

EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
Obchodná fakulta

Evidenčné číslo: 102003/D/2019/36086129770126852

VPLYV HIV NA HOSPODÁRSKY ROZVOJ
SUBSAHARSKEJ AFRIKY

Diplomová práca

2019

Bc. Ľudmila Smáková

EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
Obchodná fakulta

VPLYV HIV NA HOSPODÁRSKY ROZVOJ
SUBSAHARSKEJ AFRIKY

Diplomová práca

Študijný program: Manažment medzinárodného obchodu

Študijný odbor: Medzinárodné podnikanie

Školiace pracovisko: Katedra medzinárodného obchodu

Vedúci záverečnej práce: Ing. Ľubica Zubaľová, PhD.

Bratislava 2019

Bc. Ľudmila Smáková

Zadanie ZP

Čestné vyhlásenie

**Čestne vyhlasujem, že záverečnú prácu som vypracovala samostatne
a že som uviedla všetku použitú literatúru.**

Dátum: 15. 04. 2019

.....
Bc. Ľudmila Smáková

Pod'akovanie

Touto cestou by som sa rada pod'akovala vedúcej mojej záverečnej práce, Ing. Lubici Zubaľovej, PhD. z Katedry medzinárodného obchodu, za jej cenné rady, pripomienky a správne usmernenie, ktoré mi veľmi pomohli pri spracovaní diplomovej práce. Rovnako sa chcem pod'akovať pánovi Ing. Dušanovi Steinhauserovi, PhD. z Katedry medzinárodného obchodu, ktorý mi pomohol so zostavovaním regresného modelu v programe GRETL. V neposlednom rade patrí jedno veľké pod'akovanie rodine a blízkym za ich obrovskú podporu, trpezlivosť a pomoc.

ABSTRAKT

SMÁKOVÁ, Ľudmila: *Vplyv HIV na hospodársky rozvoj subsaharskej Afriky*. – Ekonomická univerzita v Bratislave. Obchodná fakulta; Katedra medzinárodného obchodu. – Vedúci záverečnej práce: Ing. Ľubica Zubaľová, PhD. – Bratislava: OF EU, 2019, 82 s.

Cieľom záverečnej práce je na základe použitia vedeckých metód posúdiť vplyv ochorenia HIV/AIDS na hospodársky rozvoj, najmä stav chudoby, v štátoch regiónu subsaharskej Afriky. Práca je rozdelená do štyroch kapitol. Obsahuje 5 grafov, 4 obrázky, 11 tabuliek a 9 príloh. Prvá kapitola, ktorá predstavuje teoretickú časť diplomovej práce, je venovaná vyhodnoteniu súčasného stavu nákazy HIV v globálnom kontexte a ozrejmieniu základných fundamentálnych vzťahov medzi epidémiami, ľudským kapitálom a kruhom začarovanej chudoby. Druhá časť bližšie charakterizuje primárny cieľ záverečnej práce spolu s čiastkovými cieľmi a konkretizuje použité metódy skúmania danej problematiky pre dosiahnutie výsledkov. Tretia kapitola sa zaoberá vyhodnotením vplyvu HIV na jednotlivé sektory hospodárstva a detailnou regresnou analýzou HIV prevalencie vo vzťahu k ekonomickej úrovni 48 subsaharských štátov. Záverečná kapitola prináša diskusiu a názor na danú problematiku. Výsledkom riešenia danej problematiky je vyhodnotenie vplyvu epidémie HIV/AIDS na chudobu štátov a definovanie hlavných príčin šírenia infekcie v rámci najzasiahnutejšieho regiónu na svete, ktorým subsaharská Afrika bezpochyby je.

Kľúčové slová:

HIV, AIDS, epidémia, subsaharská Afrika, hospodársky rozvoj, chudoba, ľudský kapitál, začarovaný kruh chudoby

ABSTRACT

SMÁKOVÁ, Ludmila: *The impact of HIV on the economic development of Sub-Saharan Africa*. – University of Economics in Bratislava. Faculty of Commerce; Department of International Trade. – Thesis supervisor: Ing. Ľubica Zubaľová, PhD. – Bratislava: FC UE, 2019, 82 p.

The objective of the final thesis is an assessment of the impact of human immunodeficiency virus infection and acquired immune deficiency syndrome (HIV/AIDS) on the economic development and especially the state of poverty in the states of Sub-Saharan Africa based on scientific methods. The thesis is divided into four chapters. It contains 5 graphs, 4 figures, 11 tables and 9 appendixes. The first chapter, which comprises of the theoretical part of the dissertation, appraises the present state of HIV contagion in the global context and it clarifies the fundamental relationship between epidemics, human capital and the vicious circle of poverty. The second part serves as a characterisation of the main objective and sub-objectives of the final thesis in more detail as well as a specification of the methods employed to assess the problem and generate results. The third chapter evaluates the impact of HIV on individual economic sectors and it makes a detailed regression analysis of HIV prevalence with respect to the economic standards in 48 Sub-Saharan states. The final chapter brings the issue to debate and offers an opinion. The result of addressing the problem is an assessment of the impact of HIV/AIDS epidemics on state poverty and a definition of the main causes for the spread of infection in undoubtedly the most affected region in the world – the Sub-Saharan Africa.

Key words:

HIV, AIDS, epidemics, Sub-saharan Africa, economic development, poverty, human capital, vicious circle of poverty

OBSAH

ÚVOD	10
1 Stav HIV/AIDS vo svete a v subsaharskej Afrike	12
1.1 Teoretické východiská ekonomického vplyvu HIV/AIDS	12
1.2 Pôvod HIV/AIDS a vývoj epidémie v subsaharskej Afrike	17
1.3 Súčasný stav HIV/AIDS v subsaharskej Afrike v globálnom kontexte	21
1.3.1 HIV/AIDS v kontexte cieľov Agendy trvalo udržateľného rozvoja	26
1.4 Vzťah medzi HIV prevalenciou a chudobou	27
2 Cieľ práce, metodika práce a metódy skúmania	32
2.1 Cieľ práce	32
2.2 Metodika práce a metódy skúmania	33
3 Analýza vplyvu HIV/AIDS na hospodársky rozvoj subsaharskej Afriky	36
3.1 Stav nákazy HIV/AIDS v rámci subsaharskej Afriky	36
3.2 Vplyv HIV/AIDS na sektorovú štruktúru subsaharskej Afriky	40
3.3 Analýza vzťahu HIV a chudoby krajín subsaharskej Afriky	45
3.4 Príčiny vysokej HIV prevalencie v štátoch subsaharskej Afriky s vyšším HDP	52
3.4.1 Faktory vplývajúce na šírenie HIV/AIDS v subsaharskej Afrike	52
3.5 Vplyv stigmatizácie a kultúry na hospodárstvo Nigérie	62
3.5.1 Najviac postihnuté skupiny nigérijského obyvateľstva	62
3.5.2 HIV/AIDS a Národná stratégia hospodárskeho rozvoja	66
3.5.3 Vplyv HIV na sektory hospodárstva v Nigérii	67
4 Diskusia	70
ZÁVER	72
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	74
ZOZNAM PRÍLOH	82

ZOZNAM TABULIEK

Tab. 1 – Prevalencia HIV v armáde vo vybraných krajinách a rokoch	14
Tab. 2 – Regionálna analýza počtu HIV pozitívnych vrátane detí, 2017	22
Tab. 3 – Regionálna analýza HIV prevalencie u dospelých (14-49), 2017	24
Tab. 4 – Globálny prehľad epidémie HIV/AIDS, 2017	25
Tab. 5 – Prehľad epidémie HIV/AIDS – subsaharská Afrika, 2017	38
Tab. 6 – Regionálne porovnanie HIV/AIDS v SSA, 2017	39
Tab. 7 – Štruktúra zamestnanosti podľa ekonomickej aktivity v SSA za vybrané roky	41
Tab. 8 – Štruktúra zamestnanosti v jednotlivých sektoroch SSA za vybrané roky	43
Tab. 9 – Faktory podieľajúce sa na znížení ziskov spoločností v dôsledku HIV/AIDS ...	44
Tab. 10 – TOP 20 krajín s najvyššou HIV prevalenciou a ich HDP per capita, 2017	46
Tab. 11 – Regresná analýza HDI a HIV prevalencie	48

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obr. 1 – Počet ľudí nakazených vírusom HIV vrátane detí podľa regiónov, 2017	21
Obr. 2 – Prevalencia HIV u dospelých (15-49) podľa regiónov, 2017	23
Obr. 3 – Schéma začarovaného kruhu chudoby	29
Obr. 4 – Schéma vplyvu stigmatizácie HIV na ekonomický status a chudobu	56

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1 – Počet pozitívnych HIV pacientov na liečbe ART, 2010-2015	26
Graf 2 – Podiel sektorov na tvorbe HDP v subsaharskej Afrike, 2000-2016	40
Graf 3 - Podiel poľnohospodárstva na tvorbe HDP vo vybraných štátoch	42
Graf 4 – Krajiny vyhodnotené programom GRETL ako extrémny	51
Graf 5 – Stigmatizácia HIV, Lesotho, 2009	55

ÚVOD

“20 rokov po zverejnení prvého klinického dôkazu o existencii HIV sa AIDS stal najdevastujúcejším ochorením v celej histórii ľudstva.”

(UNAIDS/WHO, 2001)

V júni 2019 ubehne presne 38 rokov, odkedy bol vírus ľudskej imunitnej nedostatočnosti (HIV), po prvýkrát klinicky identifikovaný. Od tej doby sa HIV/AIDS podpísalo na nakazení a smrti niekoľko miliónov ľudí. Vírus ľudskej imunitnej nedostatočnosti (HIV) spolu so syndrómom získanej imunitnej nedostatočnosti (AIDS) predstavujú aj v súčasnosti výzvy globálnych rozmerov, ktorým musia čeliť predovšetkým mnohé krajiny rozvojového sveta. Vplyv epidémie HIV a ochorenia AIDS na národné hospodárstva rozvojových krajín prispel k zosilneniu ďalších závažných problémov, akými sú chudoba, hlad, či nerovnosť nie len medzi pohlaviami, ale aj medzi jednotlivými štátmi navzájom. Zničujúce dôsledky HIV/AIDS pre znižovanie chudoby vo svete sú bližšie špecifikované v Rozvojovom programe OSN (UNDP), kde sa uvádza, že devastácia zapríčinená týmto vírusom a závažným ochorením je natoľko špecifická, že pripravuje rodiny, komunity a celé národy o mladých a najproduktívnejších ľudí. V dôsledku epidémií sa prehĺbuje chudoba, oddaľuje sa pokrok v oblasti ľudského rozvoja, zhoršuje sa rodová nerovnosť, narúša sa schopnosť vlád zabezpečovať nevyhnutné statky a služby pre obyvateľstvo, znižuje sa produktivita, ponuka práce a spomaľuje sa hospodársky rast. Zhoršujúce sa podmienky v hospodárstvach jednotlivých rozvojových štátov podmieňujú väčšiu zraniteľnosť obyvateľstva voči epidémii samotnej a zabraňujú celosvetovej i národnej snahe vlád o zlepšenie prístupu obyvateľstva k liečbe a zdravotnej starostlivosti. Aby sa dosiahlo trvalo udržateľné riešenie krízy HIV/AIDS, je nutné tento začarovaný kruh efektívnym spôsobom prerušiť.

