závažné projevy plicního onemocnění včetně poruch plicních funkcí, vzniku pleuritidy, pneumothoraxu, respirační insuficience aj. TBC je častější u osob se sníženou imunitou (HIV infekce aj.).[55]

Obrázek č. 4: Prevalence tuberkulózy (na 100.000 obyvatel) ve světě, 2007



Zdroj: WHO/UNAIDS, <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>

Právě spojitost mezi výskytem HIV/AIDS, resp. mezi sníženou odolností organismu, a TBC napomáhá šíření nemoci ve stejných geografických oblastech. Úspěšnost léčby u pacientů současně infikovaných HIV/AIDS je výrazně nižší — menší procento pacientů se zcela vyléčí a větší procento umírá. Region SSA vykazuje největší procento nakažených i nejhorší výsledky léčby. Mezi nejpostiženější země patří Nigérie, Etiopie, Demokratická republika Kongo, státy jižní a západní Afriky (viz obrázek č. 4 a příloha č. 8).[56]

Léčba tuberkulózy je případem léčby, kdy účinné látky nalezeny byly, ale přesto se nemoc nepodařilo dostat pod kontrolu a již objevené a osvědčené léky postupně ztrácí svou účinnost. Streptomycin — první účinný lék proti tuberkulóze — byl objeven až

[55] VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*; 4. vydání.

[56] WHO: *Global Tuberculosis Control 2009, Epidemiology Strategy Financing*, s. 6—10.

roku 1944. Přestože umožňoval úplné vyléčení nemocného, TBC se vymítit nepodařilo. V současné době se při léčbě dlouhodobě podávají kombinace antituberkulotik. Problémem je existence rezistentních kmenů bakterií. Léčba trvá několik měsíců a nemocný musí užívat kombinaci 4—5 léků v pravidelných intervalech. Pokud toto není dodrženo, není organismus zcela vyléčen a bakterie si vytváří resistenci proti podávaným medikamentům. Jistota správné léčby je zaručena pouze přímým dohledem zdravotnického personálu. Úspěšnost léčby pod přímým dohledem — tzv. strategie DOTS (Directly Observed Therapy Short-Course, hlavní součást strategie WHO v boji proti TBC ve světě) — se pohybuje celosvětově kolem 85 %, v zemích SSA kolem 76 %.[57] Je to způsobeno nižší účinností této strategie při její implementaci na obyvatelstvo s vysokou pravděpodobností dvojí nákazy — TBC a současně HIV/AIDS — a vysokou mírou resistence vůči lékům. Léčbu je tedy nutné přizpůsobovat specifickým nárokům, což náklady na ni zvyšuje. Výdaje na kontrolu a léčbu TBC se ve světě i zemích SSA od roku 2002 téměř ztrojnásobily, což vede k problémům a mezerám v jejich financování (viz přílohy č. 10 a 11).

MALÁRIE

Malárie je infekční parazitární onemocnění způsobené prvokem *Plasmodium*. Vyskytuje se v subtropických a tropických oblastech. Plasmodium prodělává část životního cyklu v samičce komára rodu *Anopheles,* která je kousnutím přenáší na člověka. Přenos je rovněž možný např. transfuzí. V lidském těle se parazit vyvíjí v játrech a zejména v erytrocytech, které se jeho působením rozpadají. Doba od kousnutí komárem ke vzniku příznaků kolísá podle druhu plasmodia od 10 dnů do několika měsíců. Klasickým příznakem je zimnice s následnou vysokou horečkou, která za několik hodin opět klesá. Za 2 až 4 dny se záchvat opakuje. Plasmodia mohou přežívat v játrech a onemocnění se může navracet i po mnoha letech a vést k poškození některých vnitřních orgánů.[58] Rozšíření malárie v tropických oblastech SSA je podmíněno základními podmínkami pro proběhnutí životního cyklu parazita (Plasmodia). K transformaci Plasmodia do fáze, která je pro člověka infekční, je třeba teplot nad 22°C. Proto se malárie vyskytuje především v oblastech tropů s vysokými průměrnými teplotami a v oblastech s chladným klima a ve vyšších nadmořských výškách je její přenos minimální. Délka života vektora přitom převyšuje inkubační dobu

[57] UN: *Millenium Development Goals Report 2009,* <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>.

[58] VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*; 4. vydání.

infekčnosti Plasmodia. Přírodní podmínky jsou tak hlavním důvodem vysokého rozšíření malárie v SSA, která zaznamenává 90 % všech případů ve světě. V rámci SSA se oblasti s největším rozšířením nachází ve středním pásu afrického kontinentu — podél rovníku v tropické části Afriky.[59] Vývoj počtu případů malárie v nejpostiženějších zemích je znázorněn v příloze č. 9.

Léčba malárie je poměrně náročná a nákladná. Stejně jako u bakteriálních kmenů způsobujících TBC se i u těchto prvoků vyvinula určitá resistence proti dosud užívaným lékům. Vhodná je proto kontrola pravidelnosti jejich užívání a kombinace více léků, což léčbu zdražuje a tím i snižuje její dostupnost. Dříve hojně využívané antimalarikum představuje chinin. V malé míře působí jako analgetikum a antipyretikum. Při předávkování se ale objevují vážné vedlejší příznaky — nevolnost, závratě, úplná hluchota a slepota (přechodně), případně až smrt. Chinin má rovněž abortivní účinky, neměl by být tedy podáván ženám v těhotenství. I na tuto látku přestávají ale některé parazitální kmeny reagovat. Nejdůležitější tak znovu zůstává prevence — zaměřená především proti přenašeči. Uplatňují se antimalarické sítě a insekticidy k ochraně lidských příbytků a jejich okolí. Rozšíření antimalarických sítí zaměřené především na dětskou populaci se v posledních letech viditelně zvětšilo. V některých zemích (Gambia, Guinea-Bissau, Togo) spí pod těmito sítěmi téměř polovina dětí. V ostatních zemích se jejich procento zvýšilo. Jako účinný se ukázal i postřik vodních a zamokřených ploch olejovými přípravky, které ničí larvy komárů. Známé insekticidy jsou ale nákladné a nestačí. V mnoha státech se tak stále používá všude dobře dostupné DDT, přestože jeho negativní dopady na životní prostředí byly prokázány již dávno.

DALŠÍ NEMOCI

Obyvatele SSA neohrožují pouze tyto nemoci, přestože jejich vliv je pokládán za nejvážnější kvůli rozsáhlosti oblastí a počtu lidí, které zasahují. Především lokálně jsou důsledky některých dalších nemocí ještě viditelnější.

Africká trypanosomóza (spavá nemoc) je nemoc vyvolaná prvokem *Trypanosoma gambiense* (chronická forma) vyskytující se v blízkosti vodních ploch západní a centrální Afriky a *Trypanosoma rhodesiense* (akutní forma) vyskytující se v oblastech východoafrických savan a jižní Afriky. Přenos se děje pomocí mouchy tse-tse.[60] Nejvíce

[59] WHO: *Factsheet on Malaria*.

[60] VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*; 4. vydání.

je ohroženo venkovské obyvatelstvo těchto oblastí, závislé na zemědělství a rybolovu. Hostitelem některých druhů Trypanosom mohou být domácí i divoká zvířata. Stávají se tak dalším zdrojem nákazy. V těchto oblastech navíc úplně chybí nebo nedostačuje lékařská péče. Hlavními ohnisky nemoci zůstávají Angola, Demokratická republika Kongo a Súdán. Počet případů v těchto zemích se v posledních 20 letech významně zvýšil.

Žlutá zimnice je těžké virové onemocnění vyskytující se v tropech. Projevuje se vysokými horečkami se zimnicí, poškozením jater a ledvin, kostní dřeně, krvácivými poruchami. Dojde-li k uzdravení, zanechává nemoc trvalou imunitu. Virus je přenášen komárem.[61] V boji proti žluté zimnici a jejímu rozšíření se jako nejúčinnější strategie ukázaly postřiky ničící kolonie komárů a jejich larev stejně jako v případě malárie. Mnohé oblasti byly tímto způsobem postupně eradikovány, SSA ale zůstává oblastí s vysokou prevalencí žluté zimnice.

Schistosomóza (bilharióza) je parazitární onemocnění způsobené motolicemi *Schistosoma*. Na člověka se přenášejí larvy, které žijí ve vodě (mezihostitelem jsou plži) a mají schopnost pronikat lidskou kůží a dozrávat v dospělé červy v krevním oběhu některých orgánů. V nich kladou vajíčka způsobující onemocnění. Nejčastější je postižení močového a trávicího ústrojí. Na celém světě je schistosomózou infikováno asi 207 milionů lidí, z čehož 85 % žije v SSA. Schistosomóza ohrožuje znovu především obyvatelstvo v zemědělských oblastech a s nízkou úrovní hygienických podmínek.[62]

Onchocerkóza je onemocnění vyvolané parazitujícím červem *Onchocercus volvulus*. Postižena je kůže, patrné mohou být uzlíky se stočenými červy (onchocerkomy). Závažné může být postižení oka vedoucí někdy až ke slepotě (tzv. říční slepota).[63] Právě hrozba slepoty je pro mnoho lidí žijících v blízkosti řek, které jsou zdrojem nákazy, důvodem k odchodu z těchto jinak úrodných oblastí. Toto stěhování snižuje produktivitu obyvatelstva činného v zemědělství a zvyšuje jejich chudobu.[64]

[61] VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*; 4. vydání.

[62] WHO: *Schistosomiasis*, <http://www.who.int/topics/schistosomiasis/en/index.html>.

[63] VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*; 4. vydání.

[64] WHO: *African Programme for Onchocerciasis Control*, <http://www.who.int/apoc/onchocerciasis/en/index.html>.

Všechny tyto (a další) nemoci mají podobné jmenovatele podmiňující jejich výskyt právě v oblasti SSA (viz přehled na začátku kapitoly). Uvedená onemocnění jsou ale rozšířená i mimo region SSA. V této oblasti se je ale dlouhodobě nedaří dostat pod kontrolu a jejich vliv na společnost a hospodářství jednotlivých zemí je výraznější a závažnější.

2.2 Vliv infekčních nemocí na rozvoj zemí v regionu

Infekční nemoci ovlivňují rozvoj jednotlivých zemí v několika fázích a aspektech. Jejich jediným projevem odrážejícím se v rozvoji není pouze smrt infikovaného jedince, ale i jejich průvodní příznaky projevující se ještě za života nemocného — postižení, invalidita, závislost na jiné osobě, neurologické poruchy, příp. demence aj. Ty vedou k dalším následkům a ve výsledku mají vliv na celkovou situaci v zemi.

2.2.1. Demografické důsledky

Infekční nemoci mají primární dopad na demografický profil obyvatelstva, přes který působí dále na sociální a ekonomickou situaci dané země.

Vysoká prevalence infekčních nemocí zvyšuje úmrtnost v regionu a snižuje průměrný věk dožití obyvatelstva. I když očekávaný věk dožití u obyvatel v regionu SSA celkově roste, je výrazně nižší než v ostatních regionech. V rámci regionu však existují velké rozdíly. Největší propad v jeho výši zaznamenaly země jižní Afriky, na které má rozhodující vliv působení viru HIV a s ním spojených dalších nemocí. Toto propojení je podpořeno i obdobím, kdy se tento pokles začal projevovat. Průměrný očekávaný věk dožití v některých zemích se během posledních 20 let snížil téměř na polovinu (viz tabulka č. 3 a příloha č. 7). Ze všech států SSA se pouze v jedné zemi očekává věk dožití vyšší než 60 let — Togo, 61 let, průměr regionu je o 10 let nižší.[65]

Tabulka č. 3: Očekávaná doba dožití při narození ve vybraných zemích, 1975—2010

	1975 - 1980	1980 - 1985	1985 - 1990	1990 - 1995	1995 - 2000	2000 - 2005	2005 - 2010
Botswana	59,97	63,26	65,14	64,21	51,95	36,60	33,87
Lesotho	51,71	54,41	56,41	58,26	48,54	36,67	34,31
Svazijsko	52,58	55,57	57,40	55,63	44,51	32,95	29,88
JAR	55,54	58,36	61,18	62,02	58,44	49,02	44,06
Zimbabwe	57,68	60,34	61,65	56,38	43,80	37,21	37,29
Zambia	51,66	51,50	49,23	43,41	38,67	37,42	39,11

Zdroj: UNDP, Human Development Reports, <http://hdr.undp.org/en/statistics/data/>

[65] Population Reference Bureau: *World Population Data Sheet 2009*, <http://ww.prb.org>.

Dopad infekčních nemocí na demografický profil obyvatelstva se odráží především ve věkové struktuře populace. Věkové složení populace je tak posunuto ve prospěch mladších věkových vrstev. V některých státech je předvídán nový typ věkového diagramu — ve tvaru komínu. Natalita se stále drží na vysoké úrovni, udržuje se tak vysoký podíl nižších věkových kategorií. Vysoká mortalita na druhé straně neumožňuje celkové stárnutí populace, jako je tomu například v rozvinutých zemích. Výsledkem tohoto trendu je právě zmíněný tvar věkového diagramu. Počet mužů ve věkové skupině 15—49 by přitom měl v některých zemích (např. v Botswaně) významně převýšit počet žen stejné věkové kategorie.[66] Starší muži by byli nuceni hledat si partnerky stále nižšího věku, které by prostřednictvím dalších vztahů nebo manželství roznášely onemocnění dále. Vzhledem k dlouhodobému přežívání viru HIV v těle (než nastane smrt infikovaného jedince) se následky aktuální incidence[67] projeví až za několik let až desítek let. Výsledky preventivních programů přijímaných v současnosti mohou být proto posuzovány až v kontextu dlouhodobého horizontu. Současně je ale nutné vzít v úvahu nejen přímý vliv HIV/AIDS, ale rovněž jeho působení spolu s ostatními faktory — zejména zvýšenou náchylnost k dalším infekcím a nemocem — zejména tuberkulóze. Mnoho HIV infikovaných umírá nikoliv na vlastní nákazu HIV/AIDS, ale často dříve podlehne jiné nemoci, které není se svou oslabenou imunitou schopen účinně čelit. V některých státech tento fakt podporuje snahy popírat existenci a snižovat význam šíření viru HIV.

Kvůli vysoké úmrtnosti se zpomaluje růst populace. V některých zemích je v budoucnu očekáván téměř nulový populační růst, např. dle predikcí se bude populační růst v Jihoafrické republice stále snižovat a v rozmezí let 2045—2050 dosáhne 0,12 %, podobně Lesotho (0,192 %). Důvodem tohoto trendu je očekávaná snižující se porodnost v rozvojových zemích doprovázená výrazně se neměnící úmrtností.[68] Od celého regionu je ale i do budoucna očekáván vyšší populační růst v porovnání se světovým průměrem. To svědčí o existenci velkých rozdílů napříč zeměmi SSA. Nejnižší přirozené přírůstky obyvatelstva vykazují země jižní Afriky — Lesotho (0,2 %), Jihoafrická republika (0,8 %), Botswana (1,3 %), Zimbabwe (1,4 %), Svazijsko

[66] Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa: *Africa: The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS*, p. 3—4.

[67] Incidence — počet nově vzniklých případů v dané populaci za určité časové období.

[68] UNCTAD: *Handbook of Statistics*.

(1,6 %). V případě Lesotha je nízký populační růst způsoben především na straně vysoké úmrtnosti (v pořadí 2. nejvyšší na světě[69]). Nízký přírůstek nevyrovnává ani migrace, jejíž čistá hodnota je v současnosti záporná.[70] Stejné příčiny lze najít i u Jihoafrické republiky. Botswana se od obou těchto zemí liší. Úmrtnost není tak vysoká (i díky dětské úmrtnosti, která je i v celosvětovém porovnání poměrně nízká) a migrace se významně podílí na celkovém populačním růstu. Imigranty tvoří hlavně lidé z okolních zemí (především ze Zimbabwe), kteří hledají v Botswaně lepší pracovní příležitosti a stabilnější situaci. Nejvyšších přírůstků kolem 2—3 % naopak dosahují země západní, centrální a východní Afriky — Niger (3,9 %), Uganda (3,4 %), Benin a Burkina Faso (3,2 %), Dem. rep. Kongo (3,1 %). U těchto zemí je vysoký přirozený přírůstek způsoben především velmi vysokou natalitou (kolem 50 ‰), zatímco jejich úmrtnost se pohybuje kolem regionálního průměru.[71]

Infekční nemoci neovlivňují pouze přirozený pohyb obyvatelstva, ale v jejich souvislosti je možné uvažovat i o zvýšené migraci, která je způsobena vysokým rizikem nákazy v některých oblastech. Často se ale jedná spíše o vnitrostátní migraci spojenou s nemocemi vázanými na menší území, protože rozšíření onemocnění jako HIV/AIDS, TBC či malárie je delokalizováno na celém kontinentu a riziko nákazy je přibližně stejné na velkých územích. Například v případě nemocí vázaných na parazity vyskytující se v blízkosti řek a vodních zdrojů (onchocerkóza, schistosomóza, aj.) volí lidé raději odchod do méně úrodných před rizikem nákazy a pozdějších vážných následků (např. říční slepota). Vysoce rizikové oblasti, které jsou ale současně díky dostupnosti vodních zdrojů úrodnější, zůstávají nevyužity a zemědělská produkce tak zaostává za svým potenciálem. Nedostatečné využití zemědělsky výhodných ploch způsobuje v oblastech na zemědělství závislých a s vysokou mírou samozásobitelství značné problémy — především chudobu a hlad. Této migraci je těžké zabránit bez eradikace konkrétních oblastí, které se dlouhodobě nedaří dosáhnout.

2.2.2. Sociální a ekonomické důsledky

Důsledky infekčních nemocí a jejich působení na demografickou strukturu regionu se dále přenášejí do sociální a hospodářské oblasti jednotlivých zemí. Tyto dvě oblasti

[69] CIA: *World Factbook, Country Profile — Lesotho*.

[70] tamtéž.

[71] Population Reference Bureau: *World Population Data Sheet 2009*, <http://www.prb.org>.

spolu úzce souvisí, protože ekonomické faktory přímo ovlivňují sociální strukturu obyvatelstva a mají velký vliv především na postavení jedince v sociální struktuře a na jeho chudobu.

Infekční nemoci a jejich projevy jsou spojeny s různými náklady — přímými i nepřímými, které musí jedinec, popř. stát, vynakládat. Poměrně lehce kvantifikovatelnou položkou jsou přímé náklady související s prevencí a léčbou infekčních nemocí. Onemocnění nemusí mít hned od svého počátku vážné projevy. Pokud je nicméně nemoc diagnostikována a je nasazena léčba, má to vliv na výdaje daného jedince či státu.

Výdaje státu na zdraví se liší (viz příloha č. 12 a 13). V některých zemích se stát podílí na výdajích na zdraví nadpoloviční spoluúčastí — např. Angola (81,5 %), Botswana (78,4 %) nebo Rovníková Guinea (78,9 %), Džibutsko (75,8 %). V jiných zemích naopak převažuje osobní spoluúčast — např. Guinea (88,1 %), Kamerun (72 %), Uganda (71,4 %), Nigérie (69,1 %), Ghana (65,9 %). Největší podíl celkových výdajů za zdraví na HDP vykazují Malawi a Rwanda (obě přes 10 %), JAR, Zimbabwe, Botswana a Uganda. V absolutní výši vydají nejvíce na jednoho obyvatele vlády Jihoafrické republiky, Botswany, Namibie a Svazijska.[72] Tyto údaje odpovídají zemím s vysokým počtem obyvatel a současně se zvýšenou prevalencí určitých onemocnění. Ve zmíněných výdajích jsou zahrnuty veškeré náklady na léčbu i prevenci. Léčba některých onemocnění je velmi nákladná — nejen cenou samotných léků, ale i nároky na zdravotnický personál (např. zmíněná strategie DOTS v popisu léčby TBC). Při velkém počtu nemocných a snadném a rychlém šíření infekčních nemocí není ani možné všechny nemocné účinně léčit a dosáhnout snížení prevalence. Jako účinnější se tak jeví preventivní programy, které ale na druhé straně vyžadují dlouhodobé a kontinuální strategie. I ty s sebou nesou velké náklady. U většiny přenositelných nemocí se klade velký důraz na udržení sterilních lékařských nástrojů či bezpečných zásob krve a jejích derivátů. Pro mnoho chudých zemích jsou ale tyto (v rozvinutém světě) dnes již běžně užívané a základní procedury (screening krve aj.) příliš nákladné.[73]

Další náklady na prevenci jsou vztaženy ke kultivaci krajiny a k používání různých ochranných pomůcek (antimalarických sítí aj.). V oblasti SSA, kde převažuje

[72] WHO: *World Health Statistics 2008*.

73 KENT A. SETKOWITZ, M.D. *One Disease, Two Epidemics*, <http://forum.medmicro.info>.

venkovské obyvatelstvo (pro celou oblast v průměru 64 %[74] všech obyvatel) a většina obyvatel se živí prací v zemědělském sektoru a je tak neustále vystavena zdroji infekcí, je jejich užívání jedinou ochranou před zdrojem onemocnění.

Příkladem poměrně úspěšné dlouhodobé vládní strategie může být HIV & AIDS Programme v Botswaně — program koordinovaný ze strany vlády Botswany a UNDP. Botswana jako stát se současnou druhou nejvyšší prevalencí viru HIV na světě přijal tento program v roce 1998. Právě Botswana je příkladem země s obrovským přírodním bohatstvím, které kontrolovaně ze strany státu využívá jako zdroj prostředků k financování vlastního rozvoje. Mimo tohoto programu jsou v Botswaně implementovány další HIV & AIDS programy z vlastní iniciativy některých korporací působících v zemi (např. Debswana — největší světový producent diamantů). Pokrytí antiretrovirotiky v zemi v současnosti dosahuje 80 %, daří se snižovat počet úmrtí na HIV/AIDS i počet dětí osiřelých v důsledku HIV/AIDS.[75]

Na chudobě obyvatel se odráží i osobní spoluúčast nemocných ve formě tzv. **out-of-pocket plateb (OOPs)**. Jedná se o 1) poplatky placené soukromými osobami veřejným či soukromým poskytovatelům zdravotnické péče nebo 2) spoluúčast při hrazení nákladů zdravotnické péče, které plně nepokrývá pojištění. Ve státech s vysokou prevalencí některých nemocí způsobují tyto výdaje problémy především rodinám s nižšími a středními příjmy a stávají se příčinou jejich dalšího ochuzování. Dle statistik jsou OOPs hlavním faktorem způsobujícím finanční problémy domácností v souvislosti s náklady zdravotní péče.[76] Logicky znamenají pro nemocného dvě možné situace — zaplatí si lékařskou péči a přijde tak o část svého příjmu, nebo si ji nemůže dovolit a ohrožuje tím své zdraví až život. Oba přístupy znamenají riziko a v tomto místě může sehrát důležitou roli stát a jeho přístup k řešení tohoto problému. Příkladem mohou být znovu některé země jižní Afriky, ve kterých je podíl těchto plateb na soukromých výdajích menší než u ostatních zemí. Nejnižší je tento podíl u Namibie, Jihoafrické republiky a Botswany, jeho procento se u těchto zemí zároveň dlouhodobě stále snižuje. Jedná se vesměs o země s vysokou prevalencí některých nemocí — v jižní Africe jde hlavně o HIV/AIDS a TBC. Opačným příkladem je 100% podíl OOPs v Burundi,

[74] WB: *World Development Indicators Database*, April 2009.

[75] UNAIDS: *2009 AIDS Epidemic Update*, p. 25.

[76] WHO: *World Health Statistics 2008*.

Kongu, Mauritánii či Sierra Leone.[77] Záleží samozřejmě na nastaveném systému, který funguje v dané zemi. V zemích s vysokým rizikem nákazy může ale 100% závislost na OOPs znamenat nemožnost získat přístup k účinné léčbě.

Ovšem důležitější než přímé náklady spojené s infekčními nemocemi se dlouhodobě stávají nepřímé náklady **— ztráty způsobené sníženou produktivitou obyvatelstva**. Pokud se již začnou projevovat vážnější příznaky onemocnění, bývá daný jedinec vyřazen z pracovního potenciálu země. Tyto náklady vznikají následkem zvýšené absence nemocného při práci a snížením efektivnosti jeho práce. Stát přichází o pracující sílu, rodina nemocného o část svých příjmů. V řadě případů není nemocný schopen se o sebe sám postarat a vyžaduje trvalou péči, čímž se další pracovní síla vyřazuje z produktivních sektorů. Jedná se o dalšího člena rodiny, který přebírá péči o nemocného, nebo i potřebný dodatečný zdravotní personál, který nepřímo ubírá pracovní sílu z jiných, produktivních odvětví. Se sníženým věkem dožití u obyvatelstva ekonomiky ztrácí další léta produktivní práce. Vliv infekčních nemocí je možno přiblížit ukazatelem DALY (The Disability Adjusted Life Year) — vyjadřujícím sumu počtu let ztracených předčasnou smrtí a pozbytím schopnosti zapojit se do produktivní činnosti. Kvůli infekčním nemocem přišly země SSA v roce 2002 celkem přibližně o 200 milionů let produktivní práce, kvůli válkám přibližně o 10 milionů let. Z infekčních onemocnění zaujímá na počtu ztracených produktivních let největší podíl HIV/AIDS, malárie, diaroická onemocnění, tuberkulóza a různá dětská onemocnění (především spalničky). O závažnosti HIV/AIDS pro africkou společnost svědčí fakt, že přestože je HIV/AIDS poměrně nová nemoc známá až od 80. let 20. století, je její podíl na celkovém počtu ztracených let největší ze všech infekčních nemocí a v absolutní výši přibližně stejný jako počet let ztracených následkem nepřenosných onemocnění. [78]

Vysoká úmrtnost dospělých způsobuje velké ztráty pracovní síly, protože zasahuje obyvatelstvo v nejproduktivnějším věku. Zároveň ale po sobě toto obyvatelstvo zanechává vysoký počet sirotků. V roce 2008 ztratilo kvůli AIDS více než 14,1 milionů dětí v SSA jednoho nebo oba rodiče. Největší počet dětí osiří právě s zemích SSA — z nichž má největší podíl Jihoafrická republika, Nigérie, Uganda, Zimbabwe (všechny země víc než milion osiřených dětí v důsledku AIDS, v roce 2007). Podíl těchto sirotků

[77] WHO: *World Health Statistics 2008*.

[78] WHO: *Global Burden of Disease*, <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html>.

na jejich celkovém počtu stále stoupá. Například v Zambii bylo v roce 2000 každé 4. dítě sirotkem, který ztratil rodiče vlivem HIV/AIDS.[79] O tyto děti se musí následně někdo postarat. Státu a jiným rodinám vznikají další náklady, které musí pokrývat. Osiřelé děti mají současně ztížené možnosti pro získání nějakého vzdělání. Často jsou vyčleňovány ze společnosti a postrádají jakékoliv finanční prostředky.

Děti a jejich vzdělání jsou nepřímo ovlivňovány i v případě, že onemocní kterýkoliv člen jejich rodiny a jeho pracovní schopnost se snižuje. Chybějící pracovní sílu proto často suplují právě děti, které odcházejí ze školy, aby pomohly svým rodinám alespoň udržet stav svých příjmů. Infekční nemoci tak ovlivňují **gramotnost obyvatelstva**. Návrat do školy je pro děti velmi obtížný. Přestože by dítěti škola poskytla lepší předpoklady pro budoucí život, rodina si ji nemůže dovolit a upřednostňuje jeho využití jako pracovní síly. To souvisí i s tradičně krátkodobým zaměřením africké společnosti. Plánování v dlouhodobém horizontu je pro africkou kulturu netypické. Současné příjmy jsou tak v hodnotovém systému nadřazeny dlouhodobějšímu, ale zároveň perspektivnějšímu vzdělání. Náklady na vzdělání jsou navíc v zemích s nízkým očekávaným věkem dožití relativně vyšší vzhledem k délce produktivního života. U více kvalifikovaných profesí se tak pracovní síla stává neúměrně drahou vůči příjmům a přidané hodnotě, které za svůj život vytvoří.

Právě dopad infekčních nemocí na gramotnost obyvatelstva je v dlouhodobém horizontu pro rozvoj afrických států ten nejzávažnější. Bez lepšího a dosažitelnějšího vzdělání pro celé obyvatelstvo není možné docílit většího pokroku v rozvoji ani v boji proti infekčním nemocem. Šíření nemocí nelze zabránit bez celkové osvěty, která vyžaduje zapojení mnohem větší části populace do vzdělávacího systému, než je tomu v současnosti. Podíl gramotného obyvatelstva ve věkovém rozmezí 15—24 let je v SSA nejnižší ze všech regionů ve světě (62,2 %), nejnižší procento lidí získá kompletně alespoň základní vzdělání (63,1 %).[80] Celková situace, včetně samotných infekčních nemocí, ale dostupnost a dosažitelnost vzdělání znesnadňuje a tím je i předávání informací o možnostech ochrany omezeno pouze na malou část populace. A i u té často záleží spíše na jejích zvyklostech, dogmatech a v neposlední řadě možnostech, zda si prevenci (a později i léčbu) může či chce dovolit.

[79] FLESHMAN, M. *Africa Recovery, AIDS orphans: facing Africa´s „silent crisis“*, <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no3/153child.htm>.

[80] UN: *The Millenium Development Goals Report 2009*, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>.

2.2.3. Současný výhled

Současný vývoj ve světovém hospodářství neposkytuje zemím SSA příliš optimistický pohled. Pro africké země je rozhodující vývoj cen komodit, které představují hlavní vývozní artikly těchto zemí. Značně kolísavá cena ropy na světových trzích, snížená poptávka po diamantech či propad cen zemědělských komodit determinují hodnotu příjmů mnoha zemí SSA.

Dopady současné hospodářské recese a finanční krize se dle odhadů projeví i ve stavu infekčních nemocí ve světě, jejich prevence a léčby. Například dle analýz UNAIDS jsou v 59 % sledovaných zemí očekávány dopady na preventivní programy proti šíření HIV/AIDS. V těchto zemích žije 75 % všech lidí infikovaných HIV.[81] Tento předpoklad potvrzuje i letošní návrh rozpočtu vypracovaný vládou Botswany, který vzhledem k revidovaným příjmům z tohoto roku a očekávaným příjmům let budoucích počítá se snižováním celkových vládních výdajů na zdraví.[82] Dopady takovýchto úsporných opatření směřovaných do zdravotnictví v zemích s vysokým rizikem nákazy mohou ohrozit dosavadní preventivní programy a jejich dlouhodobé strategie. Co se týče HIV/AIDS počet nových případů se v poslední době podařilo snížit, počet lidí žijících s virem HIV se ale zvyšuje — především díky přístupnější antiretrovirové léčbě a tím i delší době dožití infikovaných jedinců. Snížení příjmů a tím i omezení výdajů do zdravotnictví tak mohou přinést negativní efekt do budoucna. Mnoho infikovaných se k léčbě vůbec nedostane a případné přerušení terapie u léčených pacientů s sebou přináší mnohá rizika — replikace viru HIV přestává být potlačována, zhoršují se příznaky a virus může získávat resistenci vůči lékům, jimž je vystaven. Další výraznější zhoršení v prevalenci viru HIV by se automaticky odrazilo i v incidenci dalších nemocí – zejména TBC.

Další dopady může mít zhoršená hospodářská situace v některých zemích na migraci obyvatelstva. Lidé se přemísťují za lepšími a stabilnějšími podmínkami. V poslední době dochází ke zvýšené migraci například v oblasti jižní Afriky, kde směrem do Botswany či Jihoafrické republiky míří velký počet obyvatel Zimbabwe.[83]

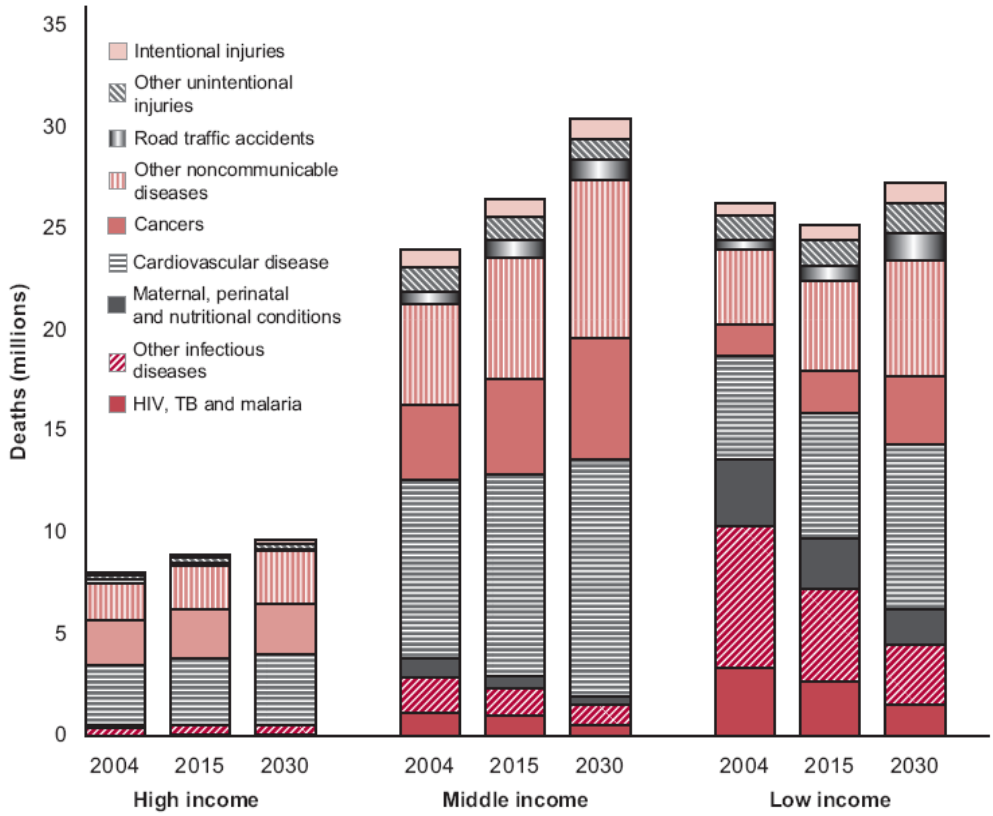
[81] UNAIDS: *The impact of the Global Economic Crisis on HIV Prevention and Treatment Programmes*, <http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1734_econ_crisis_hiv_response_en.pdf>, cit. 4.4.2010.