Hlavným cieľom záverečnej práce je na základe vedeckých metód posúdiť vplyv HIV/AIDS na hospodársky rozvoj, predovšetkým chudobu, krajín subsaharskej Afriky.

Prvá kapitola práce s názvom *Stav HIV/AIDS vo svete a v subsaharskej Afrike* definuje teoretické východiská vplyvu HIV na hospodársky rozvoj krajín subsaharskej

Afriky, a to na základe vedeckých štúdií a prác šiestich autorov a významných organizácií. Tieto východiská tvoria podklad pre pochopenie danej problematiky z rôznych uhlov pohľadu. Kapitola sa taktiež do hĺbky zaoberá históriou šírenia epidémie HIV/AIDS, nakoľko je samotný objav tohto ochorenia veľmi úzko spájaný práve s najviac postihnutým regiónom sveta – subsaharskou Afrikou. Náležitú pozornosť venujeme zadefinovaniu stavu nákazy HIV/AIDS v subsaharskej Afrike v globálnom kontexte, teda zaoberáme sa, v akom postavení ohľadom epidémie HIV sa subsaharská Afrika nachádza v porovnaní s inými svetovými regiónmi. V rámci globálneho postavenia sme HIV zadefinovali aj vo vzťahu k cieľom Agendy trvalo udržateľného rozvoja organizácie OSN. V poslednom rade v rámci tejto kapitoly uvádzame teoretický, úzko prepojený vzťah medzi HIV a chudobou v subsaharskej Afrike, a to v kontexte zadefinovania ľudského kapitálu ako jednej z nevyhnutných zložiek ľudského rozvoja a problematiky začarovaného kruhu chudoby.

Druhá časť práce – *Cieľ práce, metodika práce a metódy skúmania* - je venovaná konkretizácii primárneho cieľa a zadefinovaniu viacerých čiastkových cieľov, medzi ktoré môžeme zaradiť predovšetkým zadefinovanie teoretických východísk, pojmov a historických súvislostí, analýzu súčasného stavu HIV/AIDS v globálnom a regionálnom kontexte, ozrejenie vzťahu medzi ochorením a chudobou v teoretickej aj praktickej rovine a identifikácia kľúčových príčin šírenia nákazy s aplikáciou na hospodársky vplyv v konkrétnej vybranej krajine. Kapitola zároveň vysvetľuje, aké metódy skúmania boli použité pre dosiahnutie hlavného cieľa a pomocných cieľov.

Tretia časť s názvom *Vplyv HIV/AIDS na hospodársky rozvoj subsaharskej Afriky* sa opiera o poznatky spracované v teoretickej časti. Prináša detailnú analýzu stavu HIV/AIDS iba v rámci regiónu subsaharskej Afriky a vyhodnocuje vplyv tohto ochorenia na jednotlivé hospodárske sektory. Vlastným empirickým skúmaním a následným zosťavením regresného modelu v programe GRETL sa snažíme vyhodnotiť vplyv HIV na ekonomický rozvoj subsaharských štátov v praxi. Na základe výsledkov identifikujeme príčiny vysokej HIV prevalencie v štátoch s vyšším HDP na obyvateľa a analyzujeme dopad najzávažnejších príčin šírenia epidémie na obyvateľstvo a hospodárstvo jedného vybraného štátu.

Posledná kapitola - *Diskusia* – vyhodnocuje reálne výsledky skúmania vo vzťahu k predpokladaným výsledkom a vyjadruje názor na danú problematiku.

1 STAV HIV/AIDS VO SVETE A V SUBSAHARSKEJ AFRIKE

Približne 70% ľudí nakazených HIV/AIDS zo súčasného celosvetového odhadovaného počtu 36,8 milióna nakazených, žije v subsaharskej Afrike (SSA). Drvivá väčšina nakazených zasahuje obyvateľstvo medzi 15-49 rokom života, teda najproduktívnejšiu skupinu populácie. Okrem strát na životoch a poškodeného zdravia sú s týmto závažným infekčným ochorením spojené rozsiahle ekonomické straty, ktoré len prehlbujú motiváciu a snahu jednotlivých štátov s epidémiou bojovať a redukovať jej negatívne následky na minimum. Zatiaľ čo vplyv HIV/AIDS na zdravie a životy obyvateľov bol dostatočne zdokumentovaný viacerými odborníkmi a organizáciami, ďaleko komplikovanejšie ostáva zaznamenať a vyčíslieť dopady pandémie na ekonomiku ako celok. Rovnako komplikované zostáva aj vyvodenie záveru, ako môže epidémia ovplyvniť hospodársky vývoj krajín do budúcnosti. Napriek tomu, ako ťažké sa to môže zdať, je zodpovedanie týchto otázok pre štáty mimoriadne dôležité. Odpovede môžu odhaliť kľúč, ktorý poskytne pôdu pre sformovanie a implementáciu politík bojujúcich s týmto problémom.

1.1 Teoretické východiská ekonomického vplyvu HIV/AIDS

Epidémia HIV/AIDS nezanecháva svoje stopy iba v podobe ľudských životov, ale aj v podobe závažných makroekonomických dôsledkov. Vplyvom epidémie HIV/AIDS na hospodársky rozvoj krajín sa od jej vypuknutia zaoberali viacerí autori. Tí sa snažili čo najvierohodnejšie odpovedať na otázku, aké dôsledky ekonomického charakteru majú epidémie na hospodársky rast krajín, aké sú odhadované finančné straty a čo v konečnom dôsledku znamená rozšírená infekcia pre hospodárstva jednotlivých štátov. Samozrejme, zodpovedať na túto otázku je komplikovanejšie, ako by sa mohlo zdať, nakoľko vývoj hospodárstva neovplyvňuje len epidémia samotná, ale aj iné faktory, akými sú prístup k zdrojom, geografická poloha, historický vývoj, úroveň zdravotnej starostlivosti a školstva, rozvinutosť priemyslu, vojenské konflikty a podobne. Extrahovať a analyzovať iba faktor epidémií v kontexte ekonomického vývoja je v tomto smere mimoriadne problematické, nakoľko mnohé z afrických krajín nevedú ani dostatočne prepracované štatistiky a záznamy týkajúce sa daného ochorenia na ich území. Napriek tomu sa tejto problematike rozhodli venovať viacerí autori, ktorých závery a zistenia popisujeme v nasledujúcich riadkoch.

Jedným z najvýznamnejších odborníkov zaoberajúcich sa HIV predovšetkým v afrických krajinách, je súčasný profesor pre štúdium afrických ekonomík P. Collier, ktorý v roku 2003 publikoval report *Break the Conflict Trap*¹. Report sa sústreďuje predovšetkým na analýzu príčin a následkov civilných vojen vo svete a okrem iného dáva do súvislosti civilné vojny s rastom HIV a chudobou. Tie majú jednu zásadnú spoločnú vlastnosť – všetky tri aspekty závažným spôsobom zvyšujú mieru úmrtnosti v krajine. Z mnohých štúdií, ktoré P. Collier analyzoval, a ktoré sa zaoberajú predovšetkým detskou úmrtnosťou, vyplýva, že úmrtnosť závisí najmä od dĺžky trvania konfliktu – čím dlhšie civilná vojna v krajine trvá, tým horšie na tom bude miera detskej úmrtnosti na danom území. Len počas 5 rokov trvajúcej civilnej vojny sa detská úmrtnosť zvýši v priemere o 13 % a ešte 5 rokov po ukončení vojny je detská úmrtnosť zvýšená o ďalších približne 11 %. Jedným z dôvodov, prečo tomu tak je, je predovšetkým oveľa rýchlejšie a drastickéjšie šírenie rôznych infekčných ochorení nie len medzi vojakmi, ale predovšetkým medzi civilným obyvateľstvom. Medzi najzávažnejšie a najrozšírenejšie infekčné ochorenia na svete zaraďujeme práve AIDS spôsobený vírusom HIV. Aj keď na prvý pohľad nemusí byť jasné, prečo je miera šírenia HIV a jeho výskytu tak veľmi úzko spojená s občianskymi vojnami, Collier túto súvislosť vo svojej práci ďalej objasňuje. Vojaci bojujúci v občianskych vojnách sú totiž zvyčajne mladí, sexuálne aktívni, vo väčšine prípadov nezosobášení muži a práve vojenský personál má vysokú mieru výskytu sexuálne prenosných infekčných ochorení, vrátane HIV – odhady naznačujú, že miera výskytu sexuálne prenosných ochorení je u vojenského personálu 2 až 5-násobne vyššia, ako u bežného obyvateľstva. Vojaci bojujúci mimo domova majú nižšiu tendenciu dbať na zdržanlivosť, ochranu a prevenciu, čím sa riziko nakazenia HIV alebo iným, sexuálne prenosným infekčným ochorením, zvyšuje. K zvýšeniu rizika nákazy prispieva aj prostitúcia realizovaná v okolí vojenských základní. V tabuľke 1 na nasledujúcej strane sú zosumarizované niektoré dostupné údaje o prevalencii² HIV v armáde. Pre povstalecké skupiny neboli k dispozícii žiadne dôveryhodné informácie, no odhaduje sa, že čísla sú podobné ako pri riadnych vojenských ozbrojených silách.

¹ COLLIER, Paul et. al. *Break the Conflict Trap : Civil War and Development Policy* [online]. Washington, 2003, 221 s. [cit. 2018-06-28]. ISBN: 978-0-8213-5481-0. Dostupné na: http://documents.worldbank.org/curated/en/908361468779415791/310436360_200500070100031/additional/multi0page.pdf

² Prevalencia označuje podiel HIV pozitívnych ľudí v populácii v danom okamihu a zvyčajne býva vyjadrená v percentách.