[82] Ministry of Finance and Development, Republic of Botswana: *The 2010 Budget in Brief*, <www.parliament.gov.bw/siteimages/BUDGET_IN_BRIEF_2010.pdf>.

[83] CIA: *The World Factbook*, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.

Čistá míra migrace obyvatel Zimbabwe v letech 2005—2010 činí –11,15 ‰, stejně jako v předchozích pěti letech.[84] Je otázkou do budoucna, zda současné nepokoje v Jihoafrické republice nezapříčiní další vlnu migrace. Každý přesun obyvatelstva znamená zvýšenou pravděpodobnost zavlečení nemocí (nebo jejich odlišných kmenů) do dalších oblastí nebo zvýšené riziko nákazy. Monitoring nákazy a kontrola léčby migrantů jsou v takových podmínkách velmi obtížné.

Graf č. 5: Počet úmrtí dle příčiny v zemích s vysokými, středními a nízkými příjmy, 2004, 2015 a 2030



Zdroj: WHO, World Health Statistics 2008

Profil úmrtnosti a jeho predikovaný vývoj v zemích s různou úrovní příjmů je znázorněn v grafu č. 5. Výhledově se očekává, že podíl infekčních nemocí na úmrtnosti se bude v následujících letech (horizont do roku 2030) snižovat ve prospěch nepřenosných nemocí — především kardiovaskulárních a rakovinných onemocnění. Znatelný je očekáván i nárůst počtu úmrtí na silnicích, který zasáhne hlavně země s nižšími příjmy jako důsledek hospodářského růstu a zvyšující se životní úrovně v těchto zemích. V roce 2030 budou celosvětově z infekčních nemocí patřit k vedoucím

[84] UNCTAD: *Handbook of Statistics 2009*.

příčinám úmrtí pouze HIV/AIDS (na 10. místě) a tuberkulóza (20. místo). Je očekáván velký ústup úmrtnosti na malarická onemocnění. Procento úmrtí v důsledku malárie by se mohlo zmenšit na ¼ oproti roku 2004.[85] Všechny tyto trendy souvisí s očekávanou zvyšující se životní úrovní obyvatelstva a tím i jeho zvyšujícími se nároky. Kardiovaskulární a rakovinná onemocnění jsou onemocnění typická pro společnosti s vyšší životní úrovní, ve kterých jsou právě tyto civilizační choroby hlavními příčinami úmrtí. Jsou předcházeny rostoucí spotřebou pevných paliv (doprovázejících vyšší nároky na bydlení a dopravu), alkoholu, tabákových výrobků aj. Na druhou stranu prevalence HIV/AIDS nezávisí pouze na životní úrovni obyvatel, ale především na jeho zvycích a smýšlení. Tradice jsou pro místní obyvatele mnohem silnější než umělá omezení, nařízení a programy. I přes uvědomování si hrozby nákazy tak kulturní zvyklosti převažují nad opatrností. Protože je navíc toto onemocnění dodnes neléčitelné, bude velmi těžké a zdlouhavé docílit snížení výskytu HIV/AIDS v regionu. Přesto je možné očekávat, že bude podíl HIV/AIDS na celkové úmrtnosti v regionu klesat – hlavně kvůli nástupu výše zmíněných kardiovaskulárních a jiných onemocnění, jejichž účinky jsou krátkodobější a které vedou rychleji ke smrti zasaženého jedince.

[85] WHO: *World Health Statistics 2008*.

3. Ghana

Ghanská republika leží v západní Africe na pobřeží Guinejského zálivu. Hraničí se třemi státy — Pobřežím slonoviny, Togem a Burkinou Faso. V roce 1957 se stala první kolonií v SSA, která vyhlásila po druhé světové válce nezávislost — v případě Ghany na Velké Británii. V současnosti je Ghana považována v rámci celého regionu spíše za bezpečnou a poměrně demokratickou zemi. Dlouho byla řazena mezi stabilní země, ale vývoj v posledních letech naznačuje spíše rostoucí makroekonomickou nestabilitu (zvyšující se schodek státního rozpočtu, rostoucí dluh či vysoká inflace).[86,87] Přestože Ghana patří v rámci regionu k bohatším zemím, zůstává závislá na zahraniční finanční i jiné pomoci.

Tabulka č. 4: Základní informace a ukazatele, Ghana

	Ghana	Subsaharská Afrika
rozloha (km^2)	238 533	24 241 900
počet obyvatel	23 837 261	817 960 000
přírůstek obyvatelstva	2,1%	2,5%
hustota zalidnění (obyv./km^2)	99,93	33,74
podíl městského obyvatelstva	52,0%	36,0%
státní zřízení	prezidentská republika s jednokomor. parlamentem	
hlavní město	Accra	
úřední jazyk	angličtina	
měna	1 cedi = 100 pesewas	
HDP (mil. USD, 2008)	16 033,93	987 120
HDP/obyv. (USD, 2008)	685,37	1 206,81

Zdroj: Světová banka, UNCTAD, Handbook of Statistics

3.1 Charakteristika země a jejího hospodářství

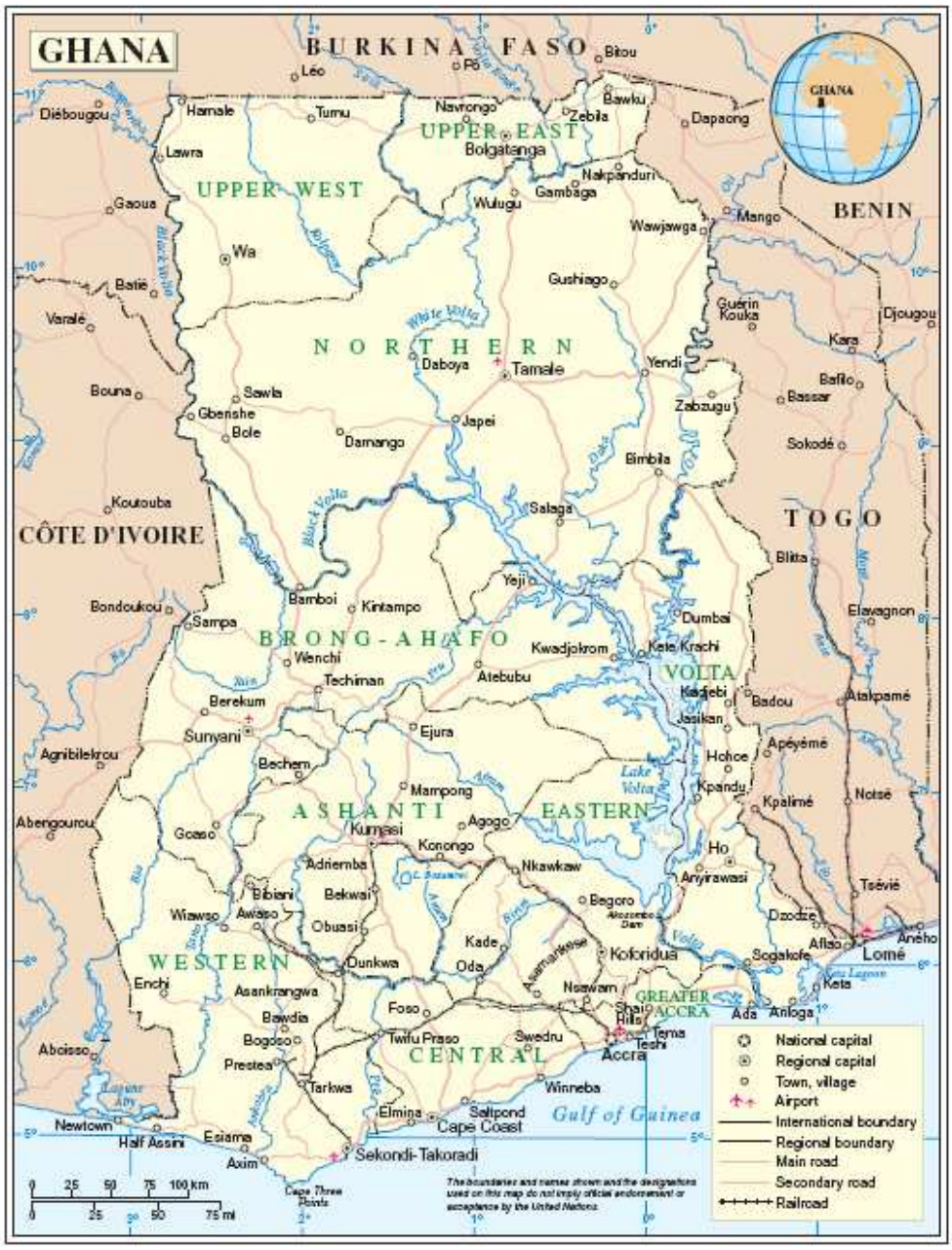
Svou polohou spadá území Ghanské republiky do tropického klimatického pásu. Severní část pokrývají savany, na jihu se nachází tropické deštné lesy, na pobřeží mangrovové porosty. Celkově je klima výrazně sušší než v okolních zemích na pobřeží Guinejského zálivu. Území má dostatek vodních zdrojů — protéká jím řeka Volta, na jejímž toku bylo vystavěno přehradní jezero Jezero Volta (Akosombo), největší umělé

[86] WEF: *The Africa Competitiveness Report 2009*, <http://www.weforum.org/documents/AFCR09/index.html>, cit. 14.4.2010.

[87] Dle S&P je Ghana hodnocena krátkodobým ratingem B a dlouhodobým ratingem B+. Reuters, S&P cuts Ghana outlook as Africa ratings pressured, <http://www.reuters.com/article/idUSLG717745>.

jezero na světě. To slouží zároveň jako hlavní zdroj energie, jejíž většina je získávána právě z vodních zdrojů.[88] Severní části jsou ale přesto často postihovány velkými suchy, která ohrožují především zemědělskou výrobu. Odlišnosti v geografickém a klimatickém profilu celého území způsobují velké rozdíly i v jiných charakteristikách země.

Obrázek č. 5: Mapa Ghany



Zdroj: UN, Department of Peacekeeping Operations

[88] U.S. Energy Information Administration: *International Energy Statistics*, <http://www.eia.doe.gov/international/>.

Země disponuje poměrně rozsáhlým přírodním bohatstvím. Díky nalezištím zlata bylo území, dříve ovládané Velkou Británií, v dobách kolonialismu nazýváno Zlaté pobřeží. Po Jihoafrické republice je Ghana druhým největším těžařem zlata v Africe. Ghanské zlaté doly mají stále ještě velké rezervy — od roku 2004 se těžba zlata meziročně zvyšovala a v roce 2007 se zaznamenala nárůst o 10,8 %.[89] Současně je Ghana třetím největším africkým producentem hliníku a manganové rudy. Dále je nezanedbatelná těžba diamantů, bauxitu, stříbra a dalších surovin. Zalesněné jižní oblasti (lesy pokrývají 35 % rozlohy země) poskytují možnosti těžby dřeva. Mezi nejvýznamnější druhy dřeva patří kapok, abachi či mahagon.[90] Zaznamenané poklesy v těžbě některých surovin (například bauxitu v roce 2007) jsou spojeny s nedostatečnou a nekvalitní infrastrukturou a její obsluhou nutnou pro transport těchto surovin z dolů do dalších překládacích míst, přístavů atd.[91] Přes kapacitní možnosti těžby je tak její reálná výše v důsledku limitována logistickými nároky a jejich plněním. Neodpovídající infrastruktura je dle respondentů odpovídajících v průzkumech World Economic Forum druhým nejproblematičtějším faktorem, se kterým se setkávají při svém podnikání.[92] Dalším omezením především těžebního průmyslu je nedostatek energie. Jelikož je elektrická energie získávána především z vodních zdrojů, které jsou v této oblasti ovlivňovány vysokým a častým rizikem sucha, jsou její dodávky nepostačující a nejisté. Nedostatky proudu projevující se pravidelnými výpadky energetické sítě se vláda snaží řešit zvyšováním kapacit a budováním nových elektráren.

Ve druhé polovině roku 2007 byla v pobřežních vodách objevena ložiska ropy. Ta by mohla výhledově snížit závislost Ghany na stále dražších dovozech ropy z jiných zemí. Způsob jejich využití je ale stále ve stádiu příprav, průzkumů a jednání.[93] Celkově se průmysl podílí přibližně z ¼ na tvorbě HDP. Jedná se ovšem především o činnosti spojené s těžbou nerostných surovin a dřeva. Zpracovatelský průmysl tvoří pouze 8 % HDP.[94] Mezi rozvojovými zeměmi se nejedná o výjimečný jev. Tyto země se ale připravují o možné příjmy z vyšší přidané hodnoty. Pokud je ale země bohatá na

[89] U.S. Geological Survey: *2007 Minerals Yearbook*, <http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/country/2007/myb3-2007-gh.pdf>.

[90] Ghana Forestry Commission, <http://www.ghanatimber.org/timber/speciesstats.asp>.

[91] U.S. Geological Survey: Global InfoMine.

[92] WEF: *Competitiveness Profiles — Ghana*.

[93] BusinessInfo.cz, <http://www.businessinfo.cz/>.

[94] Světová banka: *Ghana at Glance*.

nerostné zdroje, ale vyváží je víceméně v surovém stavu a jejich další zpracování se uskutečňuje někde jinde, dochází tím v takovéto zemi ke ztrátám — příjmů i možné kvalifikace.

Přes bohaté zdroje nerostných surovin zůstává Ghana převážně zemědělskou oblastí. Zemědělský sektor vytváří přes 1/3 HDP Ghany (viz graf č. 6) a podílí se z více než poloviny na celkové zaměstnanosti obyvatel Ghany (60 % u mužů, 50 % u žen, v letech 2000—2005).[95] Zemědělská produkce využívá přírodních podmínek, které umožňují pěstování převážně tropických plodin dle specifických nároků na celém území Ghany. Chov dobytka a jiné zvěře je s ohledem na podmínky lokalizován hlavně na severu, kde je dostatek volných otevřených ploch s nízkým porostem. Zemědělská produkce je zaměřena na pěstování tradičních plodin — kakaové boby, sladký maniok, arašídy, obilniny, banány, kokosové ořechy, ananas aj. Objevují se i snahy o rozšíření plodin běžně pěstovaných v této oblasti o netradiční produkty (pomeranče, rajčata, papaya, kešu a shea oříšky, rýže, bavlna a jiné).[96] S ohledem na klimatické podmínky je ale nutné vzít v úvahu časté riziko sucha, které může vážně ohrozit sklizeň klíčových plodin, což u takto zemědělsky orientované země způsobuje výrazné poklesy ve výkonu celé ekonomiky. Například v roce 2007 byly plantáže kakaových bobů poškozeny velkým suchem a úroda byla v porovnání s předchozím rokem výrazně nižší, přičemž tempo růstu v celém zemědělském sektoru bylo v roce 2007 nejnižší od roku 2000.[97] V minulosti bylo především v severních oblastech významné pěstování bavlny. Tato produkce byla široce podporována, protože právě severní regiony na ní byly silně závislé. V roce 1990 pokrývala tato produkce 50 % domácí potřeby a do budoucna bylo plánováno navýšení tohoto podílu až na 95 %. Zlom přišel se zavedením African Growth and Opportunity Act (AGOA)[98], který odmítal způsoby podpor uplatňovaných právě například Ghanou — bezplatné osvětové a informační služby, chemikálie či

[95] Světová banka: *World Development Indicators Database*, April 2010, <http://go.worldbank.org/FHPHKW9BZ0>.

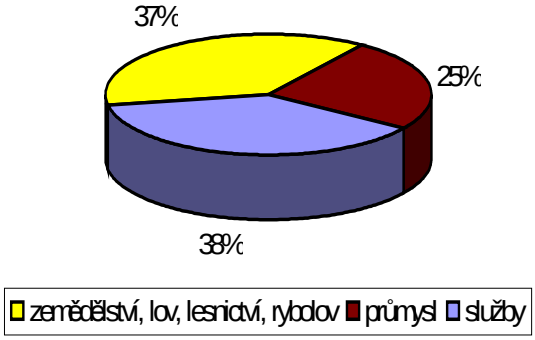
[96] BusinessInfo.cz, < http://www.businessinfo.cz/cz/rubrika/ghana/1001371/>.

[97] tamtéž.

[98] African Growth and Opportunity Act byl přijat roku 2000 Kongresem Spojených států na podporu zemí SSA splňujících určitá kritéria (pracovní podmínky, směřování k tržnímu hospodářství aj.). Akt staví na již existujících výhodách, které umožňuje Generalised System of Preferences (zvýhodňující systém výjimek schválený WTO). V současné době akt využívá 37 zemí SSA.
AGOA.info, <http://www.agoa.info/index.php?view=about&story=about>, cit. 20.4.2010.

osivo. Zrušení či omezení těchto podpor znamenal pro ghanské zemědělce zvýšení nákladů nad únosnou míru a následnou likvidaci. Změny v produkci bavlny zasáhly všechny tři nejsevernější regiony a způsobily jejich hospodářský pokles i propad v rozvoji.[99]

Graf č. 6: Struktura HDP, Ghana, 2006



Zdroj: UNCTAD, Handbook of Statistics, <http://stats.unctad.org/>

Zahraniční obchod je pro Ghanu důležitou součástí jejího hospodářství. Hodnota exportů dosahuje 40 % HDP, v případě importů až 75 % HDP.[100] Hlavními obchodními partnery Ghany jsou EU 27, Čína a Nigérie. Téměř 2/3 ghanského dovozu zajišťují EU 27, Čína a Nigérie. Nejdůležitějšími importními artikly jsou dlouhodobě minerální oleje, ropa, osobní a nákladní dopravní prostředky (struktura vývoj obchodní bilance v příloze č. 16). Jsou to důsledky téměř neexistujícího zpracovatelského průmyslu v zemi a chybějících zdrojů fosilních paliv. Dovoz ropy by mohl být díky objeveným vlastním nalezištím v budoucnosti snížen. Podíl čínského importu se v posledních letech zvýšil v návaznosti na řešení energetických problémů Ghany. Čína se podílí na výstavbě nové vodní elektrárny Bui, která by měla pomoci navýšit současnou nedostačující nabídku elektrické energie.[101] Přibližně 70 % vývozu z Ghany směřuje do Jihoafrické republiky a EU 27 (nejvíce do Nizozemska). Dle komoditní struktury jsou nejdůležitějšími exportními artikly zlato a kakaové boby. Hodnota vyváženého zlata v posledních letech rostla, stejně jako jeho cena za kilogram. V roce 2008 se vývoz zlata

[99] UNDP: *Ghana Human Development Report 2007*, p. 99—100.

[100] Světová banka: *World Development Indicators Database*, April 2010, <http://go.worldbank.org/FHPHKW9BZ0>.

[101] BusinessInfo.cz, *Souhrnná teritoriální informace Ghana*, zprac. 3.10.2008, <http://www.businessinfo.cz/cz/rubrika/ghana/1001371/>.

podílel na celkové hodnotě exportu 45 %. Export kakaových bobů rovněž vzrostl, i když méně. V roce 2008 tvořil 25,6 % celkového exportu.[102]

Dle výše uvedeného je pracovní síla hlavním a nejdůležitějším výrobním faktorem v zemi, jelikož zemědělská výroba i těžba nerostných surovin jsou činnosti velmi náročné na práci. Vše, co její kvantitu i kvalitu ovlivňuje, má důsledky v sociální i ekonomické sféře. Stejně jako v ostatních charakteristikách je i demografie obyvatelstva značně odlišná v různých oblastech Ghany — výrazné jsou zejména rozdíly mezi městským a venkovským obyvatelstvem a rozdíly mezi regiony na severu a na jihu.

3.2 Demografická a sociální charakteristika země

Ghanská republika je rozdělena do 10 správních regionů (viz mapa) a 138 decentralizovaných oblastí. V Ghaně žije 23,8 milionu obyvatel. Obyvatelstvo je rozmístěno nerovnoměrně ve prospěch oblastí na jihu, kde panují příznivější klimatické podmínky a kde současně vznikla většina měst. Hustota obyvatelstva se v regionu hlavního města (Accra) pohybuje kolem 897 obyv./km^2, naopak v oblastech na severu dosahuje pouze 31 obyv./km^2.

Tabulka č. 5: Základní demografické ukazatele, Ghana a Subsaharská Afrika, 2009

	Ghana	SSA		Ghana	SSA
počet obyvatel	23,8 mil	836 mil.	očekávaná doba dožití	59 let	51 let
úmrtnost	10 ‰	13 ‰	u žen	59 let	53 let
porodnost	31 ‰	39 ‰	u mužů	58 let	50 let
přirozený přírůstek	1,2%	2,5%			
čistá míra migrace	—1 ‰	—1 ‰			
dětská úmrtnost	50 ‰	80 ‰			

Zdroj: Population Reference Bureau, World Population Data Sheet 2009

Co se věkového rozložení obyvatelstva týče je věková struktura ghanského obyvatelstva typická pro rozvojové země. Stále je zachován pyramidální diagram věkového rozložení populace. Přesto se postupně objevují tendence směřující k posílení podílu obyvatelstva v produktivním věku — především na úkor nejmladší populace (pro vývoj demografických trendů viz příloha 17, 19 a 21). Porodnost i růst počtu obyvatel

[102] WTO, UNCTAD

se stále zpomalují. Na straně úmrtnosti dochází dlouhodobě k výraznému zlepšení — od roku 1950 se podařilo snížit celkovou i dětskou úmrtnost na polovinu.[103]

Hlavními faktory limitujícími délku a kvalitu života obyvatelstva v Ghaně jsou[104]:

- dostupnost nezávadné pitné vody a vyhovující hygienické podmínky
- gramotnost a chudoba obyvatelstva
- dětská úmrtnost
- nemoci
- přístup k dostupné a kvalitní lékařské péči

Procento obyvatelstva s přístupem k nezávadné pitné vodě se za posledních 15 let zvýšilo z 64,8 % na 84,2 %. Tyto údaje ale nejsou společné pro všechny oblasti v zemi. Zatímco v hlavním městě má téměř 97 % obyvatel hlavního města přístup k ošetřené vodě (potrubí, balená voda,…), ve venkovských oblastech je toto procento výrazně nižší. Nejlepší situace na venkově je na pobřeží (32,6 %), nejhorší naopak na severu (5,9 %). V těchto oblastech je voda získávána z vyvrtaných děr, pramenů a jiných přírodních zdrojů. V takovéto vodě snadno přežívají různí parazité a bez následného ošetření se stávají zdrojem nákaz. V některých případech stačí vodu převařit, ani tepelná úprava ale nemusí být vždy dostatečná. Dostupnost sanitárního zařízení je podobně nedostatečná. Dle statistik nemá 20 % domácností přístup k sanitárnímu zařízení, vybavenost dle regionů je podobná jako u dostupnosti k upravené vodě. Velký problém v Ghaně představuje kanalizační systém a zbavování se odpadu. Dokonce i ve městech má pouze 8 % domácností přístup ke kanalizačnímu systému. Odpadu se tedy obyvatelé zbavují různě, což se stává nebezpečím pro zdraví obyvatelstva.[105]

Vzdělanost obyvatelstva se v jednotlivých regionech rovněž velmi výrazně liší. Zatímco v regionech na jihu země dosahuje negramotnost obyvatelstva 30—40 % (nejméně v oblasti hlavního města — 18,4 %), v severních oblastech přesahuje 70 %, v případě ženské populace až 80 %. Současně existují velké rozdíly mezi gramotností žen a mužů (průměrná negramotnost u mužů je 33,6 %, u žen 50,2 %). V dostupnosti vzdělání hraje znovu roli vzdálenost, infrastruktura, finanční a sociální zázemí rodiny. Obyvatelé venkovských oblastí severních regionů jsou v přístupu ke vzdělání

[103] UN: *World Population Prospects: The 2008 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>, cit. 27.3.2010.

[104] UNDP: *Ghana Human Development Report 2007*, p. 34.

[105] UNDP: *Ghana Human Development Report 2007*, p. 46—47.

znevýhodněni. Školy jsou velice vzdálené, třídy přeplněné a některé rodiny si nemohou dovolit děti do školy posílat z finančních důvodů. Kvůli horším podmínkám a špatné dostupnosti nejsou školy v těchto regionech příliš vyhledávané ani ze strany učitelů, kteří dávají přednost kvalifikovanějším pozicím v městských oblastech, a to především na jihu.[106] Obyvatelé, kteří získají vyšší vzdělání, nevidí důvod stěhovat se do venkovských oblastí, kde převažuje poptávka po pracovnících v zemědělství či těžebním průmyslu a pro kvalifikované a specializované profese není uplatnění.

Chudoba a procento obyvatel žijící v extrémní chudobě se od 90. let celkově snížily (viz příloha č. 20). Téměř všechny regiony s výjimkou Upper West Region a samotného hlavního města zaznamenaly výrazné zlepšení. Velký podíl na tom má růst hospodářství. Ten je ve venkovských oblastech, ve kterých k významnému zlepšení také došlo, spojen s vládou široce podporovanou produkcí kakaových bobů. Vláda vidí v zemědělství a vývozu zemědělských komodit potenciál k dalšímu hospodářskému růstu a rozvoji. Navíc je tento sektor na venkově důležitým generátorem zaměstnanosti. V extrémní chudobě žije nyní méně než 1/5 všech obyvatel. Podle ekonomické činnosti obyvatel je chudoba nejvyšší právě u lidí pracujících v zemědělství. Dochází u nich ale — a to především u plodin zaměřených na export (např. kakaové boby) — k postupnému snižování procenta chudých v rámci těchto oborů. Důvodem je právě podpora vlády směřovaná do produkce exportních artiklů.[107] Přese všechna zlepšení je chudoba stále jednou z největších překážek ve zlepšení zdravotní situace obyvatelstva. Zamezuje širšímu přístupu obyvatelstva ke zdravotní péči a zabraňuje kontrole a postupné eradikaci jednotlivých nemocí.

3.3 Rozšíření infekčních nemocí a jejich následky

Nejčastější příčinou nemocnosti a úmrtnosti v Ghaně jsou přenosné infekční a parazitální nemoci. Na celkovém počtu úmrtí i ztracených let se v roce 2004 podílely téměř z jedné poloviny (viz příloha č. 16). Ze samotných infekčních nemocí mají nejzávažnější následky malárie a HIV/AIDS — dohromady se obě v roce 2004 podílely na celkovém počtu úmrtí přibližně z 20 % (viz tabulka č. 6).[108]

[106] UNDP: *Ghana Human Development Report 2007*, p. 28—31.

[107] UNDP: *Ghana Human Development Report 2007*, p. 25—26.

[108] WHO: *Global Burden of Disease*, <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/>.

Tabulka č. 6: Počty úmrtí a ztracených let dle příčiny, Ghana, 2004

Příčina	Úmrtí (Tisíce)	(%)	Počet ztracených let (Tisíce)	(%)
Všechny příčiny	229,7		7 530	
Malárie	23,5	10,2%	923	12,3%
Diaroická onemocnění	22,9	10,0%	455	6,0%
HIV/AIDS	21,4	9,3%	572	7,6%
Onemocnění dolních cest dýchacích	14,7	6,4%	413	5,5%
Mozková mrtvice	11,9	5,2%	129	1,7%
Ischemická choroba srdce	11,1	4,8%	107	1,4%
Tuberkulóza	8,8	3,8%	241	3,2%

Zdroj: WHO, Global Burden of Disease, <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/>

Největší vliv na nemocnost i úmrtnost v zemi má malárie, která zaznamenává 42 % všech ambulantních případů. Její prevalence stále roste.[109] Rozšíření malárie v Ghaně je logickým důsledkem přírodních podmínek, které se v této oblasti vyskytují. Tropické klima, vysoké průměrné teploty a rozlehlé plochy stojaté vody v oblasti přehradní nádrže Akosombo poskytují výborné podmínky pro rozmnožování přenašeče této nemoci. Vysoké procento obyvatelstva pracujícího v zemědělském sektoru zvyšuje pravděpodobnost kontaktu se zdrojem nemoci. Malárie vážně postihuje po ekonomické stránce především chudé obyvatele, neboť její léčba je pro ně finančně velmi náročná — zatímco pro rodiny s vyššími příjmy představují její náklady přibližně 1 % jejich příjmů, pro chudé rodiny z té samé oblasti je to již 1/3 jejich příjmů.[110]

Na druhou stranu počty úmrtí i jejich podíl vztažený k počtu obyvatel u některých nemocí významně klesají. To je případ zejména HIV/AIDS. Od zaznamenání prvního případu infekce v zemi v roce 1986 se její rozšíření velmi pomalu, ale stabilně zvětšovalo. Vývoj prevalence zhruba odpovídal vývoji v okolních zemích. Vrcholu dle statistik dosáhlo rozšíření nemoci v roce 2003, kdy byla její prevalence odhadována na 3,1 %.[111] Od té doby se znovu snižuje a v roce 2007 vykazovala hodnotu 1,9 %.[112] Podobných hodnot dosahují i okolní země. Ghaně tak nehrozí velké riziko přílivu nových infikovaných jedinců při migraci obyvatelstva. Nejvyšší prevalence HIV/AIDS se vyskytuje v městských oblastech a v dalších oblastech s vyšší hustotou obyvatelstva. Městské obyvatelstvo vyznává jiný životní styl a současně není hlavní cílovou skupinou pro uskutečňované preventivní programy, které se přednostně zaměřují na obyvatelstvo

[109] WHO: *Country Cooperation Strategy at a Glance — Ghana*.

[110] UNDP: *Ghana Human Development Report 2007*, p. 39—40.

[111] USAID: *HIV/AIDS Health Profile*, <http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries>.

[112] UNAIDS: *Ghana*, <http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/ghana.asp>, 18.4.2010.

v méně osídlených a venkovských částech země. Další specifickou charakteristikou rozšíření HIV/AIDS v Ghaně je věkové rozložení infikovaných osob. Nejpostiženější skupinou jsou osoby ve věku 25—29 let. Obecně platí, že v městských oblastech jsou postiženější mladší věkové skupiny, na venkově naopak starší. Tento trend je způsoben stěhováním mladších lidí do měst — za prací a příležitostmi. Dochází tak ke koncentraci infikovaných lidí ve městech a dalších hustě osídlených částech země.

Pro Ghanu významným onemocněním je drakunkulóza. Drakunkulóza je onemocnění způsobované vlasovcem medinským (guinejským červem), jehož mezihostitelem jsou ve vodě žijící buchanky, které nemoc přenáší na člověka. Larvy vlasovce se v těle vyvíjí, samičky po oplodnění vylučují látky, které spolu s lidským imunitním systémem způsobují velmi bolestivý hnisající puchýř, skrz který vlasovec vylučuje další vajíčka do vody, ve které se nemocný snaží chladit postižené místo. Ghana je zemí s druhou nejvyšší prevalencí této nemoci na světě (po Súdánu).[113] Vyskytuje se zde obyvatelstvo s nedostatečným přístupem k nezávadné vodě ani k bezpečnému sanitárnímu zařízení. Pití vody z neošetřených vodních zdrojů se tak stává téměř jistotou nákazy. Vlasovce lze odstranit pouze mechanicky a jde o dlouhodobou a velmi bolestivou proceduru. Následky onemocnění drakunkulózou jsou krátkodobé (v řádech týdnů až měsíců) a dočasné, nemocný je ale upoután na lůžko a často není schopen chodit. Dopady zhoršuje sezónnost incidence, která vrcholí v době, kdy je v zemědělství nejvíce práce. Domácnosti přicházejí o příjmy, nemocné děti jsou dočasně vyřazeny ze školní docházky (buď samy onemocní, nebo musí suplovat chybějící pracovní sílu za jiného nemocného člena domácnosti). Přesto, že byla v roce 2007 drakunkulóza zaznamenána pouze v pěti zemích světa a její celková eradikace ve většině z nich se zdá být v dohledu, zůstávají dvě země, které stále vykazují velký počet případů výskytu této nemoc — Súdán a právě Ghana.[114] Dostupným a poměrně vysoce účinným preventivním prostředkem je přitom kus látky či podobného materiálu, přes který se voda přefiltruje a buchanky (velikostí makroskopické) se z ní odstraní. I takto jednoduchá metoda ale stále nedokáže šíření vlasovce v Ghaně zabránit. Jeden nemocný dokáže při oplachování infikovaného místa v době, kdy je samička vlasovce připravená vypustit vajíčka, nakazit vodní zdroj, ze kterého se následným požitím šíří vlasovec dál.

[113] UNDP: *Ghana Human Development Report 2007*.

[114] WHO: *Eradicating Guinea-Worm Disease*, <http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HTM_NTD_PCT_2008.1_eng.pdf>, cit. 20.4.2010.