Tab. 1 – Prevalencia HIV v armáde vo vybraných krajinách a rokoch

Krajina	Rok	Miera prevalencie HIV v %
Angola	-	40,0 – 60,0
Demokratická republika Kongo	-	40,0 – 60,0
Sierra Leone	1998	61,0
Uganda	1995-1996	27,1

Zdroj: COLLIER, Paul et. al. *Break the Conflict Trap : Civil War and Development Policy* [online]. Washington, 2003, 221 s. [cit. 2018-06-28]. ISBN: 978-0-8213-5481-0. Dostupné na: http://documents.worldbank.org/curated/en/908361468779415791/310436360_200500070100031/additional/multi0page.pdf

Vzťahom medzi HIV/AIDS a hospodárskym rastom sa podrobnejšie zaoberal aj autor R. Bonnel, ktorý analyzoval vplyv tohto infekčného ochorenia na ekonomiky jednotlivých štátov v celosvetovom kontexte. V článku *HIV/AIDS and Economic Growth: A Global Perspective*³ z roku 2000 Bonnel objasňuje, že epidémia HIV/AIDS spomaľuje ekonomický rozvoj a prosperitu krajiny, nakoľko táto infekcia poškodzuje fyzický, ľudský a sociálny kapitál. V krajinách, kde je HIV/AIDS nadmerne rozšírené, sa lokálne a národné inštitúcie primárne sústreďujú na zastavenie alebo aspoň spomalenie šírenia nákazy a do úzadia sa tak dostávajú ostatné záujmy krajiny, vzťahujúce sa na zabezpečenie základných sociálnych a iných potrieb. Práve spomínané zanedbanie ostatných sfér a vynakladanie prostriedkov predovšetkým na spomalenie nákazy spôsobuje hospodárstvu vážne problémy, s ktorými sa musí vysporiadať. Bonnelova analýza vychádza z hypotézy, ktorá hovorí, že prítomnosť HIV/AIDS v hospodárstve spôsobuje ekonomický úpadok v podobe znižovania miery rastu príjmov na obyvateľa. Príjmy sa znižujú v dôsledku zníženej výkonnosti inštitúcií a nedostatočnej implementácii politík, ktoré sú kľúčové pre zabezpečenie kontinuálnej produkcie a ekonomického rastu krajiny. Na základe svojho modelu prišiel k záveru, že v regióne subsaharskej Afriky s priemernou prevalenciou HIV 20 % sa v dôsledku tejto infekcie znižuje rast HDP každoročne o 2,6 %.

³ BONNEL, Rene. HIV/AIDS and Economic Growth: A Global Perspective [online]. In: *South African Journal of Economics*. Pretoria : Wiley-Blackwell, 2000, vol. 68, no. 5, p. 360-379 [cit. 2018-11-15]. ISSN 1813-6982. Dostupné na: https://econpapers.repec.org/article/blasajeco/v_3a68_3ay_3a2000_3ai_3a5_3ap_3a360-379.htm

Autori S. Dixon, S. McDonald a J. Roberts publikovali v roku 2001 štúdiu s názvom *AIDS and Economic Growth in Africa: a panel data analysis*⁴, v ktorej na základe dát analyzovali vzťah medzi prevalenciou HIV a výškou HDP v 41 afrických krajinách. Pri analýze vzťahu aplikovali produkčnú funkciu, na základe ktorej vypočítali objem celkovej produkcie, ktorú je možné na danom území vyprodukovať pri daných vstupoch a následne odvodili rast danej produkcie za určité časové obdobie. Komparáciou údajov prišli k záveru, že krajiny vyznačujúce sa nízkou mierou prevalence HIV vykazujú za dané časové obdobie „normálny“ vývoj rastu HDP a krajiny s relatívne vysokou mierou prevalence HIV priniesli v otázke rastu HDP značnú odchýlku od normálu.

Štúdia *The Impact of HIV/AIDS on Economic Growth in Sub-Saharan Africa*⁵ z roku 2009, ktorej autori sú E. Lovász a B. Schipp, si dala za cieľ potvrdiť hypotézu, že epidémia HIV/AIDS v subsaharskej Afrike, má negatívny efekt na vývoj HDP na obyvateľa. Autori vychádzali z panelových dát 41 afrických štátov za obdobie rokov 1997 až 2005. Dáta implikovali v upravenom Solowom modeli ekonomického rastu, ktorý rozšírili o fyzický kapitál, zdravotnícky kapitál a vzdelanie. Dôsledky HIV/AIDS na ľudský kapitál a HDP následne vyjadrili prostredníctvom použitia produkčnej funkcie, ktorá predstavuje základ každého Solowho modelu. Ich štúdia dospela k záveru, že krajiny s 5 % prevalenciou HIV zaznamenali približne 2 % pokles miery rastu HDP na obyvateľa a s postupným rastom výskytu tohto ochorenia v krajine možno očakávať ešte výraznejší prepád rastu HDP na obyvateľa. Napríklad krajine vykazujúcej 30 % podiel nakazených, sa rast HDP na obyvateľa znižuje o 4 %. Aj keď niektoré štúdie tvrdia, že v dôsledku epidémie HIV/AIDS v krajine dochádza paradoxne k zvyšovaniu príjmov na obyvateľa, nakoľko toto ochorenie vedie k značnej redukcii obyvateľov a teda príjem je distribuovaný medzi menší počet ľudí, práve tento model dokazuje, že negatívne dôsledky infekcie HIV/AIDS na ľudský kapitál podkopávajú potenciál poklesu populácie a v konečnom dôsledku vedie k znižovaniu príjmov a HDP na obyvateľa.

⁴ DIXON, Simon – MCDONALD, Scott – ROBERTS, Jennifer. AIDS and Economic Growth in Africa: a panel data analysis [online]. In: *Journal of International Development*. Hoboken : John Wiley & Sons, May 2001, vol. 13, no. 4, p. 411-426 [cit. 2018-11-15]. ISSN 1099-1328. Dostupné na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jid.795>

⁵ LOVÁSZ, Enrico – SCHIPP, Bernhard. The Impact of HIV/AIDS on Economic Growth in Sub-Saharan Africa [online]. In: *South African Journal of Economics*. Pretoria : Wiley-Blackwell, June 2009, vol. 77, no. 2, p. 245-256 [cit. 2018-11-15]. ISSN 1813-6982. Dostupné na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1813-6982.2009.01210.x>

*Welfare Implications of HIV/AIDS*⁶ - štúdia Medzinárodného menového fondu (IMF) z roku 2003, ktorú vypracovali autori N. Crafts a M. Haacker, na rozdiel od predchádzajúcich štúdií neskúma vplyv HIV/AIDS na jednotlivé makroekonomické ukazovatele ekonomického rastu, akým je napríklad miera rastu HDP, ale zameriava sa skôr na analýzu zmien v kvalite života a životného štandardu obyvateľov postihnutých krajin. Štúdia je založená na implementácii tzv. úžitkovej funkcie, ktorá zahŕňa príjem a predpokladanú dĺžku života. Aj keď mnohí odborníci si dovolili metodológiu autorov spochybniť, nakoľko daný model podlieha viacerým obmedzeniam a limitom, ich zistenia ukazujú, že niektoré africké štáty prišli až o 80 % svojho blahobytu práve v dôsledku zvýšenej úmrtnosti na HIV/AIDS.

K súčasným autorom, ktorí bližšie skúmali danú problematiku, nepochybne patria A. Essig, S. Kang a R. Sellers, ktorí pracovali na štúdiu *The Relationship between HIV Infection Rates and GDP Per Capita in African Countries*⁷ z roku 2015. Ich práca sa zameriava na skúmanie korelácie medzi HDP na obyvateľa a prevalenciou HIV. Ich hypotéza sa opiera o tvrdenie, že vzhľadom na nárast počtu nakazených vírusom HIV sa HDP na obyvateľa znižuje v dôsledku poškodenia ľudského kapitálu epidémiou. Autori vo svojej štúdiu najprv aplikovali jednoduchý regresný model, v ktorom použili ako nezávislú premennú údaje o HDP na obyvateľa z roku 2005 a počet žijúcich, HIV pozitívnych dospelých a detí. Výsledkom zjednodušeného modelu bola negatívna⁸, ale slabá korelácia. Preto sa rozhodli model upraviť a doplniť o ďalšie nezávislé premenné, akými sú počet úmrtí na HIV/AIDS, pracovná sila, percentuálny podiel priamych zahraničných investícií (PZI), priemerná očakávaná dĺžka života, export, import, orná pôda na obyvateľa a počet ľudí žijúcich s HIV. Použitím viacnásobného regresného modelu prišli autori k záveru, že obe premenné - počet žijúcich, HIV pozitívnych ľudí aj počet úmrtí na následky HIV - negatívne ovplyvňujú ekonomiku štátu postihnutého epidémiou HIV/AIDS.

⁶ CRAFTS, Nicholas – HAACKER, Markus. *IMF Working Paper: Welfare Implications of HIV/AIDS* [online] June 2003 [cit. 2018-11-15]. Dostupné na: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2003/wp03118.pdf>

⁷ ESSIG, Andrew – KANG, Soheui – SELLERS, Reba. *The Relationship between HIV Infection Rates and GDP Per Capita in African Countries* [online] 17.04.2015 [cit. 2018-11-15]. Dostupné na: <https://smartech.gatech.edu/bitstream/handle/1853/53303/hivandgdpecon3161.pdf>

⁸ Negatívnu koreláciu môžeme zjednodušene interpretovať ako taký typ korelácie, kedy sa premenné pohybujú v opačnom smere – napríklad ak sa hodnota nezávislej premennej zvyšuje, hodnota závislej premennej sa znižuje.

1.2 Pôvod HIV/AIDS a vývoj epidémie v subsaharskej Afrike

Vírus HIV je predmetom vedeckých výskumov a diskusií od čias, kedy bol po prvýkrát identifikovaný v 80. rokoch minulého storočia. HIV radíme do kategórie lentivírusov⁹, ktorý napáda imunitný systém človeka. Do rovnakej kategórie radíme aj vírus opičej imunodeficiencie (SIV) oslabujúci imunitný systém opíc a ľudoopov¹⁰. Výskumy medzi oboma typmi odhalili množstvo podobností – prvý, najrozšírenejší typ vírusu, tzv. vírus HIV-1 je úzko spätý s kmeňom SIV vírusu napádajúceho šimpanzy a druhý typ vírusu, tzv. vírus HIV-2 je spätý s kmeňom SIV spôsobujúcom oslabenie imunity u opíc druhu mangabej.¹¹ Práve mutácie vírusu SIV vedci pokladajú za predchodcu vírusu HIV. V roku 1999 objavili vedci u šimpanza kmeň SIV, tzv. SIVcpz, ktorý bol takmer identický s ľudským vírusom HIV-1. Dospeli tak k záveru, že šimpanzy sú zdrojom vírusu HIV-1, ktorý v určitom okamihu preskočil na človeka, zmutoval a postupne sa rozrástol do globálnej epidémie. Vedcov taktiež zaujímalo, ako sa mohol vírus SIV vyvinúť u šimpanzov. Na základe výskumov zistili, že vírus SIV sa na šimpanzy preniesol z menších druhov opíc, ktoré predstavovali pre šimpanzy potravu (napríklad mangabej červenohlavý). Menšie opice potom infikovali šimpanzy dvomi rôznymi kmeňmi SIV, ktoré sa v priebehu času spojili a vytvorili tretí vírus schopný preniest' sa na ľudí – vyššie spomínaný SIVcpz. HIV-1 skupina M sa tak stala najštudovanejším kmeňom, pretože práve ten sa rozšíril po celom svete a je zodpovedný za viac ako 90 % infekcií HIV.¹² Vírus HIV-2 má svoj pôvod s najväčšou pravdepodobnosťou v opiciach druhu mangabej. Predpokladá sa, že prechod vírusu z opíc na človeka sa uskutočnil podobným spôsobom, ako tomu bolo u šimpanzov – prostredníctvom konzumácie ich mäsa. Vírus HIV-2 je však v porovnaní s HIV-1 zriedkavejší, menej infekčný a geograficky koncentrovaný predovšetkým do oblastí západnej Afriky.¹³

⁹ Lentivírus v preklade znamená „pomaly pôsobiaci“ vírus.

¹⁰ WOROBEY, Michael et. al. Island Biogeography Reveals the Deep History of SIV [online]. In: *Science*. New York : AAAS, 17.09.2010, vol. 329, no. 5990, p. 1487 [cit. 2018-09-29]. ISSN 1095-9203. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/46288435_Island_Biogeography_Reveals_the_Deep_History_of_SIV

¹¹ SHARP, M. Paul – HAHN, H. Beatrice. *Origins of HIV and the AIDS Pandemic* [online] 09.2011 [cit. 2018-09-29]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234451/>

¹² VIDAL, Nicole et al. Unprecedented degree of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) group M genetic diversity in the Democratic Republic of Congo suggests that the HIV-1 pandemic originated in Central Africa [online]. In: *Journal of Virology*. Washington, D.C. : American Society for Microbiology, 2000, vol. 74, no. 22, p. 10498-10507 [cit. 2018-09-29]. ISSN 1098-5514. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC110924/>

¹³ CHEN, Zhiwei et al. Human Immunodeficiency Virus Type 2 (HIV-2) Seroprevalence and Characterization of a Distinct HIV-2 Genetic Subtype from the Natural Range of Simian Immunodeficiency Virus-Infected

Štúdie zamrznutých krvných vzoriek z mnohých afrických krajín dokázali vedcom v roku 1986 poskytnúť informácie o tom, kedy sa vírus prvýkrát objavil u ľudí a ako sa vyvíjal. Prvý potvrdený prípad HIV predstavuje krvná vzorka odobratá v roku 1959 mužovi žijúcom v Kinshase – hlavnom meste Konžskej demokratickej republiky (KDR). Vzorka bola retrospektívne skúmaná a analýzy odhalili prítomnosť vírusu HIV. Napriek tomu, že existujú aj mnohé skoršie prípady úmrtí, ktoré podľa príznakov naznačujú, že príčinou smrti bol s najväčšou pravdepodobnosťou vírus HIV, muž z Kinshase predstavuje doposiaľ prvý známy prípad, kedy bola prítomnosť vírusu HIV vedecky potvrdená v krvnej vzorke.¹⁴ Na základe tejto najstaršej vzorky vedci dokázali vytvoriť tzv. rodokmeň HIV a zistiť tak, kedy a kde sa vírus začal objavovať u ľudí. Štúdie dospeli k záveru, že prvý prechod z SIV na ľudský vírus HIV sa uskutočnil okolo roku 1920 v Kinshase v KDR.¹⁵ Rovnaká oblasť je okrem iného známa tým, že má najväčšiu rozmanitosť kmeňov HIV na svete a boli tu zaznamenané mnohé z prvých prípadov AIDS. Vďaka mnohopočetným dopravným linkám vedúcim z Kinshasy, akými sú cesty, železnice a rieky a od nepamäti rozvinutému obchodu so sexuálnymi službami, sa vírus HIV mohol pohodlne šíriť z hlavného mesta KDR ďalej do sveta. V roku 1937 hlásilo výskyt HIV Brazzaville – hlavné mesto Kongo, ktoré je vzdialené 120 kilometrov západne od Kinshasy. Na sever a východ krajiny neboli dopravné cesty z Kinshasy tak dobre rozvinuté, vďaka čomu tieto oblasti hlásili v danom období podstatne menej infekcií.¹⁶ Do roku 1980 však bola polovica zo všetkých infekcií v rámci KDR hlásená mimo hlavného mesta, čo poukazuje na prítomnosť rastúcej epidémie.¹⁷

Už v roku 1982 začalo byť jasné, že vírus HIV a AIDS nepredstavuje problém len pre africké krajiny, ale začína byť globálnym fenoménom, ktorý okrem Afriky zasiahol Európu, Ameriku aj Áziu. Najzasiahnutjším regiónom však aj naďalej ostávala subsaharská Afrika. Mnohé africké štáty o probléme dlhodobo mlčali, pretože sa obávali strachu z vytvorenia paniky a oslabeného cestovného ruchu, čo by ich pripravilo o značné príjmy

Sooty Mangabeys [online]. In: *Journal of Virology*, Washington, D.C. : American Society for Microbiology, 1997, vol. 71, no. 5, p. 3953–3960. [cit. 2018-10-22]. ISSN 0022-538X. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC191547/pdf/713953.pdf>

¹⁴ SCIENCE. *Oldest Surviving HIV Virus Tells All* [online] 03.02.1998 [cit. 2018-10-22]. Dostupné na: <http://www.sciencemag.org/news/1998/02/oldest-surviving-hiv-virus-tells-all>

¹⁵ FARIA, R. Nuno et al. *The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations* [online] 03.08.2014 [cit. 2018-10-22]. Dostupné na: <http://science.sciencemag.org/content/346/6205/56/tab-pdf>

¹⁶ GALLAGHER, James. *Aids: Origin of pandemic 'was 1920s Kinshasa'* [online] 03.10.2014 [cit. 2018-10-22]. Dostupné na: <https://www.bbc.com/news/health-29442642>

¹⁷ FARIA, R. Nuno et al. *The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations* [online] 03.10.2014 [cit. 2018-10-22]. Dostupné na: <http://science.sciencemag.org/content/346/6205/56/tab-pdf>

do štátneho rozpočtu. Ako prvý sa rozhodol otvoriť oficiálny dialóg o epidémii HIV v roku 1987 zambijský prezident K. Kaunda, ktorému na následky ochorenia AIDS zomrel syn. Považoval za potrebné, aby bola epidémia označovaná za celosvetový problém, ktorý treba riešiť na medzinárodnej úrovni.¹⁸ Ukážkový príklad vypuknutej epidémie HIV/AIDS v subsaharskej Afrike reprezentuje stav v Juhoafrickej republike (JAR) z roku 1993 - práve v tomto roku oddelenie zdravotníctva JAR uviedlo oficiálnu štatistiku, podľa ktorej počet zaznamenaných infekcií HIV vzrástol za predošlé dva roky o 60 % a očakávalo sa, že za rok 1993 sa počet nakazených ešte zdvojnásobí.¹⁹

V roku 1996 bola vyvinutá mimoriadne úspešná forma liečby HIV, tzv. vysokoaktívna antiretrovirálna terapia (HAART)²⁰ ktorá dokázala dostať HIV pod kontrolu a vo významnej miere prispela k zníženiu počtu úmrtí a hospitalizácií o 60- 80 %. V rozvojových krajinách však malo ešte 10 rokov po implementácii HAART prístup k liečbe len 5 % pacientov, čo je veľmi malý počet na to, aby sa epidémiu v tomto regióne podarilo dostať pod kontrolu. UNAIDS v roku 2002 odhadol, že zo 40 miliónov ľudí, ktorí sú nakazení vírusom HIV na celom svete, žije 28,5 milióna (viac ako 71 %) v subsaharskej Afrike – regióne, ktorý má najmenšie predpoklady k tomu, aby situáciu ohľadom nákazy HIV zvládol. Niektoré krajiny južnej Afriky vrátane JAR čelili prevalencií na úrovni nad 20 % a krajiny ako Botswana, Lesotho, Svazijsko či Zimbabwe hlásili dokonca alarmujúcu mieru prevalencie s hodnotou nad 30 %. Situáciu nezlepšovali ani vzťahy medzi mladými ženami a staršími mužmi, ktoré zostávali znepokojujúcou príčinou nových infekcií – mladé ženy totiž vo väčšine prípadov nemali kontrolu nad bezpečným pohlavným stykom a používaním kondómov, čím sa riziko infekcie HIV ďalej zvyšovalo. HIV sa tak v roku 2002 stalo vedúcim zabijakom a najčastejšou príčinou smrti v subsaharskej Afrike.²¹ Napriek pokrokom v liečbe pacientov ostáva HIV/AIDS aj naďalej globálnym problémom, čo potvrdila aj Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), ktorá v roku 2005 zverejnila správu označujúcu HIV/AIDS za štvrtú, celosvetovo najčastejšiu príčinu smrti.²² Za rok 2016 sa HIV/AIDS posunulo celosvetovo na 11 priečku,

¹⁸ NEW YORK TIMES. *Zambian, in Appeal, Says Son Died of AIDS* [online] 05.10.1987 [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: <https://www.nytimes.com/1987/10/05/world/zambian-in-appeal-says-son-died-of-aids.html>

¹⁹ AVERT.ORG. *HIV Timeline : South Africa infections* [online] 2018 [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: <https://timeline.avert.org/?98/South-Africa-infections>

²⁰ HAART predstavuje typ liečby kombinujúci užívanie niekoľkých liečiv naraz – zvyčajne 3 až 4, ktorej cieľom je znížiť reprodukciu vírusu HIV.

²¹ AVERT.ORG. *HIV Timeline : Sub-Saharan Africa's burden* [online] 2018 [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: <https://timeline.avert.org/?98/South-Africa-infections>

²² AVERT.ORG. *HIV Timeline : HIV is 4th biggest killer* [online] 2018 [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: <https://timeline.avert.org/?98/South-Africa-infections>

no v afrických krajinách sa nachádza na druhom mieste – častejšie v africkej časti sveta zomierajú ľudia len na ochorenia respiračného pôvodu.²³ Najpostihnutejším svetovým regiónom ostáva oblasť subsaharskej Afriky.

Vírus HIV sa teda v súčasnosti celosvetovo vyskytuje v dvoch základných typoch HIV-1 a HIV-2, pričom oba typy vplývajú patogénne iba na človeka. Typ HIV-1 reprezentuje pandemickú formu vírusu a vo všeobecnosti je pokladaný za zdroj celosvetovej pandémie HIV/AIDS. Štatisticky je v dôsledku napadnutia vírusom HIV-1 nakazených až 95 % HIV pozitívnych pacientov a denne sa vírusom HIV-1 nakazí približne 7000 ľudí.²⁴ Vzácnnejším typom je vírus HIV-2, ktorého výskyt sa výrazne geograficky koncentruje do oblasti západnej Afriky. Prevalenciu HIV-2 vyššiu ako 1 % majú Kapverdy, Pobrežie Slonoviny, Gambia, Guinea-Bissau, Mali, Mauritánia a Nigéria. V iných častiach sveta sa s HIV-2 stretáme len ojedinele, prevažne v štátoch západnej Európy, ktoré majú historické, koloniálne a sociálno-ekonomické väzby s krajinami západnej Afriky (najmä Francúzsko a Portugalsko). Výskyt HIV-2 však už zaznamenali aj v Indii, Severnej Amerike či v iných častiach Európy a Afriky (Angola, Mozambik). Odhaduje sa, že v roku 2011 bolo v západnej Afrike vírusom HIV-2 nakazených 1 až 2 milióny obyvateľov. V posledných rokoch však prevalencia HIV-2 v západoafrických krajinách výrazne klesá, najmä medzi mládežou. Ako príklad možno uviesť vidiecku oblasť Guiney-Bissau, kde sa prevalencia v priebehu rokov 1990 až 2000 znížila z 8,3 % na 4,7 %. Počas rovnakého obdobia bolo však zaznamenané zvýšenie prevalencie HIV-1 z 0,5 % na 3,6 %.²⁵ Tento trend súvisí predovšetkým s niekoľkonásobne vyššou úspešnosťou prenosu HIV-1 v porovnaní s HIV-2. Vo všeobecnosti možno HIV-2 považovať za menej infekčný a v porovnaní s HIV-1 postupuje výrazne pomalšie, čo má za následok neporovnateľne menší počet úmrtí.²⁶