Tradiční medicína je stále nejrozšířenějším způsobem léčby mezi obyvatelstvem Ghany. Odhaduje se, že 70 % obyvatelstva užívá prostředků alternativní medicíny. Podíl obyvatel využívajících výlučně tradiční medicínu je zvýšen ještě o obyvatele kombinující oba přístupy. Tradiční medicína nemůže být chápána vůči klasickým metodám podřadně, v některých případech může být stejně účinná. Na druhou stranu jí některé nemoci léčit nelze. Hlavním důvodem je nedostupnost klasické medicíny a moderních lékařských přístupů (viz příloha č. 21). Stejně jako předchozí je i dostupnost zdravotní péče ovlivněna podobnými faktory — vzdáleností zdravotnického zařízení (nejen nemocnice či kliniky), finanční dostupností lékařské péče a rovněž poměrem počtu pacientů na jednoho lékaře. Městské oblasti disponují více zdravotnickými zařízeními, početnějším personálem a lepší infrastrukturou, která dostupnost lékařské péče zlepšuje a rovněž urychluje. Lékaři jsou motivováni k upřednostňování některých oblastí v zemi lepšími a snadnějšími podmínkami pro vykonávání svého povolání. I hygienické podmínky, ve kterých je lékařům umožněn výkon jejich práce, jsou ve venkovských oblastech mnohem horší (dostupnost čisté neinfikované vody, přístup k lékům, přítomnost další odborné síly či pomoci aj.). Vytíženost lékařů ve venkovských regionech je mnohem vyšší. Na jednoho lékaře připadá velký počet pacientů a rozsáhlá spádová oblast. Zatímco ve dvou jižních regionech (Greater Accra, Ashanti) počet obyvatel na jednoho lékaře klesá, ve zbývajících regionech dochází k opačnému vývoji. To znovu svědčí o nestejnoměrném vývoji na severu a jihu země. Ve dvou nejsevernějších regionech je dostupnost zdravotnického zařízení kratší než půl hodiny pouze pro 20—30 % obyvatel, v regionu hlavního města je tomu tak pro 4/5 obyvatelstva.[115]

Časová vzdálenost ale není jediným měřítkem dostupnosti lékařské péče či zdravotnického zařízení. Do nedávné doby byla lékařská péče v Ghaně založen na „cash and carry“ principu. Zaplacení bylo vyžadováno po nemocném po ošetření, následkem čehož se odborného vyšetření dostávalo pouze 18,4 % nemocných nebo zraněných příchozích. Nově byl zaveden National Health Insurance Scheme (NHIS), který se prioritně snaží zabezpečit znevýhodněné a nejchudší skupiny, děti a mladistvé a obyvatele starší 70 let. Přes veškeré snahy je do tohoto systému stále zapojeno pouze 42 % ghanského obyvatelstva a ještě menší podíl již může čerpat výhody z tohoto

[115] UNDP: *Ghana Human Development Report 2007*, p. 33—34.

členství.[116] Ve všech regionech kromě hlavního města je ale jeho podíl na financování zdravotnické péče významný a v objemu prostředků převýšil hodnotu „cash and carry" finančních prostředků.[117] Tento podíl by se měl v budoucnosti zvyšovat a jeho cílem by mělo být: zpřístupnit lékařskou péči více lidem, zahrnout do celého systému co nejvíce obyvatel a poskytnout alespoň základní péči i chudším vrstvám obyvatelstva. Systém je ale teprve ve stádiu zavádění a hodnotit jej lze zatím spíše perspektivně a v kontextu faktu, že dosavadní systém nefungoval a bylo nutné jej změnit (viz příloha č. 22).

3.4 Zhodnocení a výhled

Dle výše uvedeného je zřejmé, že Ghana ve svém rozvoji v posledních 20 letech udělala pokrok a zaznamenala úspěch. Podařilo se zlepšit řadu ukazatelů jak socio-demografických, tak ekonomických. Na druhou stranu se zde trvale projevuje obrovský rozdíl mezi bohatými a chudými, severem a jihem, městem a venkovem. V mnoha ohledech se tento rozdíl nejen nezmenšuje, ale vývoj nasvědčuje spíše jeho zostřování. Přispívá k tomu i narušená dlouhotrvající makroekonomická stabilita. V posledních letech se znovu začíná zvyšovat míra inflace, což má negativní vliv na kupní sílu obyvatelstva. Chudé obyvatelstvo trpí nejen nedostatečným přístupem k lékařské péči, ale i mnohem horšími následky v případě onemocnění v podobě ztraceného produktivního času.[118] Výpadky v důsledku onemocnění vedou ke snížení příjmů, hladu a podvýživě.[119] Prioritou vlády se tak musí stát v prvé řadě zmírňování chudoby a zabezpečení pomoci (lékařské i sociální) v případě onemocnění.

Chudoba je jedním z hlavních důvodů šíření nemocí v Ghaně (a celé Subsaharské Africe). Současně je ale také jedním z hlavních důsledků. Spolu s růstem hospodářství, rozvojem měst a zvyšováním míry urbanizace se na druhé straně vytváří i jiná strana rozvoje. Zvyšující se potřeba bydlení vede k nekontrolovatelné výstavbě obydlí, která se často vyvíjejí ve slumy neodpovídající hygienickým, prostorovým i jiným nárokům. Slumy představují velký problém mnoha dynamicky rostoucích měst rozvojového světa. Největší slumy se vyskytují i v Africe (například Kibera v Nairobi). V Ghaně slumové

[116] UNDP: *Ghana Human Development Report 2007*, p. 92.

[117] Ministry of Health, Ghana: *Annual Review*, p. 41—42.

[118] Ministry of Health, Ghana: *National Health Policy, Creating Wealth through Health*, 2007.

[119] FAO: *Food Security Statistics*, <http://www.fao.org/economic/ess/food-security-statistics/en/>.

čtvrti také vznikají, a to spolu s velkým stěhováním obyvatelstva do měst. Podmínky v nich ve velké míře napomáhají rychlému šíření přenosných nemocí. V takovýchto komunitách je prevalence nemocí, jako např. HIV/AIDS, TBC či malárie, několikanásobně vyšší než v ostatních oblastech. Bydlení a jeho kvalita tak představují další otázky, kterými by se ghanská vláda měla důkladně zabývat.

Stejně jako u ostatních zemí se dá předpokládat (a vývoj tomu již nasvědčuje), že se bude s pomalu vzrůstající životní úrovní zvyšovat význam a podíl neinfekčních nemocí. Pomalu se mění životní styl obyvatelstva. Podobně jako ve vyspělejších zemích se lidé začínají stravovat nezdravě. Více navštěvují rychlá občerstvení (která dříve buď vůbec neexistovala, nebo byly jejich produkty finančně nedostupné), v jejich jídelníčku se objevují čím dál častěji tučná a přeslazená jídla. V kombinaci s úbytkem pohybu se zvyšuje riziko dalších nemocí — především kardiovaskulárních a ischemických chorob. Mnoho nemocí je dále spojováno s rostoucí spotřebou alkoholu a tabáku. Spolu se zvyšujícím se podílem průmyslu se zhoršuje stav životního prostředí — čistota vodních zdrojů, půdy a ovzduší. To zvyšuje rozšíření karcinogenních látek a vede k rozvoji rakovinných onemocnění. Rozvoji těchto nemocí se zřejmě nedá zamezit, protože jsou spojeny s růstem hospodářství a nároků obyvatel. Jejich podíl se postupně zvyšuje ve všech státech světa — více i méně rozvinutých. Je tedy spíše otázkou času, kdy jejich význam předčí nemoci infekční, které v tomto regionu stále dominují.

Závěr

Subsaharská Afrika představuje oblast s vysokým potenciálem pro svůj rozvoj. Mnoho zemí je velmi bohatých na zdroje nerostných surovin, většina zemí disponuje díky své neporušené přírodě podmínkami pro rozvoj cestovního ruchu na svém území, atd. Jejich růst je ale negativně ovlivňován problémy, které se dlouhodobě nedaří úspěšně řešit. Jedním z nich je vysoká prevalence mnoha infekčních nemocí, z nichž některé jsou pro tuto oblast charakteristické a nikde jinde takové velké rozšíření nemají.

Rozšíření infekčních nemocí ve sledovaném regionu Subsaharské Afriky je způsobeno a podmíněno mnoha faktory — geografickými a biologickými (přírodní podmínky a klima), politickými (bezpečnostní situace a nestabilita), sociálními i ekonomickými (postavení ve společnosti, negramotnost, chudoba, vysoký podíl zemědělství na zaměstnanosti). Všechny faktory se navzájem doplňují a ovlivňují. Už sama geografická poloha a charakteristika vytváří ideální prostředí pro šíření infekčních nemocí. Když se ke všemu připojí špatná bezpečnostní situace, (nejen) v jejím důsledku zvýšená migrace obyvatelstva a jeho chudoba, riziko nákazy se rychle zvyšuje a možnosti vnějších zásahů a kontroly se zmenšují.

Nejvýznamnějšími onemocněními celého regionu jsou HIV/AIDS (2/3 infikovaných na celém světě žijí v Subsaharské Africe), tuberkulóza a malárie (90 % všech infikovaných). Lokálně se zvyšuje význam ostatních onemocnění typických pro dané území (např. drakunkulóza v Ghaně).

Dopady vysoké prevalence infekčních onemocnění se projevují jak v krátkodobém, tak v dlouhodobém horizontu. V krátkém čase se onemocnění projevují zvýšenou nemocností, sníženou produktivitou obyvatelstva a zvýšenou úmrtností. Infekční a parazitické nemoci se podílí 43 % na celkové úmrtnosti v regionu. Z konkrétních nemocí vykazuje nejvyšší podíl HIV/AIDS, diaroická onemocnění, malárie a tuberkulóza.[120] Dlouhodobě se působením infekčních nemocí mění struktura společnosti. Věkové složení obyvatelstva si stále udržuje vysoký podíl mladších kategorií, průměrná délka života se po propadech v 80. a 90. letech jen velmi pomalu zvyšuje. Gramotnost obyvatelstva je stále nejnižší ze všech světových regionů. Kvůli vysoké úmrtnosti lidí v produktivním věku se zvyšuje počet sirotků, přičemž postavení

[120] WHO: *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, <www.who.int/evidence/bod>.

dětí, které přišly o rodiče především v důsledku AIDS, je mnohem horší a takové děti bývají často vyloučeny ze společnosti. Nemalý je i vliv nemocí na jednotlivé sektory národních hospodářství. Vysoká nemocnost obecně snižuje produktivitu oborů náročných na pracovní sílu, což představuje vzhledem k vysokému podílu zemědělství a těžebního průmyslu na HDP většiny afrických zemí většinu hospodářství.

Největší problém obyvatelstva regionu Subsaharské Afriky představuje jeho chudoba. Sociální (a tím i ekonomické) postavení daného jedince úzce souvisí s jeho dalším osudem. Infekčními nemocemi nejvíce ohrožení obyvatelé žijí především ve venkovských oblastech, kde nemají přístup k základnímu hygienickému vybavení, čisté a nezávadné pitné vodě a lékařské péči. Vzhledem k náplni jejich profesní činnosti, kterou představuje především práce v zemědělství, jsou v neustálém kontaktu se zdroji infekčních nemocí. Pokud se nějaký případ nákazy v okolí vyskytne, je infekce kvůli špatným hygienickým podmínkám rychle předána dalším lidem. Fyzická i finanční nedostupnost léčby je pro nemocné příčinou buď rychlé smrti, nebo pomalého chátrání. Přitom se nemocný nemůže zapojovat do práce, čímž postižená domácnost přichází o část svých příjmů. To vede znovu k dalšímu ochuzování obyvatelstva. Podobná vazba existuje i mezi úrovní vzdělání a infekčními nemocemi, kdy nízká gramotnost je jednou z příčin šíření nemocí, na druhou stranu je i jeho důsledkem.

Tento koloběh je pro státy postižené vysokou prevalencí některých onemocnění téměř nemožné zastavit. Samotná léčba v mnoha případech nestačí. To je příklad nejčastěji zmiňované a řešené nemoci afrického kontinentu — HIV/AIDS. Krom toho, že AIDS zatím není léčitelná, léky pozdržující její projevy u infikovaného jedince není vhodné u každého použít. Jedinou možnou opravdu účinnou „léčbou“ je prevence. Ta ale v podmínkách africké kultury naráží na zásadní problém v podobě tradičního smýšlení a chování africké společnosti. Tradice a vzorce chování není možné změnit reformami, zákony ani darovanými finančními prostředky.

V dlouhodobé perspektivě se jeví jako nejúčinněji investované prostředky použité na vzdělávání. Ty nepředstavují pouze zdroje poskytnuté na výstavbu nových škol, i když i ty každopádně zlepšují situaci a výhledy mnoha afrických dětí. Je nutné rovněž snížit využívání dětí jako pracovní síly za indisponované členy domácnosti. To ale vyžaduje dlouhý čas a finanční prostředky, které by rodinám v nějaké podobě suplovaly chybějící příjmy nebo nabídly alternativní možnosti.

Seznam použitých zdrojů

- African Union/UNECA, *Economic Report on Africa 2009, Developing African Agriculture Through Regional Value Chains*, <http://www.uneca.org/era2009/>, cit. 16.2.2010
- AGOA.info, <http://www.agoa.info/index.php?view=about&story=about>, cit. 20.4.2010
- BARNETT, T., BLAIKIE, P. *AIDS in Africa: its present and future impact*, New York, Guildford Press, 1992, ISBN 0-89862-880-6
- BLOOM, D.E., SACHS, J.D. *Geography, Demography and Economic Growth in Africa*, 1998, <http://flash.lakeheadu.ca/~mshannon/Sachs_BPEA98.pdf>, cit. 2.2.2010
- BORGSTRÖM, A. *Sub-Saharan Africa – current economic performance*, Praha, Oeconomica, 2008, ISBN 978-80-245-1487-1
- British Petroleum, *Statistical Review of World Energy 2009*, <http://www.bp.com/subsection.do?categoryId=9023761&contentId=7044545>, cit. 18.2.2010
- BusinessInfo.cz, *Souhrnná teritoriální informace — Ghana*, <http://www.businessinfo.cz/cz/sti/ghana-ekonomicka-charakteristika-zeme/4/1001371/>, cit. 15.4.2010
- CIA, *The World Factbook*, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>
- Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa, *Africa: The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS*, p. 3—4, <http://www.uneca.org/CHGA/res.htm>, cit. 20.11.2009
- Economic Commission for Africa, African Union, *Assessing Regional Integration in Africa II*, s. 2—3, <http://www.uneca.org/aria2/>, cit. 15.10.2009
- FAO, *FAO/WFP Crop and Food Assessment, Special Report*, 2004, <http://www.fao.org/ag/locusts/common/ecg/803_en_0410damageE.pdf>, cit. 2.2.2010
- FAO, *Food Security Statistics*, <http://www.fao.org/economic/ess/food-security-statistics/en/>
- FERRO, M. *Dějiny kolonizací, od dobývání až po nezávislost 13.-20.století*; Nakladatelství Lidové noviny, 2007, ISBN 978-80-7106-021-5
- FLESHMAN, M. Africa Recovery, *AIDS orphans: facing Africa´s „silent crisis“*, <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no3/153child.htm>, cit. 15.3.2010
- Ghana Forestry Commission, Timber Industry Development Division, <http://www.ghanatimber.org/timber/speciesstats.asp>, cit. 18.4.2010
- IBRD/Světová banka, *Global Economic Prospects 2009, Commodities at the Crossroads*, <http://go.worldbank.org/Y3FILKN180>, cit. 14.2.2010

- InfoMine.com, <http://www.infomine.com/>
- International Energy Agency, *Key World Energy Statistics*, 2009, <www.iea.org>
- International Monetary Fund, *Debt and Painful Reforms (1982-89)*, <http://www.imf.org/external/about/histdebt.htm>, cit. 10.3.2010
- International Monetary Fund, *World Economic Outlook Database*, October 2009, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/02/weodata/index.aspx>, cit 10.11.2009
- Integrated Regional Information Networks (IRIN), *Swaziland: A culture that encourages HIV/AIDS*, <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49e6ef2dc.html>, cit. 6.3.2010
- KENT A. SETKOWITZ, M.D. *One Disease, Two Epidemics – AIDS at 25*, <http://forum.medmicro.info/data/materialy/sms21.doc>, cit. 2.4.2010
- Ministry of Finance and Development, Republic of Botswana, *The 2010 Budget in Brief, Transforming Our Economy After the Crisis: 2010 and Beyond*, <www.parliament.gov.bw/siteimages/BUDGET_IN_BRIEF_2010.pdf>, cit. 10.3.2010
- Ministry of Health, Ghana, *Annual Review*, <http://www.moh-ghana.org/UploadFiles/Publications/ANNUALREVIEWREPORT2008090825071054.pdf>, cit. 16.4.2010
- Ministry of Health, Ghana, *National Health Policy, Creating Wealth through Health*, 2007, <http://www.moh-ghana.org/UploadFiles/Policies_Programs/Nationalhealthpolicy090817040222.pdf> cit. 16.4.2010
- Ministry of Health, Ghana, *Pulling Together, achieving more, Independent review*, 2008
- MKWEZELAMBA, M., CHINYAMA, E. J. *Implementation of Africa´s Integration and Development Agenda: Challenges and Prospects*, p. 1
- OPEC, *Annual Report 2008*, <http://www.opec.org/opec_web/static_files_project/media/downloads/publications/AR2008.pdf>
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>, cit. 27.3.2010
- Population Reference Bureau, *World Population Data Sheet 2009*, <http://ww.prb.org>, cit. 20.3.2010
- Standard & Poor´s, Reuters, *S&P cuts Ghana outlook as Africa ratings pressured*, <http://www.reuters.com/article/idUSLG717745>, cit. 20.4.2010
- The International Chromium Development Association, <http://www.icdachromium.com/chromium-mining.php>, cit. 18.12.2010
- The World Bank, <http://web.worldbank.org/>
- The World Bank Group, *World Development Indicators Database*, April 2009, <http://web.worldbank.org/>