²³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Disease burden and mortality estimates : Global summary estimates* [online] [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

²⁴ KIWANUKA, Noah et. al. Effect of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Subtype on Disease Progression in Persons from Rakai, Uganda, with Incident HIV-1 Infection. [online]. In: *The Journal of Infectious Diseases*. Oxford : Oxford University Press, 01.03.2008, vol. 197, no. 5., p. 707-713 [cit.2018-09-16]. ISSN 0022-1899. Dostupné na: <https://academic.oup.com/jid/article/197/5/707/837503>

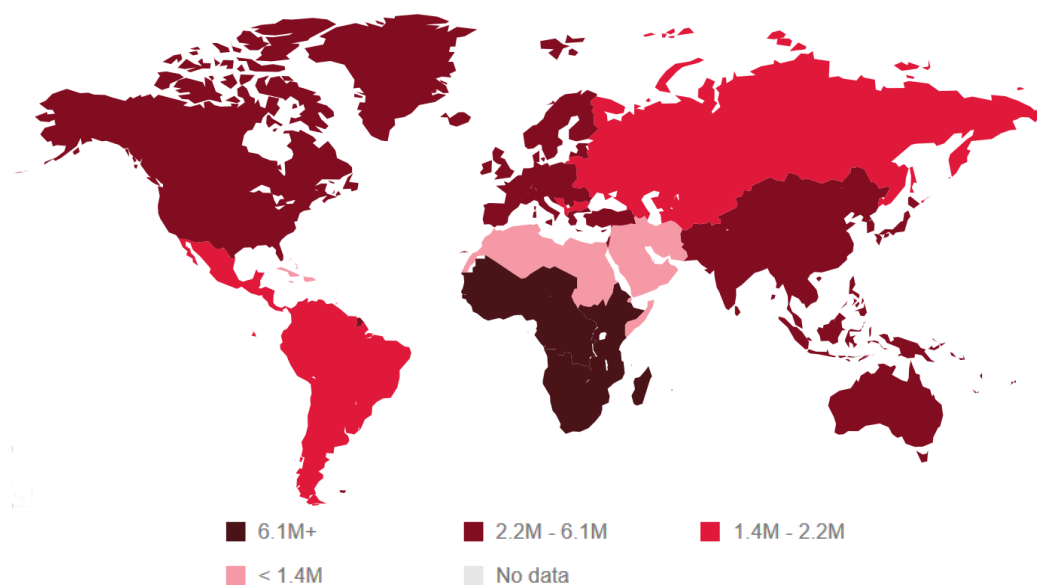
²⁵ OMOBOLAJI, T. Campbell Yesufu – RAJESH, T. Gandhi. Update on Human Immunodeficiency Virus (HIV)-2 Infection. [online]. In: *Clinical Infectious Diseases*. Oxford : Oxford University Press, 15.03.2011, vol. 52, no. 6, p. 780-787 [cit. 2018-09-16]. ISSN 1058-4838. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3106263/pdf/ciq248.pdf>

²⁶ AVERT.ORG. *HIV Strains and Types* [online] 23.01.2018 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <https://www.avert.org/professionals/hiv-science/types-strains>

1.3 Súčasný stav HIV/AIDS v subsaharskej Afrike v globálnom kontexte

Vírus HIV je druh vírusu patriaceho do skupiny retrovírusov²⁷, ktorý spôsobuje postupné oslabovanie imunitného systému. Imunitný systém dokáže vírus rozložiť natoľko, že v konečnom štádiu môže ľudské telo podľahnúť aj takým ochoreniam, ktoré by zdravého jedinca za bežných okolností na živote neohrozili. Predovšetkým v rozvojových krajinách pôsobí negatívne na veľkosť pracovnej sily, produktivitu a hospodársky rozvoj. Na svete v súčasnosti žije približne 7,5 miliárd ľudí, z čoho je štatisticky každý 200. človek nakazený vírusom HIV. V absolútnych hodnotách je celosvetovo HIV pozitívnych asi 36 900 000 ľudí vrátane detí, pričom najnižšie odhady hovoria o čísle 31 100 000 a najvyššie dokonca počítajú s hodnotou okolo 43 900 000 nakazených.²⁸ Bližšie informácie o počte nakazených znázorňuje obrázok 1, ktorý absolútny počet nakazených zobrazuje z regionálneho hľadiska. Konkrétne číselné údaje za jednotlivé krajiny sú súčasťou prílohy 1.

Obr. 1 – Počet ľudí nakazených vírusom HIV vrátane detí podľa regiónov, 2017



Zdroj: UNAIDS. *Number of People Living with HIV, regional map, 2017*. [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

²⁷ Ide o jedinečný typ vírusu, ktorý nie je zložený z DNA, ale RNA. Vírus má unikátnu schopnosť integrovať sa do DNA hostiteľskej bunky prostredníctvom enzýmov, ktoré vykonávajú transkripciu vírusovej RNA do DNA napadnutej bunky.

²⁸ UNAIDS. *Global Factsheets, 2017*. [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

Z obrázku 1 a údajov tabuľky 2 je zrejmé, že z hľadiska počtu nakazených je na tom v absolútnych hodnotách najhoršie práve región subsaharskej Afriky²⁹, kde sa počet nakazených odhaduje na 25 700 000. Jednoduchou matematikou možno dôjsť k záveru, že z celkového počtu nakazených žije až 70 % práve v subsaharskom regióne. Jedná sa o viac ako 2/3 HIV pozitívnych ľudí – zvyšná 1/3 je rozptýlená v rámci ostatných svetových regiónov. Na základe tabuľky 2 a konkrétnych číselných údajov za každý región osobitne možno bližšie porovnať súčasný stav subsaharskej Afriky so zvyšnými svetovými regiónmi. Z 8 regiónov je na tom najlepšie oblasť Blízkeho východu a severnej Afriky, kde sa počet nakazených v absolútnych hodnotách odhaduje na 220 000 a karibská oblasť s počtom nakazených 310 000. Z viacerých krajín Blízkeho východu a severnej Afriky, ako je Líbya, SAE, Saudská Arábia, Turecko, Omán či Jemen však dáta nie sú dostupné. Možno preto predpokladať, že počty nakazených sú vyššie, ako uvádzajú oficiálne štatistiky.

Tab. 2 – Regionálna analýza počtu HIV pozitívnych vrátane detí, 2017

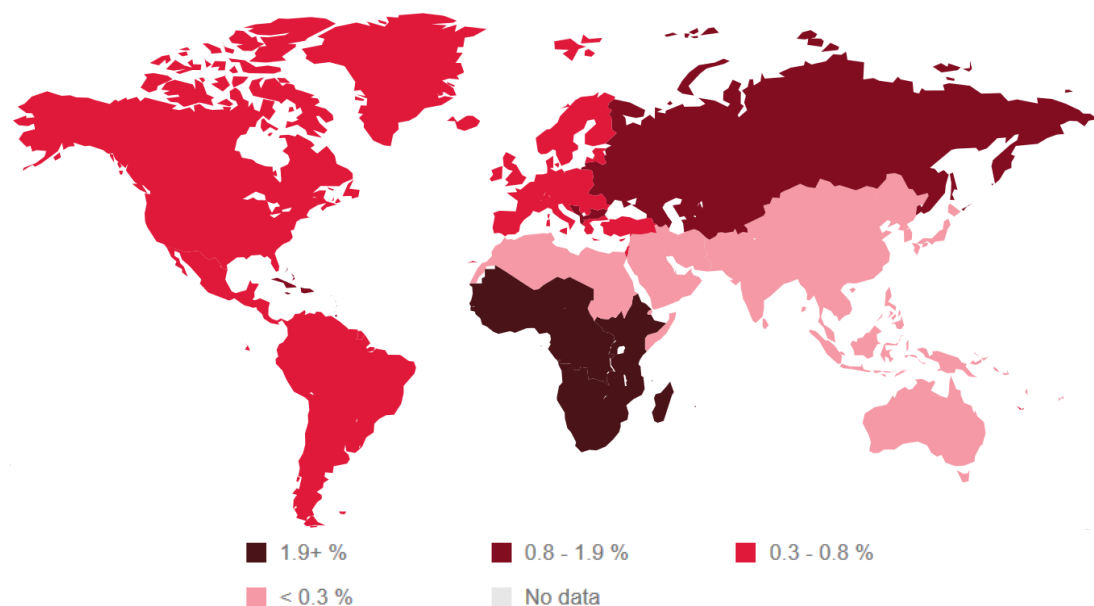
Región	Počet nakazených	Najnižší odhad	Najvyšší odhad	% podiel nakazených
<i>Východná a južná Afrika</i>	19 600 000	17 500 000	22 000 000	53,2 %
<i>Západná a centrálna Afrika</i>	6 100 000	4 400 000	8 100 000	16,6 %
<i>Ázijsko-pacifický región</i>	5 200 000	4 100 000	6 700 000	14,1 %
<i>Západná a centrálna Európa a Severná Amerika</i>	2 200 000	1 900 000	2 400 000	6,0 %
<i>Latinská Amerika</i>	1 800 000	1 500 000	2 300 000	4,9 %
<i>Východná Európa a centrálna Ázia</i>	1 400 000	1 300 000	1 600 000	3,8 %
<i>Karibská oblasť</i>	310 000	260 000	420 000	0,8 %
<i>Blízky východ a severná Afrika</i>	220 000	150 000	300 000	0,6 %
SPOLU	36 830 000	31 110 000	43 820 000	100%

Zdroj: UNAIDS. *Number of People Living with HIV, regional data sheet, 2017*. [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

²⁹ Pre potreby vyčíslenia hodnôt HIV pozitívnych ľudí subsaharskej Afriky zo zdroja UNAIDS sčítujeme hodnoty pre oblasť východnej a južnej Afriky s oblasťou západnej a centrálnej Afriky.

Absolútne hodnoty, akými sú počty nakazených v jednotlivých regiónoch či štátoch, však zvyčajne skresľujú naše vnímanie, pretože neberú do úvahy celkový počet obyvateľov v daných oblastiach. Je rozdiel, či je 1000 000 ľudí nakazených v Rusku alebo na Slovensku. Ak si chceme urobiť lepšiu predstavu o tom, nakoľko sú jednotlivé regióny postihnuté nákazou HIV, je potrebné zvoliť si taký ukazovateľ, ktorý výskyt HIV vyjadří v relatívnych hodnotách. Jedným z takýchto údajov je napríklad prevalencia označujúca podiel HIV pozitívnych ľudí v populácii v danom okamihu a zvyčajne býva vyjadrená v percentách. Podáva informáciu o tom, koľko percent populácie je v sledovanom období infikovaných vírusom HIV. Ide o objektívnejší ukazovateľ, ktorý na rozdiel od absolútnych hodnôt berie do úvahy veľkosť populácie. Rovnako ako pri celkovom počte nakazených HIV, aj pri prevalencii môžeme konštatovať, že región subsaharskej Afriky je na tom spomedzi všetkých najhoršie - žije tu najväčší počet HIV pozitívnych ľudí na celkový počet obyvateľov, s hodnotou vyššou ako 1,9 %. V priemere sú teda zaokrúhlené 2 % ľudí z celkovej populácie subsaharskej Afriky nakazení vírusom HIV. Aj keď sa tento údaj môže zdať ako zanedbateľne malé číslo, treba si uvedomiť, že sa jedná o zaokrúhlený priemer a už len podľa údajov dostupných z tabuľky 3 je zrejmé, že reálna situácia je ďaleko horšia, napríklad už len vo východnej a južnej časti Afriky, kde sa prevalencia pohybuje okolo priemernej hodnoty 6,8 %. Bližšie informácie o prevalencii v jednotlivých štátoch sveta nájdeme v prílohe 2.

Obr. 2 - Prevalencia HIV u dospelých (15-49) podľa regiónov, 2017



Zdroj: UNAIDS. *HIV Prevalence, regional map, 2017*. [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

Percentuálne údaje o prevalencii v jednotlivých regiónoch sú zhrnuté v tabuľke 3. Prevalenciu pohybujúcu sa v rozmedzí 1,4 až 2,6 % evidujeme predovšetkým v regióne západnej a centrálnej Afriky. V regióne východnej a južnej Afriky však môžeme hovoriť o prevalencii, ktorá dosahuje hodnotu až 6,8 %, čo znamená, že približne 7 ľudí zo 100 je nakazených vírusom HIV. V priemere teda región subsaharskej Afriky dosahuje hodnotu HIV prevalencie 4,4 %. V žiadnom inom regióne nedosahuje prevalencia tak vysoké hodnoty. Všetky ostatné regióny s výnimkou karibskej oblasti dosahujú prevalenciu nižšiu alebo rovnú celosvetovému priemeru, ktorý je na úrovni 0,8 %. Treba však vziať do úvahy štatistické odchýlky a fakt, že nie všetky krajiny publikujú informácie o situácii HIV.

Tab. 3 - Regionálna analýza HIV prevalencie u dospelých (14-49), 2017

Región	HIV prevalencia (v %)	Najnižší odhad (v %)	Najvyšší odhad (v %)
<i>Východná a južná Afrika</i>	6,8	5,9	7,7
<i>Západná a centrálna Afrika</i>	1,9	1,4	2,6
<i>Ázijsko-pacifický región</i>	0,2	0,1	0,2
<i>Západná a centrálna Európa a Severná Amerika</i>	0,3	0,3	0,3
<i>Latinská Amerika</i>	0,5	0,4	0,6
<i>Východná Európa a centrálna Ázia</i>	0,8	0,7	0,9
<i>Karibská oblasť</i>	1,2	1,0	1,7
<i>Blízky východ a severná Afrika</i>	<0,1	<0,1	0,1
Celosvetový priemer	0,8	0,6	0,9

Zdroj: UNAIDS. *HIV Prevalence, regional fact sheet, 2017*. [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

V roku 2017 zomrelo na následky imunologického ochorenia AIDS približne 1 milión ľudí. AIDS je v súčasnosti v Afrike najčastejšou príčinou úmrtí u adolescentov (vo veku od 10-19 rokov) a druhou najčastejšou príčinou úmrtí u dospelievajúcej mládeže celosvetovo.³⁰ Z celkového počtu nakazených tvoria dospelí (ľudia od 15 roku života) prevažujúcu väčšinu – až 95 %. Zvyšných 5 % tvoria deti. Z hľadiska populačnej štruktúry možno vyhodnotiť, že počet infikovaných žien je z globálneho hľadiska vyšší ako počet

³⁰ UNITED NATIONS. *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development* [online] 2015 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

infikovaných mužov – štatisticky trpí HIV ochorením približne 18,2 miliónov žien a 16,8 miliónov mužov, čo je viac približne o 7,7 %. Počet infikovaných osôb sa v roku 2017 zvýšil na 1,8 milióna, no v tomto ukazovateli štatistiky vyhodnocujú, že viac náchylní na nakazenie vírusom boli muži – tých sa v roku 2017 nakazilo priemerne 850 000, zatiaľ čo počet infikovaných žien predstavuje 760 000. HIV prevalencia je celosvetovo o 0,6 % vyššia u dospelaj populácie, pričom vyššiu prevalenciu o 0,1 % vykazuje ženská časť populácie s hodnotou 0,8 %. Počet pacientov podliehajúcich liečbe typu ART³¹ dosiahol úroveň 21,7 miliónov, čo predstavuje 59 % podiel z celkového počtu nakazených. Prehľad epidémie HIV/AIDS je uvedený v tabuľke 4 a detailnejšiu tabuľku nájdeme v prílohe 3.

Tab. 4 - Globálny prehľad epidémie HIV/AIDS, 2017

	Rozdelenie	Stredná hodnota	Najnižší odhad	Najvyšší odhad
Počet HIV pozitívnych ľudí	<i>Celkový počet</i>	36,9 mil.	31,1 mil.	43,9 mil.
	<i>Dospelí</i>	35,1 mil.	29,6 mil.	41,7 mil.
	<i>Deti (<15 r.)</i>	1,8 mil.	1,3 mil.	2,4 mil.
Počet novo nakazených ľudí	<i>Celkový počet</i>	1,8 mil.	1,4 mil.	2,4 mil.
	<i>Dospelí</i>	1,6 mil.	1,3 mil.	2,1 mil.
	<i>Deti (<15 r.)</i>	0,18 mil.	0,11 mil.	0,26 mil.
Počet úmrtí na AIDS	<i>Celkový počet</i>	0,94 mil.	0,67 mil.	1,3 mil.
	<i>Dospelí</i>	0,83 mil.	0,59 mil.	1,2 mil.
	<i>Deti (<15 r.)</i>	0,11 mil.	0,63 mil.	0,16 mil.
HIV prevalencia	<i>Dospelí (15-49 r.)</i>	0,8 %	0,6 %	0,9 %
	<i>Deti (<15 r.)</i>	0,2 %	0,1 %	0,4 %
Počet ľudí, ktorí vedia svoj status	<i>Celkový počet</i>	27,5 mil.	-	-
	<i>Percentuálny podiel</i>	75 %	55 %	92 %
Počet ľudí na ART	<i>Celkový počet</i>	21,7 mil.	-	-
	<i>Percentuálny podiel</i>	59 %	44 %	73 %

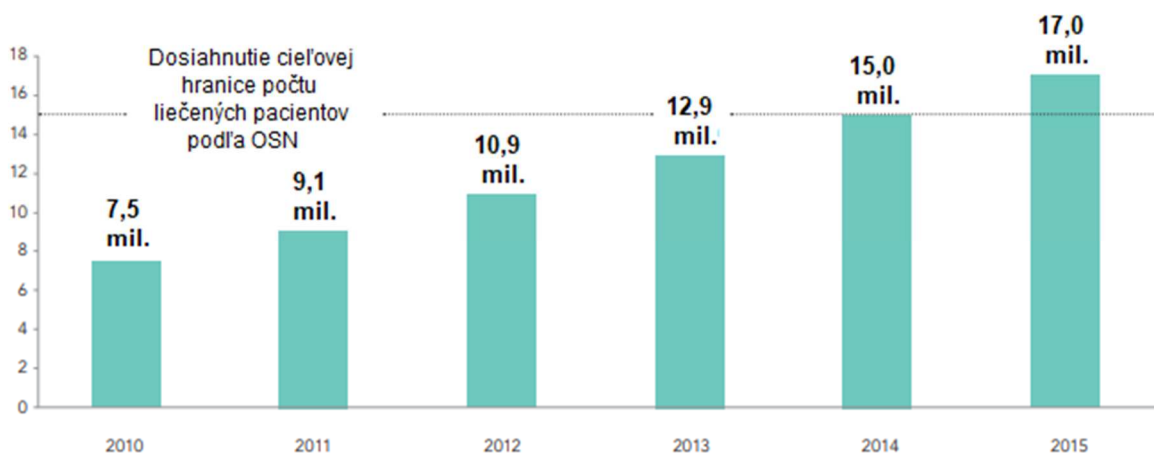
Zdroj: UNAIDS. *Global factsheets, 2017* [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

³¹ ART – antiretrovirálna liečba predstavuje kombináciu liekov, ktoré užíva HIV pozitívny pacient. ART liečba vírus HIV nelieči ani nezabíja, pri včasnej diagnostike však dokáže spomaliť šírenie vírusu v tele infikovanej osoby a oddialiť tak prejavy kolabovania imunitného systému, ktoré končia smrťou.

1.3.1 HIV/AIDS v kontexte cieľov Agendy trvalo udržateľného rozvoja

V rámci zhodnotenia HIV/AIDS v globálnom kontexte je dôležité spomenúť aj jeho súvis s agendou Organizácie spojených národov (OSN). Svet sa v rámci cieľov Agendy trvalo udržateľného rozvoja na pôde Valného zhromaždenia OSN zaviazal skončiť s epidémiou HIV/AIDS do konca roka 2030³². V roku 2015 sa zvýšil počet liečených pacientov na hodnotu 17 miliónov, čo je o 2 milióny viac, ako tomu bolo v roku 2014, čím sa splnil jeden z cieľov Politickej deklarácie OSN³³ vzťahujúcej sa na riešenie problému HIV/AIDS, ktorým sa štáty zaviazali dosiahnuť úroveň 15 miliónov pacientov podliehajúcich liečbe HIV prostredníctvom liečebnej metódy ART. Vývoj počtu liečených pacientov od roku 2010 znázorňuje graf 1.

Graf 1 – Počet pozitívnych HIV pacientov na liečbe ART, 2010-2015



Zdroj: UNAIDS. *Global AIDS Update* [online] 2016 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf

Od roku 2003 sa liečba HIV prostredníctvom ART zaviedla na globálnej úrovni a počet úmrtí súvisiacich s ochorením AIDS sa znížil o viac ako 43 %. Počet liečených pacientov sa v najviac postihnutom regióne na svete - vo východnej a južnej Afrike – od roku 2010 takmer zdvojnásobil a dosiahol hodnotu 10,3 milióna. Úmrtnosť sa znížila o približne 36 %.