- The World Bank, *50 Things You Didn´t Know About Africa*, <http://go.worldbank.org/IH6NLHRGY0>, cit. 14.11.2009
- The World Bank, *Country Brief*, <http://go.worldbank.org/RFP74M2PK1>, cit. 15.1.2010
- The World Bank, *Ghana at Glance*, <http://devdata.worldbank.org/AAG/gha_aag.pdf>, cit. 15.1.2010
- The World Bank, *HIPC at a Glance Guide*, <http://go.worldbank.org/85B908KVE0>, cit. 17.3.2010
- The World Bank, *Challenges of African Growth, Opportunities, Constraints and Strategic Directions*, 2007, p. 89—91, <http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/AFR_Growth_Advance_Edition.pdf>, cit. 10.3.2010
- The World Bank, *World Development Indicators Database*, 2009, <http://web.worldbank.org/>, cit 10.11.2009
- The World Bank, *World Development Report 2009, Geography in motion*, <http://go.worldbank.org/K2CBHVB7H0>, cit. 10.2.2010
- TODARO, M. P. *Economic Development*, 5th Edition, New York, Longman Publishing, 1994, ISBN 0-582-23160-4
- U.S. Bureau of the Census, IPC, *International Database*, <http://www.census.gov/ipc/www/idb/>, cit. 20.3.2010
- U.S. Geological Survey, <http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/commodity/>
- U.S. Geological Survey, *2007 Minerals Yearbook*, June 2009, <http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/country/2007/myb3-2007-gh.pdf>, cit. 2.4.2010
- U.S. Energy Information Administration, *International Energy Statistics*, <http://tonto.eia.doe.gov/cfapps/ipdbproject/iedindex3.cfm?tid=2&pid=2&aid=12&cid=GH,&syid=2004&eyid=2008&unit=BKWH>, 14.3. 2010
- UN, *Africa Renewal*, <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol23no2/232-watch.html#unctad>, cit. 10.2.2010
- UN, *Millenium Development Goals Report*, 2009, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>, cit. 28.1.2010
- UN, *World Economic Situation and Prospects*, <http://www.un.org/esa/policy/wess/wesp2009files/wesp2009.pdf>, cit. 20.12.2009
- UN, *World Investment Report 2009, Transnational Corporations, Agriculture Production and Development*, p. 41—46, <http://www.unctad.org/en/docs/wir2009_en.pdf>, cit. 14.3.2010
- UNAIDS, *Ghana*, <http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/ghana.asp>, 18.4.2010
- UNAIDS, *The impact of the Global Economic Crisis on HIV Prevention and Treatment Programmes*, <http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1734_econ_crisis_hiv_response_en.pdf>, cit. 4.4.2010

- UNAIDS/WHO, UNICEF, *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS — Swaziland, Lesotho, Botswana*, <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epifactsheets.asp>, cit. 5.4.2010
- UNAIDS/WTO, *AIDS Epidemic Update 2009*, <http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf>, cit. 5.3.2010
- UNDP, *Ghana Human Development Report 2007*, <http://www.undp-gha.org/docs/Human%20Development%20Report.pdf>, cit. 15.1.2010
- UNCTAD, *Handbook of Statistics*, <http://stats.unctad.org/handbook/ReportFolders/ReportFolders.aspx>
- UNDP, *Human Development Reports*, <http://hdr.undp.org/en/statistics/data/>
- UNHCR, *2008 Global Trends*, <http://www.unhcr.org/4bcc5bb79.html>, cit. 20.11.2009
- USAID, *Ghana, HIV/AIDS Health Profile*, <http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/ghana_profile.pdf>, cit. 30.3.2010
- VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*; 4. vydání, Maxdorf, 2004, ISBN 80-7345-037-2
- Vysoká škola báňská, Hornicko-geologická fakulta, Institut geologického inženýrství, Ostrava, <http://geologie.vsb.cz/loziska/loziska/loziska_nerud.html>, cit. 29.10.2009
- WEF, *The Africa Competitiveness Report 2009*, <http://www.weforum.org/documents/AFCR09/index.html>, cit. 14.4.2010
- WEF, *The Global Competitiveness Forum Report 2009—2010*, <http://www.weforum.org/pdf/GCR09/GCR20092010fullreport.pdf>, cit. 14.4.2010
- WHO, *African Programme for Onchocerciasis Control*, <http://www.who.int/apoc/onchocerciasis/en/index.html>, cit. 15.5.2010
- WHO, *Country Cooperation Strategy at a Glance*, Ghana, <http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_gha_09_en.pdf>, cit. 2.4.2010
- WHO, *Eradicating Guinea-Worm Disease*, <http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HTM_NTD_PCT_2008.1_eng.pdf>, cit. 20.4.2010
- WHO, *Factsheet on Malaria*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/>, cit. 3.4.2010
- WHO, *Global Burden of Disease*, <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/>, cit. 10.2.2010
- WHO, *Global Tuberculosis Control 2009, Epidemiology Strategy Financing*, <http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/key_points_en.pdf>, cit. 14.11.2009

- WHO, *Schistosomiasis*, <http://www.who.int/topics/schistosomiasis/en/index.html>, cit. 13.3.2010
- WHO, *Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress report 2009*, <http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/>, cit. 20.2.2010
- WHO, *World Health Statistics 2008*, <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf>, cit. 20.10.2009

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Porovnání rozvojových regionů dle některých ukazatelů

Region	Trading time across borders for exports (days)	Population in landlocked countries (%)	Road density (km^2 of road per surface area)	Estimated number of civil conflicts (1940-2000)
East Asia & Pacific	24	0,42	0,72	8
Europe & Central Asia	29	23,00	---	13
Latin America & Caribbean	22	2,77	0,12	15
Middle East & North Africa	27	0,00	0,33	17
South Asia	34	3,78	0,85	24
Sub-Saharan Africa	40	40,20	0,13	34

Zdroj: World Development Report 2009, Density, Distance and Division in Sub-Saharan Africa

Příloha č. 2: Prokázané zásoby ropy na území afrických států a ve světě, 2008

	at end 1988 Thousand mil. barrels	**at end 1998** Thousand mil. barrels	**at end 2007** Thousand mil. barrels	Thousand mil. tonnes	**at end 2008** Thousand mil. barrels	Share of total
Algeria	9,2	11,3	12,2	1,5	12,2	1,0%
Angola	2,0	4,0	13,5	1,8	13,5	1,1%
Chad	-	-	0,9	0,1	0,9	0,1%
Rep. of Congo	0,8	1,7	1,9	0,3	1,9	0,2%
Egypt	4,3	3,8	4,1	0,6	4,3	0,3%
Equatorial Guinea	-	0,6	1,7	0,2	1,7	0,1%
Gabon	0,9	2,6	3,2	0,4	3,2	0,3%
Libya	22,8	29,5	43,7	5,7	43,7	3,5%
Nigeria	16,0	22,5	36,2	4,9	36,2	2,9%
Sudan	0,3	0,3	6,7	0,9	6,7	0,5%
Tunisia	1,8	0,3	0,6	0,1	0,6	•
Other Africa	1,0	0,7	0,6	0,1	0,6	•
Total Africa	**59,0**	**77,2**	**125,3**	**16,6**	**125,6**	**10,0%**
Total World	**998,4**	**1068,5**	**1261,0**	**170,8**	**1258,0**	**100,0%**

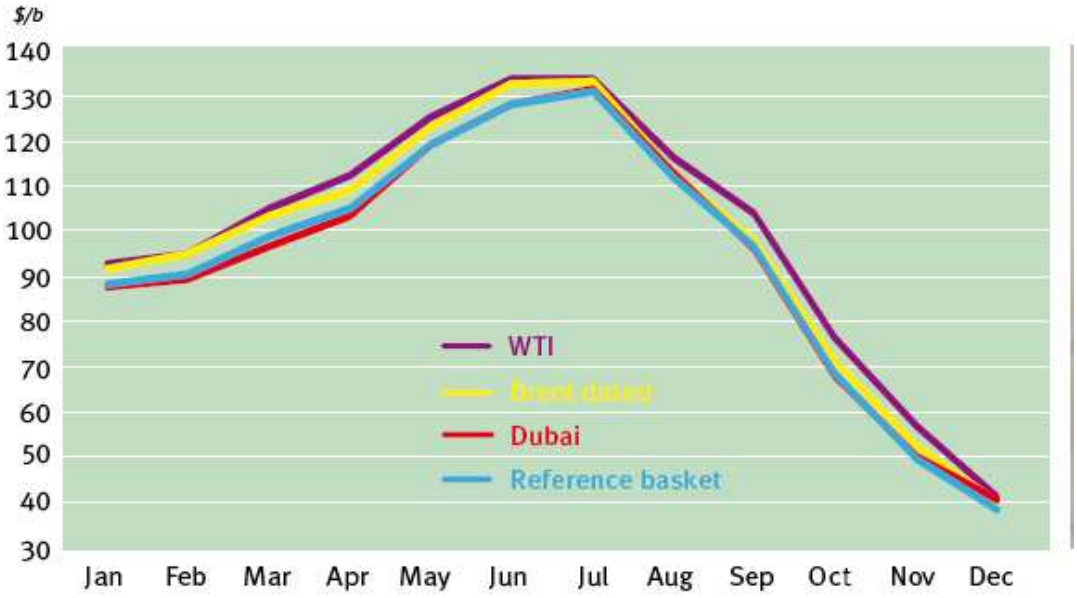
Zdroj: BP, Statistical Review of World Energy, June 2009, <http://www.bp.com/statisticalreview>

Příloha č. 3: Těžba ropy na území afrických států a ve světě (tisíce barelů za den), 2008

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007	Share of total
Algeria	1 052	1 003	1 139	1 151	1 347	1 327	1 578	2 015	2 016	2,2%
Angola	103	158	150	232	475	633	746	1 246	1 720	2,3%
Cameroon	-	-	56	181	155	106	88	82	82	0,1%
Chad	-	-	-	-	-	-	-	173	144	0,2%
Rep. of Congo	^	35	61	115	156	180	254	246	222	0,3%
Egypt	319	228	580	882	897	924	781	696	710	0,9%
Equatorial Guinea	-	-	-	-	-	7	91	373	368	0,5%
Gabon	109	227	178	173	270	356	327	234	230	0,3%
Libya	3 357	1 514	1 862	1 025	1 424	1 439	1 475	1 751	1 848	2,2%
Nigeria	1 084	1 785	2 059	1 499	1 870	1 998	2 155	2 580	2 356	2,7%
Sudan	-	-	-	-	-	2	174	305	468	0,6%
Tunisia	87	97	118	114	96	90	78	73	97	0,1%
Other Africa	1	^	22	60	35	51	56	72	59	0,1%
Total Africa	**6 112**	**5 047**	**6 225**	**5 433**	**6 725**	**7 111**	**7 804**	**9 846**	**10 320**	**12,4%**
Total World	**48 064**	**55 826**	**62 948**	**57 472**	**65 460**	**68 102**	**74 861**	**81 089**	**81 443**	**100,0%**

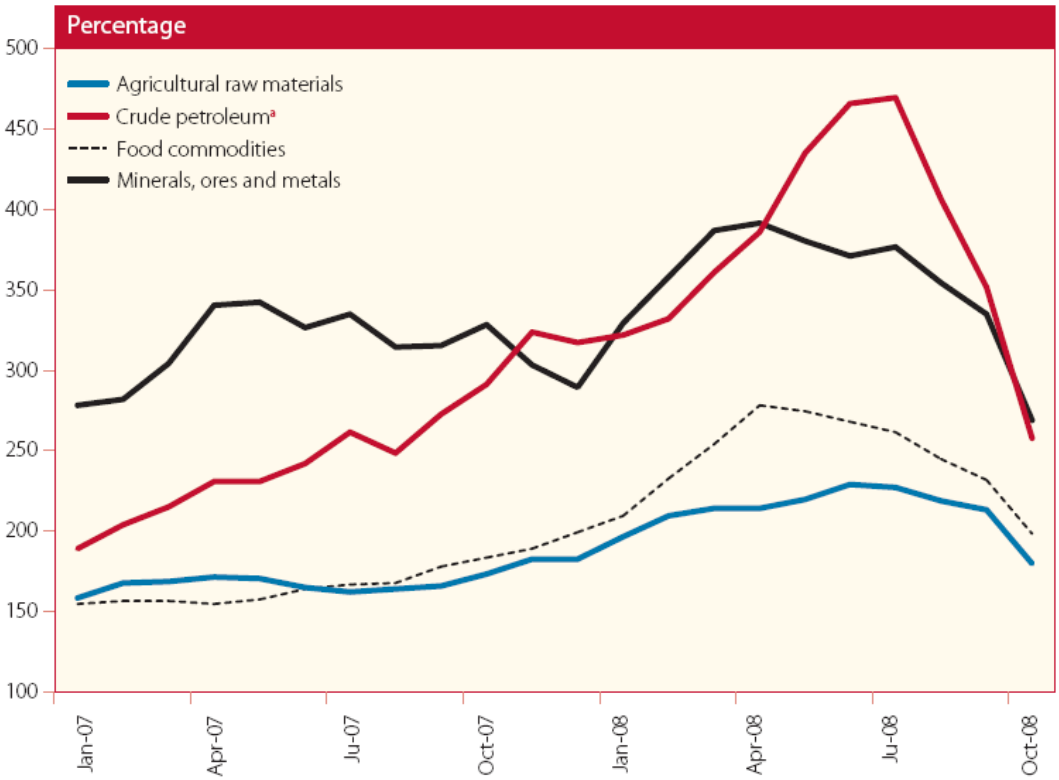
Zdroj: BP, Statistical Review of World Energy, June 2009, <http://www.bp.com/statisticalreview>

Příloha č. 4: Vývoj ceny ropy v roce 2008, USD/barel



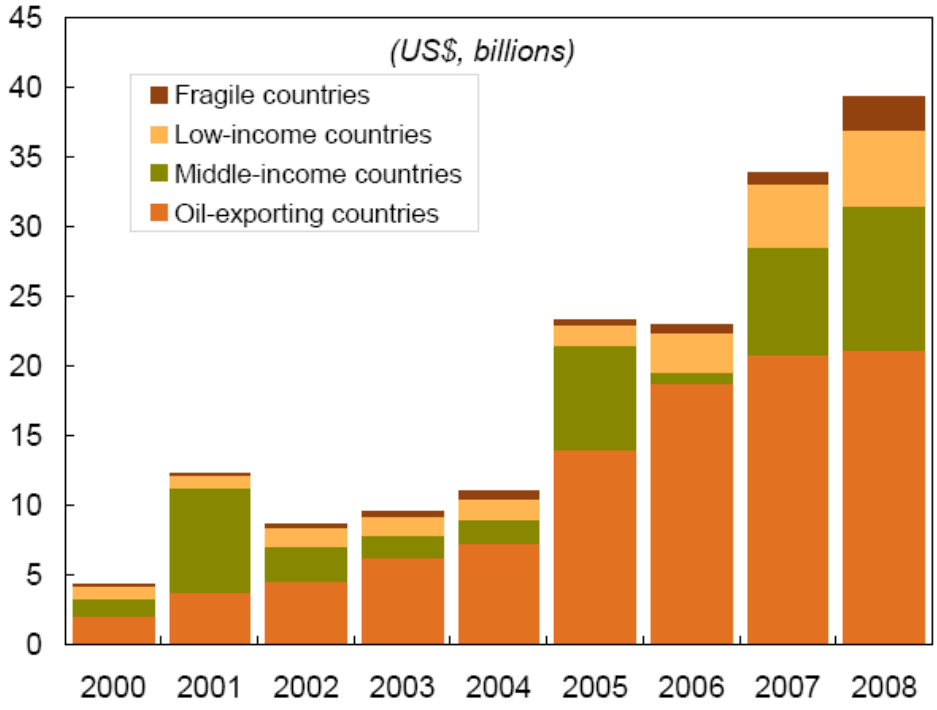
Zdroj: OPEC, Annual Report 2008, <http://www.opec.org/opec_web/en/publications/337.htm>

Příloha č. 5: Vývoj cen vybraných skupin komodit, 2007—2008



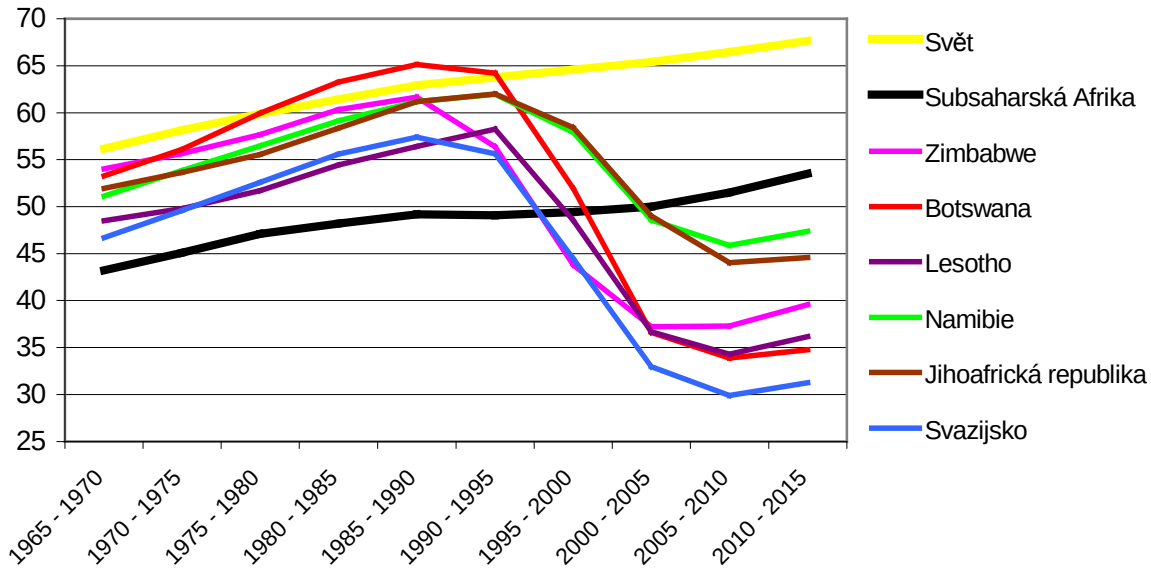
Zdroj: UN, World Economic Situation and Prospects,
<http://www.un.org/esa/policy/wess/wesp2009files/wesp2009.pdf>

Příloha č. 6: Přímé zahraniční investice směřující do zemí SSA, 2000—2008



Zdroj: MMF, World Economic Outlook, <http://www.imf.org/external/data.htm>

Příloha č. 7: Očekávaná doba dožití při narození u vybraných států, 1965—2015



Zdroj: UNCTAD, Handbook of Statistics, <http://stats.unctad.org/Handbook/>

Příloha č. 8: Incidence a prevalence tuberkulózy u vybraných zemí

země	INCIDENCE		PREVALENCE		% HIV poz. případů
	počet případů (tis.)	‰ populace	počet případů (tis.)	‰ populace	
Nigérie	460	3,11	772	5,21	27,0%
JAR	461	9,48	336	6,92	73,0%
Etiopie	314	3,78	481	5,79	19,0%
Dem. rep. Kongo	245	3,92	417	6,66	5,9%
Keňa	132	3,53	120	3,19	48,0%
Tanzánie	120	2,97	136	3,37	47,0%
Uganda	102	3,3	132	4,26	39,0%
Zimbabwe	104	7,82	95	7,14	69,0%
Mosambik	92	4,31	108	5,04	47,0%

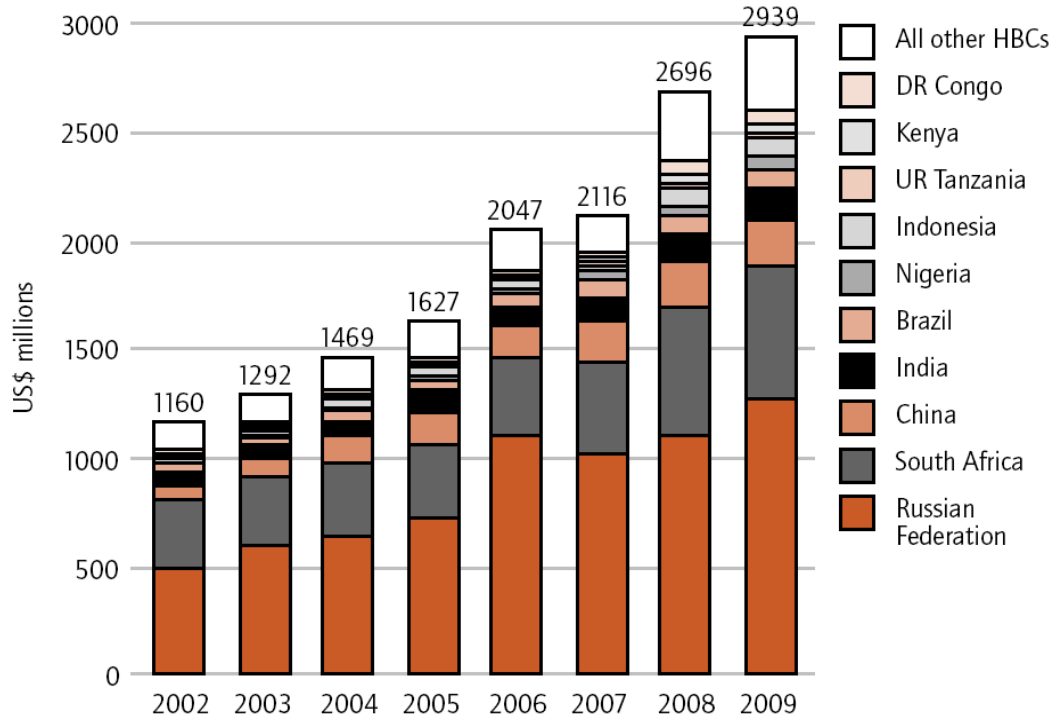
Zdroj: WHO, Global Tuberculosis Control 2009, <http://www.who.int/tb>

Příloha č. 9: Vývoj počtu zaznamenaných případů malárie ve vybraných zemích

země	1990	1995	2000	2005	2008
Angola	243 673	156 603	2 080 348	2 329 316	3 432 424
Dem. rep. Kongo			964 623	6 334 608	5 371 196
Malawi	3 870 904		3 646 212	3 688 389	4 986 779
Uganda		1 431 068	3 552 859	9 867 174	11 029 571
Burkina Faso	496 513	501 020		1 615 695	3 790 238
Ghana	1 438 713	1 928 316	3 349 528	3 452 969	3 200 147
Etiopie		412 609		3 901 957	2 532 645
Mosambik					4 831 491
Niger	1 162 824	778 175		817 707	2 033 971
Nigérie	1 116 992	1 133 926	2 476 608	3 532 108	2 834 174
Zambia	1 933 696	2 742 118	3 337 796	4 121 356	3 080 301

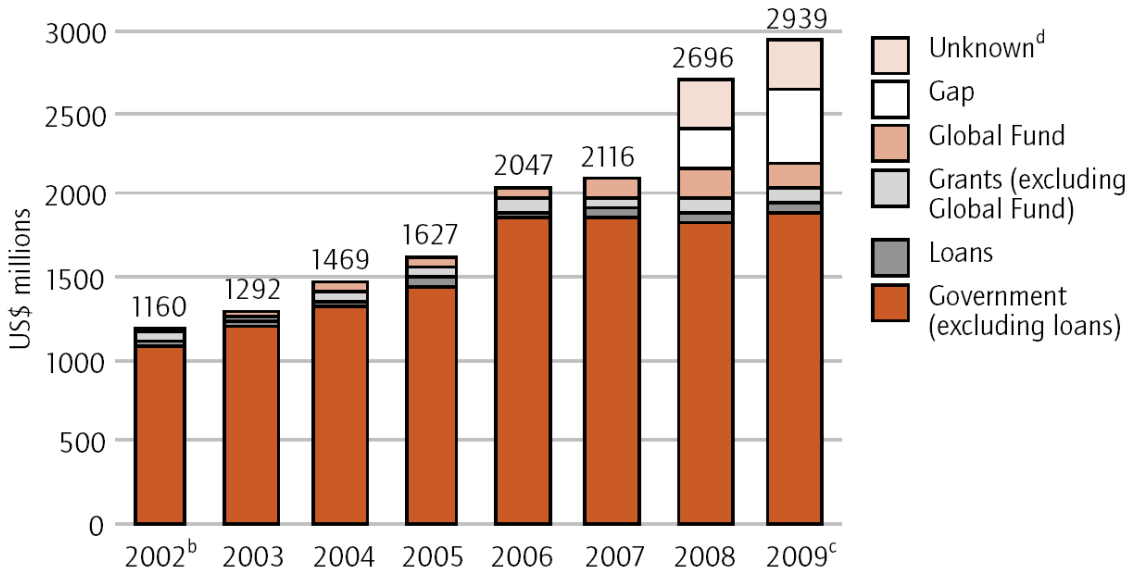
Zdroj: WHO, <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2009/mal2009_annex3a.pdf>

Příloha č. 10: Celkové náklady na kontrolu TBC dle zemí, HBCs, 2002—2009



Zdroj: WHO, Global Tuberculosis Control 2009, <http://www.who.int/tb/>

Příloha č. 11: Celkové náklady na kontrolu TBC dle zdroje jejich financování, HBCs, 2002—2009



Zdroj: WHO, Global Tuberculosis Control 2009, <http://www.who.int/tb>

Příloha č. 12: Zdravotnický personál a výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích, údaje z let 2000—2006

	lékaři		sestry a porodní asistentky		zubaři		lékárníci		komunitní a tradiční lékaři		laboratorní personál		počet nemocničních lůžek na 10.000 obyvatel
	počet	počet na 10.000 obyvatel	počet	počet na 10.000 obyvatel	počet	počet na 10.000 obyvatel	počet	počet na 10.000 obyvatel	počet	počet na 10.000 obyvatel	počet	počet na 10.000 obyvatel	
Ghana	3 240	2	19 707	9	393	<1	1 388	<1	...	...	899	<1	9
Botswana	715	4	4 753	27	38	<1	333	2	...	...	277	2	22
Svazijsko	171	2	6 828	63	32	<1	70	<1	4 700	43	77	<1	...
Lesotho	89	<1	1 123	6	16	<1	62	<1	...	...	146	<1	...
JAR	34 829	8	184 459	41	5 995	1	12 521	3	9 160	2	2 002	<1	28
Nigérie	34 923	3	210 306	17	2 482	<1	6 344	<1	115 761	9	690	<1	5
Česká rep.	36 595	36	91 120	89	6 933	7	5 842	6	...	...	...	...	84
USA	730 801	26	2 669 603	94	463 663	16	249 642	9	...	...	651 035	23	32

	podíl vládních výdajů na celkových výdajích na zdraví		podíl vládních výdajů na zdraví na celkových vlád. výdajích		výdaje na zdraví na obyvatele v běžných cenách (USD)		výdaje na zdraví na obyvatele v PPP (int. USD)		vládní výdaje na zdraví na obyv. v běžných cenách (USD)	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Ghana	41,0%	34,1%	10,9%	6,9%	18	30	85	93	7	10
Botswana	63,7%	78,4%	8,3%	18,2%	155	431	290	726	99	338
Svazijsko	58,6%	64,1%	11,6%	10,9%	80	146	292	360	47	94
Lesotho	51,0%	56,1%	6,3%	6,7%	28	41	101	112	14	23
JAR	42,4%	41,7%	7,9%	9,9%	237	437	586	811	100	182
Nigérie	33,5%	30,9%	4,2%	3,5%	17	27	38	45	6	8
Česká rep.	90,3%	88,6%	14,1%	14,4%	361	868	980	1 445	326	769
USA	43,7%	45,1%	19,5%	21,8%	4 570	6 350	4 570	6 350	1 997	2 862

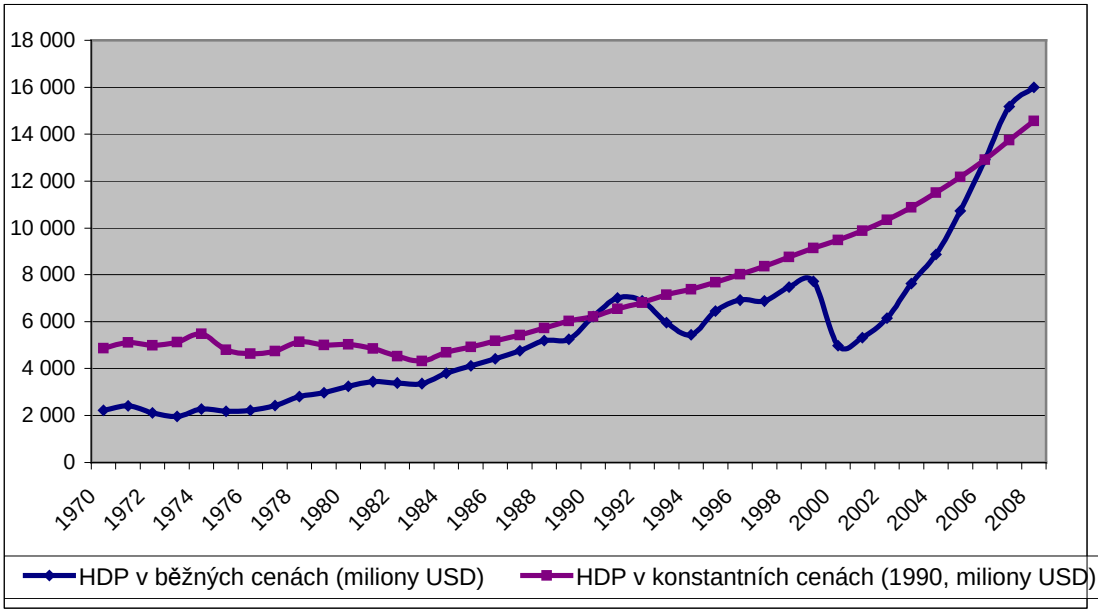
Zdroj: WHO, World Health Statistics 2008

Příloha č. 13: Výdaje na zdraví v zemích Subsaharské Afriky, 2006

	Per capita government expenditure on health (PPP int. $)			Per capita total expenditure on health (PPP int. $)			Total expenditure on health as percentage of GDP		
	1995	2000	2006	1995	2000	2006	1995	2000	2006
Algeria	83	97	146	116	132	188	3,6	3,5	3,6
Angola	36	27	61	45	34	71	4,1	2,4	2,7
Benin	14	16	25	31	33	46	5	4,6	5,3
Botswana	124	185	487	210	290	635	5,1	4,8	7,2
Burkina Faso	13	20	50	34	49	87	4,3	4,9	6,4
Burundi	5	3	4	16	14	15	3,6	3,1	3
Cameroon	10	16	23	43	62	80	4,2	5,1	5,2
Central African Republic	16	21	20	42	49	55	3,7	4	3,9
Chad	11	15	14	33	36	40	5,8	6,3	3,6
Congo	20	14	13	33	24	31	3,1	2,1	2,1
Cote d'Ivoire	17	21	15	77	85	66	5,4	5,3	3,8
Dem. Rep. of the Congo	1	<1.0	7	12	12	18	2,8	3,6	4,3
Equatorial Guinea	41	49	219	56	81	280	4,5	1,6	1,5
Eritrea	15	16	10	31	29	28	5,3	5	4,5
Ethiopia	7	8	13	14	15	22	5,2	4,7	4,9
Gabon	50	180	198	135	251	252	2,3	4,3	3,7
Gambia	16	20	33	42	46	56	4,5	4,4	4,3
Ghana	24	35	36	62	85	100	6,4	7,4	6,2
Guinea	9	11	14	70	86	116	5,1	5,3	5,7
Guinea-Bissau	11	7	10	32	46	40	4,6	7	6,2
Kenya	33	39	51	78	80	105	4,6	4,5	4,6
Lesotho	47	51	88	101	101	143	7,2	6,2	6,7
Liberia		9	25		26	39		3,2	5,6
Madagascar	13	13	21	25	24	34	2,6	2,6	3,2
Malawi	8	12	51	27	28	70	6,6	6,1	12,3
Mali	18	16	34	33	49	65	5,2	6,3	6
Mauritania	29	31	31	37	43	45	2,6	2,8	2,2
Mozambique	12	27	39	21	39	56	4,2	5,4	4,7
Namibia	190	236	218	263	343	338	6,1	7	4,9
Niger	10	11	14	22	21	27	4	3,7	4
Nigeria	9	13	15	42	38	50	5,2	4,3	4,1
Rwanda	9	18	134	23	46	210	4,3	4	10,4
Senegal	13	18	23	39	48	72	4,5	4,6	5,4
Sierra Leone	8	13	20	23	26	41	3	4,1	3,5
South Africa	210	248	364	499	586	869	7,9	8,1	8,6
Swaziland	134	171	219	244	292	353	5,9	6,1	5,9
Togo	15	14	20	50	53	70	4,8	4,6	5,5
Uganda	10	24	39	34	89	143	5,4	6,6	7,2
United Rep. of Tanzania	10	10	27	19	24	45	3,8	4,1	5,5
Zambia	26	25	29	43	48	62	5,6	5,7	5,2
Zimbabwe	93	77	77	176	179	147	8,5	8,3	8,4
United States of America	1657	1997	3074	3656	4570	6714	13,3	13,2	15,3
Czech Republic	817	885	1309	899	980	1490	7	6,5	6,8