³² UNITED NATIONS. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* [online] 2015 [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

³³ UNITED NATIONS. *Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS* [online] 08.07.2011 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf

1.4 Vzťah medzi HIV prevalenciou a chudobou

Pre krajiny subsaharskej Afriky je príznačný prívlastok „krajiny tretieho sveta“. Chudoba je v mnohých týchto štátoch tak závažným problémom, že spomedzi takmer 50 krajín tvoriacich región subsaharskej Afriky, je drvivá väčšina z nich zaradená v zozname najmenej rozvinutých krajín, ktoré poznáme pod skratkou LDC (*least developed countries*).³⁴ Jednotlivé štáty spadajúce do tejto kategórie nájdeme v prílohe 4. Jedna z predikcií Svetovej banky hovorí dokonca o tom, že do roku 2030 bude 9 z 10 najchudobnejších ľudí planéty, t. j. ľudí, ktorí žijú z menej ako 1,90 USD na deň, pochádzať zo subsaharskej Afriky.³⁵ Mnohí autori vidia príčinu chudoby v týchto krajinách predovšetkým v ich koloniálnej histórii, nepriaznivej geografickej polohe bez prístupu k moru, politickej nestabilite či všeobecne nízkej produktivite, no nájdú sa aj takí, ktorí za jeden z významných prispievateľov k celkovému nepriaznivému hospodárskemu vývoju krajín v subsaharskej Afrike označujú infekčné ochorenia, akými sú napríklad malária či HIV.

Podľa ekonomickej teórie je jedným z najvýznamnejších zdrojov ekonomického rozvoja *Ľudský kapitál*. Ten môže byť definovaný ako hodnota, ktorej nositeľmi sú schopnosti a zručnosti obyvateľov príslušnej krajiny a je využívaná na produkciu ekonomickej hodnoty v podobe tovarov, služieb alebo myšlienok v podmienkach daného trhu. Krajina síce môže mať k dispozícii bohatstvo v podobe nerastných surovín alebo pôdy, no ak nemá potrebnú pracovnú silu, nemôže svoj potenciál naplno využiť. Z hľadiska pracovnej sily je dôležité posudzovať jednak jej kvantitatívnu stránku, pod ktorou rozumieme predovšetkým celkovú veľkosť populácie, počet práceschopného obyvateľstva a štruktúru vekovej pyramídy, a taktiež kvalitatívnu stránku, ktorá v sebe zahŕňa také faktory, akými sú vzdelanie obyvateľstva, jeho kvalifikácia, tréning, kompetencie, inteligencia a iné atribúty obsiahnuté v jednotlivcoch alebo skupinách jednotlivcov, ktoré nadobudli počas ich života. S kvalitatívnou aj kvantitatívnou stránkou ľudského kapitálu veľmi úzko súvisí aj zdravotný stav obyvateľov a úroveň zdravotníctva v krajine.³⁶

³⁴ UNITED NATIONS. *List of Least Developed Countries (as of December 2018)*. [online] 2018 [cit. 2019-02-15]. Dostupné na: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication-ldc_list.pdf

³⁵ THE WORLD BANK. *The number of extremely poor people continues to rise in Sub-Saharan Africa*. [online] 2018 [cit. 2019-02-15]. Dostupné na: <https://blogs.worldbank.org/opendata/number-extremely-poor-people-continues-rise-sub-saharan-africa>

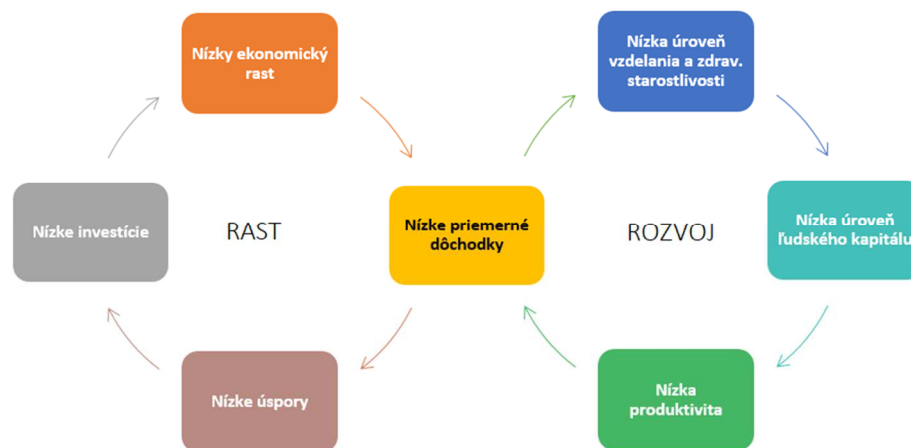
³⁶ BAUMGARTNER, Boris – GAVALOVÁ, Viera. *Ekonomika a Obchodná Politika Rozvojových Krajín*. Bratislava : Vydavateľstvo Ekonóm, 2014. s. 24. ISBN: 978-80-225-3844-2.

Vzťah medzi ľudským kapitálom, zdravím a ekonomickým rozvojom krajiny možno opísať ako priamo úmerný – čím lepšie je na tom zdravotný stav obyvateľov a úroveň poskytovania zdravotnej starostlivosti, tým priaznivejší je obzvlášť v rozvojových krajinách rast veľkosti populácie, najmä ak vezmeme do úvahy celkovú vysokú priemernú pôrodnosť, ktorá je tak typická práve pre krajiny tretieho sveta. V zjednodušenom modeli možno predpokladať, že rastúca zdravá populácia v sebe nesie potenciál pracovnej sily, ktorý sa podpíše na celkovom ekonomickom rozvoji štátu v podobe dostatočného počtu pracovníkov schopných podieľať sa na tvorbe ekonomickej hodnoty vyčíslennej ako HDP. Rastúce HDP sa spätne odrazí na vyššej životnej úrovni obyvateľov, ich sklone k spotrebe, úsporám, investíciám a taktiež v ochote zahraničných subjektov investovať svoj majetok v podobe priamych zahraničných investícií v tejto rastúcej ekonomike, čo opäť povedie k multiplikačnému efektu - rastu HDP a celkovému hospodárskemu rozvoju krajiny. Na druhej strane, ak krajina zanedbáva zdravotnú starostlivosť svojich obyvateľov, finančné prostriedky určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú alokované neefektívne, poprípade si dlhodobo nevie poradiť s epidémiami a vysokou úmrtnosťou, nemožno očakávať, že sa jej ekonomická úroveň bude zvyšovať. Dlhodobo chorľavé obyvateľstvo totiž znamená nie len redukciu pracovnej sily v dôsledku vysokej úmrtnosti a pomerne krátkej očakávanej dĺžky života, ale znamená aj dodatočnú dlhodobú záťaž pre štátny rozpočet, nakoľko štát musí vynakladať finančné prostriedky navyše na riešenie následkov, ale aj príčin epidémií a pandémieí sužujúcich postihnuté obyvateľstvo.

Epidémie spojené s nedostatočnou zdravotnou starostlivosťou a vysokou úmrtnosťou sa taktiež podpisujú na prehlbovaní a zhoršovaní *začarovaného kruhu chudoby*, a to z jednoduchého dôvodu - ochorenie sa podpíše na zhoršenom pracovnom výkone zamestnancov. Tí následne nie sú schopní vykonávať svoju náplň práce v plnom rozsahu a kvôli zdravotným problémom a návštevám lekára často do práce nechodia. Absencia na pracovisku sa odrazí na nižšej výplatnej páske, čo pre zamestnancov znamená nižší príjem do rodinného rozpočtu. Ten sa okliešti ešte viac, nakoľko chorí musia vynakladať dodatočné finančné prostriedky na zaplatenie liekov a lekárskeho vyšetrení, a taktiež si musia hradiť cestovné náklady spojené s návštevou lekára. Vďaka nízkym príjmom si ľudia nemôžu dovoliť míňať peniaze na spotrebu drahších tovarov a tovarov dlhodobej spotreby, pretože na to nemajú finančné prostriedky. Chudobné rodiny sa skôr sústreďujú na nákup tovarov krátkodobej spotreby nevyhnutných na prežitie. Okrem toho, ľudia žijúci v chudobných podmienkach nemajú tendenciu odkladať si peniaze bokom a vytvárať

si úspory – skôr majú sklon minúť celý svoj príjem, poprípade sa zadlžiť. Znížený dopyt po tovaroch sa pretaví do nižšieho ekonomického rastu, pretože spoločnosti pri klesajúcom dopyte začnú obmedzovať, poprípade rušiť výrobu. S rušením výroby je spojené znižovanie nákladov v podobe znižovania miezd zamestnancov, a taktiež prepúšťanie pre potreby zvýšenia efektivity.³⁷ To prehĺbi chudobu ešte viac a začarovaný kolobeh sa opakuje. Schému začarovaného kruhu chudoby znázorňuje obrázok 3.

Obr. 3 – Schéma začarovaného kruhu chudoby



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa: BALÁŽ, Peter et. al. *Medzinárodné Podnikanie : Na Vlně Globalizujúcej sa Svetovej Ekonomiky*. Bratislava : Sprint dva, 2010. s. 314. ISBN 978-80-89393-18-3.

Ochorenie AIDS nie je v začarovanom kruhu chudoby žiadnou výnimkou. Vplyv na **domácnosti** sa prejaví v momente, akonáhle začne člen domácnosti trpieť chorobami súvisiacimi s HIV. Domácnosti sa musia vysporiadať so stratou príjmu pacienta, ktorý je v mnohých prípadoch hlavným živiteľom rodiny a s podstatným navýšením lekárskeho výdavkov. Ostatní členovia domácnosti - zvyčajne manželky a dcéry - v dôsledku starostlivosti o chorú osobu prestanú chodiť do školy či práce a ostávajú doma bez možnosti vzdelania a dodatočného zárobku. To do značnej miery ovplyvňuje ekonomickú situáciu mnohých rodín. Smrť chorého má za následok trvalú stratu príjmu pre domácnosť, oslabenú pracovnú silu na farme, nižšie remitencie a vynaloženie dodatočných nákladov na pohreb zosnulého. Treba taktiež podotknúť, že takýto vývoj situácie zvyčajne vedie k úplnému zamedzeniu deťom chodiť do školy, aby domácnosť aspoň čiastočne vyvážila oslabenú pracovnú silu, ušetrila na výdavkoch na vzdelávanie a z krátkodobého hľadiska zabránila stratám budúceho potenciálneho zárobku.

³⁷ BALÁŽ, Peter et. al. *Medzinárodné Podnikanie : Na Vlně Globalizujúcej sa Svetovej Ekonomiky*. Bratislava : Sprint dva, 2010. s. 314. ISBN 978-80-89393-18-3.

AIDS má teda z teoretického hľadiska veľmi veľký potenciál spôsobiť závažné ekonomické dôsledky v mnohých afrických krajinách. Od iných chorôb sa odlišuje predovšetkým v tom, že postihuje ľudí v najproduktívnejších vekových skupinách a napriek tomu, že moderná medicína už dokáže potlačiť vírus v tele infikovaného, najmä v afrických krajinách je pravdepodobnosť smrti stále veľmi vysoká. Následky ochorenia sa budú líšiť v závislosti od závažnosti epidémie AIDS a štruktúry národných ekonomík. Dva hlavné účinky na hospodárstvo sú zníženie ponuky práce a zvýšenie nákladov. Strata mladej dospelaj práceschopnej populácie v jej najproduktívnejšom veku bezpochyby ovplyvní celkový ekonomický výkon. Ak sa HIV/AIDS šíri medzi ekonomicky produktívnou elitou populácie, potom môže byť celkový dopad oveľa závažnejší, ako len straty spôsobené vysokým počtom úmrtí na AIDS. V otázke nákladov možno skonštatovať, že priame náklady sa odrazia v potrebe vynaloženia dodatočných výdavkov na zdravotnú starostlivosť, nákup liekov a zahŕňajú taktiež náklady na pohreb. Nepriame náklady predstavujú predovšetkým stratený čas v dôsledku ochorenia, nábor, zaškolenie a tréning pracovníkov, ktorí majú nahradiť bývalých práceschopných zamestnancov a v neposlednom rade starostlivosť o siroty. Ak sú tieto náklady financované z úspor, potom zníženie investícií by mohlo viesť k výraznému zníženiu celkového hospodárskeho rastu.