Zdroj: World Health Organization, World Health Statistics, <http://www.who.int/whosis/>

Příloha č. 14: Vývoj HDP, Ghana, 1970-2008



Zdroj: UNCTAD, Handbook of Statistics,

Příloha č. 15: Vývoj platební bilance a zahraničního dluhu, Ghana

Přehledný rozbor platební bilance v letech 2000 –2005 (mil. USD)

Položka /rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Celkový export	1936,3	1867,1	2015,2	2562,4	2733,1	2736,6
Export zlata	705,0	617,8	689,1	893,6	838,7	945,8
Export kakaa	436,8	381,1	463,4	802,2	1071,1	843,2
Export dřeva	175,2	169,3	182,7	174,7	211,7	226,9
Nerozlišený export	619,3	698,9	680	691,9	611,6	720,7
Celkový import	2766,6	2968,5	2707,0	3276,1	4158,5	5279,8
Dovoz ropy	520,1	516,8	508,1	562,9	775,0	1108,2
Neropné dovozy	2246,5	2451,7	2198,9	2713,2	3383,5	4171,6
Obchodní bilance	-830,2	-1101,4	-691,8	-713,7	-1425,4	-2543,2
Bilance běžného účtu	-386,4	-324,5	-31,9	255,2	-151,3	-790,6
Bilance kapitálového účtu	369,3	392,2	-38,6	313,4	125,9	899,5
Devizové rezervy (mil. USD)	224,0	336,6	601,2	1425,6	1732,0	1558,5
Devizové rezervy (měsíce)	0,9	1,5	2,5	3,9	3,8	3,5

Vývoj celkového zahraničního dluhu Ghany v mil. USD

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
6 376,60	6 585,00	8 034,3	6 367,9	6 692,4	2 300	2 700

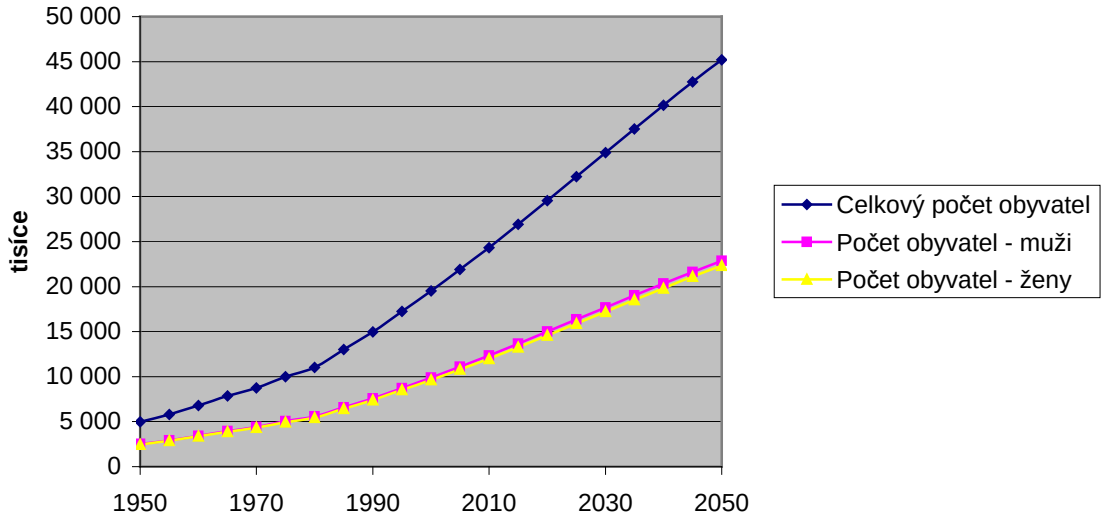
Zdroj: BusinessInfo.cz, Souhrnná teritoriální informace, Ghana

Příloha č. 16: Počty úmrtí a DALY dle jednotlivých příčin, Ghana, 2004

	odhadovaná úmrtí (tisíce)	DALY (tisíce)	odhadovaný počet úmrtí na 100.000 obyvatel	DALY na 100.000 obyvatel
All Causes	**229,7**	**7 530**	**1 041,6**	**34 141**
I. Communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions	***137,4***	***4 659***	***622,9***	***21 124***
A. Infectious and parasitic diseases	**91,6**	**2 802**	**415,4**	**12 705**
1. **Tuberculosis**	**8,8**	**241**	**39,9**	**1 091**
2. **STDs excluding HIV**	**0,7**	**80**	**3,0**	**363**
a. Syphilis	0,6	18	2,9	83
b. Chlamydia	0,0	26	0,0	117
c. Gonorrhoea	0,0	36	0,0	163
3. **HIV/AIDS**	**21,4**	**572**	**97,0**	**2 592**
4. **Diarrhoeal diseases**	**22,9**	**455**	**103,7**	**2 063**
5. **Childhood-cluster diseases**	**2,3**	**92**	**10,6**	**419**
a. Pertussis	**0,5**	**27**	**2,2**	**121**
b. Poliomyelitis	-	-	-	-
c. Diphtheria	**0,0**	**1**	**0,1**	**3**
d. Measles	0,9	32	3,9	145
e. Tetanus	1,0	33	4,5	151
6. **Meningitis**	**1,3**	**43**	**5,7**	**195**
7. **Hepatitis B (g)**	**0,6**	**9**	**2,7**	**42**
Hepatitis C (g)	**0,3**	**4**	**1,2**	**19**
8. **Malaria**	**23,5**	**923**	**106,7**	**4 186**
9. **Tropical-cluster diseases**	**4,1**	**221**	**18,8**	**1 002**
a. Trypanosomiasis	1,8	57	8,0	259
b. Chagas disease	-	-	-	-
c. Schistosomiasis	2,2	96	9,9	437
d. Leishmaniasis	0,2	6	0,9	28
e. lymphatic filariasis	-	61	-	278
f. Onchocerciasis	-	0	-	1
10. **Leprosy**	**0,0**	**1**	**0,1**	**3**
11. **Dengue**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**
12. **Japanese encephalitis**	-	-	-	-
13. **Trachoma**	-	**0**	-	**2**
14. **Intestinal nematode infections**	**0,1**	**62**	**0,5**	**283**
B. Respiratory infections	**14,8**	**422**	**67,1**	**1 912**
C. Maternal conditions	**3,8**	**263**	**17,1**	**1 193**
D. Perinatal conditions (h)	**26,2**	**1 016**	**118,9**	**4 605**
1. Prematurity and low birth weight	8,2	299	37,0	1 356
2. Birth asphyxia and birth trauma	6,9	328	31,4	1 489
3. Neonatal infections and other	11,1	388	50,5	1 760
E. Nutritional deficiencies	**1,0**	**156**	**4,3**	**709**
II. Noncommunicable diseases	***78,1***	***2 318***	***354,1***	***10 510***
III. Injuries	***14,3***	***553***	***64,6***	***2 508***

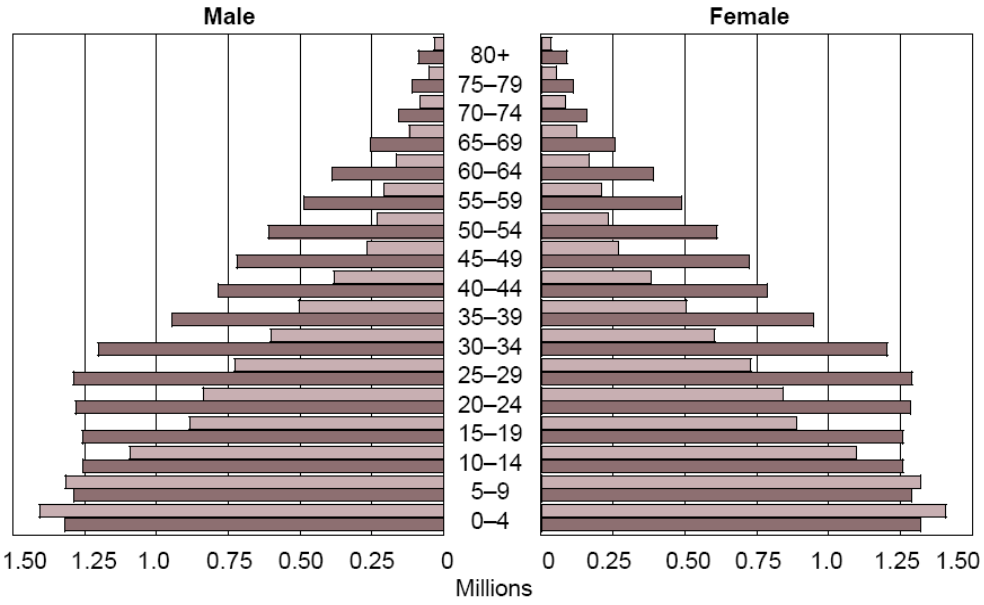
Zdroj: WHO, Global Burden of Diseases, http://www.who.int/healthinfo/en/

Příloha č. 17: Vývoj počtu obyvatel, Ghana, 1950—2050



Zdroj: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the UN Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Příloha č. 18: Věkové rozložení obyvatelstva, Ghana, 1996 a 2020



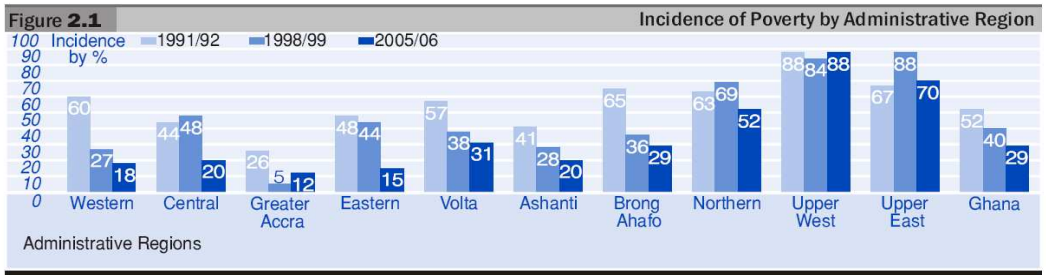
Zdroj: U.S. Bureau of the Census, IPC, International Database, <http://www.census.gov/ipc/www/idb/>

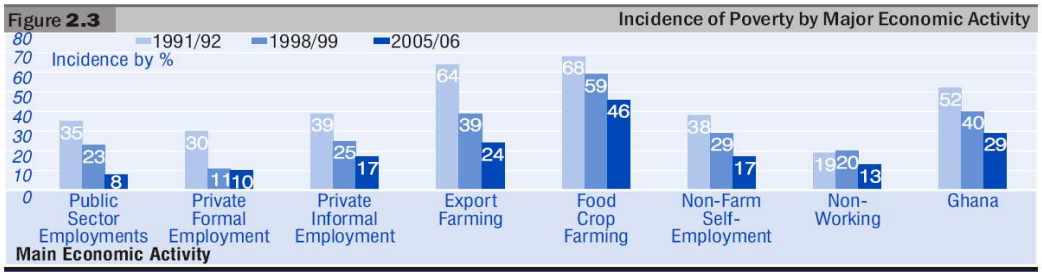
Příloha č. 19: Vývoj vybraných demografických ukazatelů, Ghana, 1970—2020

	1970 - 1975	1975 - 1980	1980 - 1985	1985 - 1990	1990 - 1995	1995 - 2000	2000 - 2005	2005 - 2010	2010 - 2015	2015 - 2020
Crude birth rate	46,3	44,4	42,6	40,4	37,8	35,4	33,7	32,5	30,9	28,6
Crude death rate	15,8	14,2	13,1	11,9	10,0	10,0	10,8	11,2	10,5	9,8
Infant mortality rate	107,2	97,2	90,4	83,3	66,9	68,5	70,4	73,4	67,0	60,6
Life expectancy at birth	50,0	52,2	53,8	55,4	58,8	58,7	57,1	56,5	58,0	59,7
Net migration rate per 1000 inh.	-3,5	-10,7	3,4	-0,4	0,5	-0,6	0,1	-0,4	-0,2	-0,1
Natural increase rate per 1000 inh.	30,4	30,2	29,5	28,5	27,8	25,4	22,9	21,4	20,4	18,9
Population growth rate	2,7	2,0	3,3	2,8	2,8	2,5	2,3	2,1	2,0	1,9

Zdroj: UNCTAD, Handbook of Statistics

Příloha č. 20: Výskyt chudoby dle regionu a ekonomické aktivity, Ghana, 1991—2006



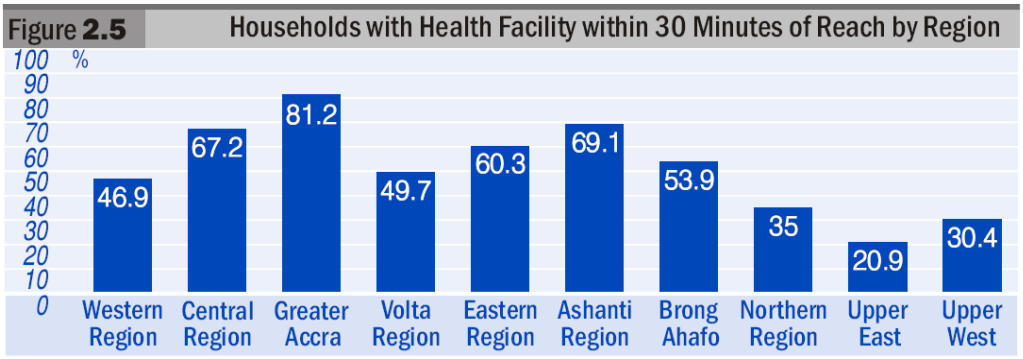


Zdroj: UNDP, Ghana Human Development Report 2007, <http://www.undp-gha.org/docs/Human%20Development%20Report.pdf

Příloha č. 21: Počet a dostupnost zdravotnických zařízení, Ghana

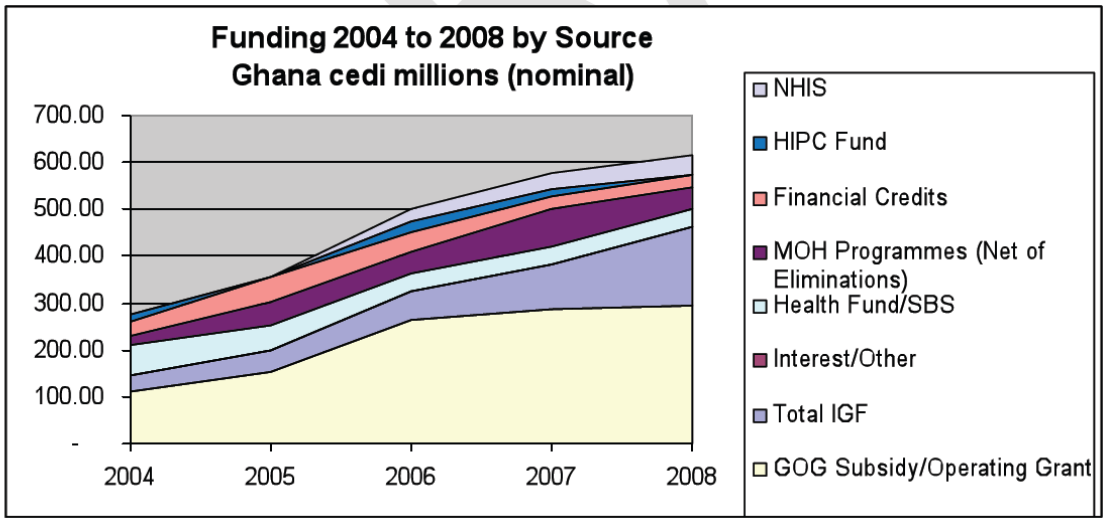
Table 4.6 Distribution of Health Facilities, 2003

Region	Hospitals	Health Centres / Clinics	Maternity Homes
Western	19	174	44
Central	15	104	35
Greater Accra	75	353	110
Volta	27	235	21
Eastern	26	128	52
Ashanti	65	226	66
Brong Ahafo	34	179	3
Northern	14	116	6
Upper East	5	75	4
Upper West	6	51	2
Total	286	1487	343



Zdroj: UNDP, Ghana Human Development Report, 2007, <http://www.undp-gha.org/docs/Human%20Development%20Report.pdf>

Příloha č. 22: Finanční prostředky na zdraví, dle zdrojů, 2004—2008



Zdroj: Ministry of Health, Ghana, Pulling Together, achieving more, Independent review, 2008