Z makroekonomického a súhrnného hľadiska možno skonštatovať, že úmrtia na AIDS - predovšetkým v rámci najproduktívnejšej skupiny obyvateľstva v subsaharskej Afrike - priamo vedú k zníženiu počtu pracovnej sily, ktorá je v hospodárstve k dispozícii. Keďže mladší, menej skúsení pracovníci nahrádzajú skúsených zamestnancov, produktivita pracovníkov sa znižuje. Nedostatok pracovnej sily na trhu vyvolá tlak na rast miezd, čo sa následne odrazí na vyšších výrobných nákladoch spoločností. Vyššie výrobné náklady spôsobia stratu medzinárodnej konkurencieschopnosti a to sa automaticky pretaví do zníženia zahraničnoobchodnej výmeny na medzinárodných trhoch. Nižšie príjmy do štátnej pokladnice a zníženie súkromných úspor obyvateľstva môžu spôsobiť výrazný pokles úspor a akumulácie kapitálu v celom hospodárstve. To povedie v obzvlášť kapitálovo náročnom formálnom sektore k pomalšiemu vytváraniu zamestnanosti, nakoľko zníženie produktivity pracovníkov a investícií sa popíšu pod menším počtom pracovných miest. V dôsledku toho budú niektorí pracovníci presúvaní z vysoko platených pracovných miest vo formálnom sektore na menej platené pracovné miesta v neformálnom sektore. Celkový vplyv AIDS na makro-ekonomiku je spočiatku malý, ale časom sa tento vplyv výrazne zvyšuje.

2 CIEĽ PRÁCE, METODIKA PRÁCE A METÓDY SKÚMANIA

Nasledujúca časť sa zaoberá stanovením hlavného, kľúčového cieľa diplomovej práce a bližšieho určenia jednotlivých parciálnych cieľov, ktoré plnia úlohu pilierov pre naplnenie podstaty hlavného cieľa záverečnej práce. Ďalšia časť tejto kapitoly sa pozrie na zadefinovanie jednotlivých metód, ktoré sme pri písaní diplomovej práce použili.

2.1 Cieľ práce

Primárnym cieľom diplomovej práce je na základe vedeckých metód posúdiť vplyv ochorenia HIV/AIDS na hospodársky rozvoj, najmä stav chudoby, v štátoch subsaharskej Afriky.

Medzi **čiastkové ciele** práce zaraďujeme predovšetkým *zadefinovanie teoretických východísk*, konkrétne pohľad šiestich autorov, ktorí sa rozhodli tematike ochorenia HIV/AIDS a jeho ekonomickým vplyvom venovať. Skúmanie vedeckých prác, názorov a postrehov viacerých nezávislých autorov nám pomohlo utvoriť si širší obraz o tejto téme a rozšíriť obzory chápania daného problému. *Pochopenie vzniku a vývoja HIV/AIDS v historickom kontexte* ako druhý čiastkový cieľ diplomovej práce ešte viac prehĺbilo našu poznatkovú základňu o danom ochorení šíriacom sa predovšetkým v regióne subsaharskej Afriky. Tretí parciálny cieľ, ktorým sme sa zaoberali v teoretickej časti diplomovej práce, je podrobná *analýza súčasného stavu ochorenia HIV/AIDS v globálnom kontexte*, čím sme si dokázali odpovedať na otázku, aké postavenie zohráva subsaharská Afrika z hľadiska epidémie HIV v porovnaní s ostatnými svetovými regiónmi. Tento parciálny cieľ je dôležitý najmä preto, aby sme získali konkrétny obraz o stave nákazy v rámci celého sveta a v kontraste so subsaharskou Afrikou si tak urobili predstavu o závažnosti situácie v tomto regióne. Medzi dôležité parciálne ciele zaraďujeme aj *identifikáciu a analýzu teoretického vzťahu medzi epidémiami HIV/AIDS a chudobou* založeného predovšetkým na dôležitosti ľudského kapitálu ako jedného z najvýznamnejších zdrojov ekonomického rozvoja krajín. HIV/AIDS ako jedna z najrozšírenejších celosvetových epidémií je vsadená do rámca začarovaného kruhu chudoby a z tejto pozície dokáže teoreticky ovplyvniť blahobyt celej spoločnosti, čo sa môže teoreticky pretaviť do spomalenia ekonomického rastu a prosperity. Je preto na mieste sa týmto vzťahom zaoberať a hlbšie skúmať jeho jednotlivé súvislosti. *Analýza vplyvu HIV na sektorovú štruktúru štátov subsaharskej Afriky* vyhodnocuje

epidémiu v nadväznosti na jej zásahy do oblasti poľnohospodárstva, priemyslu a služieb. Nakoľko práve poľnohospodárstvo predstavuje kľúčový sektor, ktorý zamestnáva väčšinu práceschopného obyvateľstva v tomto regióne, je získanie prehľadu v tejto problematike skutočne relevantným bodom skúmania. V poradí šiestym čiastkovým cieľom je *praktická analýza vplyvu HIV/AIDS na chudobu v štátoch subsaharskej Afriky*. Naplnenie tohto cieľa je kľúčové nie len z hľadiska jeho samotnej závažnosti, ale aj z hľadiska podstaty celej diplomovej práce. Overenie platnosti vzťahov a našich predpokladov v praxi sa ukázalo byť kľúčovým stimulom pre smerovanie zvyšnej analytickej časti diplomovej práce a ešte viac nás ponoril do komplexnosti problematiky HIV, chudoby a nízkeho ekonomického rozvoja. Posledným, no nemenej dôležitým parciálnym cieľom zostáva *identifikovanie hlavných príčin šírenia infekcie HIV v štátoch subsaharskej Afriky s vyšším HDP na obyvateľa*, ktoré v najpostihnutejších afrických krajinách dodnes predstavujú závažné prekážky boja s epidémiou HIV/AIDS a *implikácia príčin hospodárstvo konkrétnej vybranej ekonomiky*.

2.2 Metodika práce a metódy skúmania

Pred začiatkom spracovania diplomovej práce bolo nutné vypracovať rešerš zdrojov, prostredníctvom ktorých sme získali prehľad o skúmanej problematike a následne sme vypracovali teoretické východiská záverečnej práce. Problematika vplyvu HIV/AIDS na hospodárstvo štátov subsaharskej Afriky zatiaľ nepredstavuje oblasť, ktorou by sa významnejšie zaoberali domáci autori. Práve značná absencia domácich zdrojov je dôvodom, kvôli ktorému práca vychádza predovšetkým z prác zahraničných autorov. Tieto zdroje predstavujú knižné publikácie, odborné články renomovaných vedeckých časopisov dostupné na internete, aktuálne reporty a štatistické údaje medzinárodných organizácií a inštitúcií.

Medzinárodnými organizáciami a inštitúciami, ktorých zdroje sme využili pri koncipovaní diplomovej práce, sú predovšetkým Skupina Svetovej banky (The World Bank Group), Organizácia spojených národov (OSN), Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), Organizácia pre výživu a poľnohospodárstvo (FAO), The Heritage Foundation, Transparency International, Detský fond OSN (UNICEF), Medzinárodný menový fond (IMF) a Rozvojový program OSN (UNDP). Popri medzinárodných organizáciách sme využili desiatky zdrojov iných renomovaných autorov a menších organizácií, ktorí publikovali vedecké články a štúdie vo viacerých renomovaných časopisoch a správach.

Dôkladnou analýzou mnohých zdrojov zaoberajúcich sa danou problematikou sme mohli preniknúť do podstaty problematiky HIV/AIDS v kontexte vplyvu tohto ochorenia na ekonomický rozvoj štátov subsaharskej Afriky, odhaliť teoretické východiská a základné vzťahy medzi epidémiou a chudobou a taktiež identifikovať kľúčové faktory podieľajúce sa na vysokej HIV prevalencii relatívne bohatých štátov subsaharskej Afriky.

V práci sme využili aj metódu komparácie, ktorú sme aplikovali najmä pri vyhodnocovaní súčasného stavu subsaharskej Afriky vo vzťahu k zvyšným svetovým regiónom, rovnako pri vyhodnocovaní stavu v regiónoch v rámci samotnej subsaharskej Afriky, a v neposlednom rade pri porovnávaní praktických výsledkov práce s pôvodnými predpokladmi. V rámci poslednej kapitoly praktickej časti diplomovej práce sme sa analýzou a následnou syntézou prepracovali k identifikácii hlavných príčin šírenia HIV/AIDS naprieč rozvinutejšími regiónmi subsaharskej Afriky, u ktorých sme pôvodne vysoký podiel HIV ani nepredpokladali.

Nakoľko je hlavným cieľom práce posúdiť vplyv HIV/AIDS na hospodársky rozvoj - najmä úroveň chudoby - subsaharských štátov, rozhodli sme sa na danú problematiku aplikovať vlastnú analýzu. Celá analýza bola postavená na nasledujúcej hypotéze:

Najchudobnejšie štáty subsaharskej Afriky, teda tie, ktoré vykazujú veľmi nízky stupeň ekonomického rozvoja, budú patriť k štátom, ktoré sú epidémiou HIV/AIDS najviac zasiahnuté.

Naša hypotéza bola postavená predovšetkým na teórii začarovaného kruhu chudoby, ktorý zo svojej podstaty predpokladá negatívny vzťah medzi epidémiami a hospodárskym rastom. Očakávali sme preto, že po nami aplikovanej analýze len jednoducho potvrdíme túto hypotézu. Analýzu hypotézy sme sa rozhodli uskutočniť využitím komparatívnej metódy – porovnaním HIV prevalencie a HDP per capita jednotlivých štátov subsaharskej Afriky. Ako prvý sme na základe údajov dostupných zo Svetovej Banky zostavili rebríček 48 krajín subsaharskej Afriky zoradených podľa ich HDP per capita v USD, a to od najnižšej hodnoty po najvyššiu. V druhom kroku sme opäť zostavili rebríček – tentokrát pozostávajúci z hodnôt HIV prevalencie týchto štátov, a to od najvyššej hodnoty po najnižšiu. Empirickým skúmaním a porovnaním oboch rebríčkov pre prišli k prekvapivému záveru, ktorý vyvrátil našu pôvodnú hypotézu – najvyššiu HIV prevalenciu vykazujú paradoxne štáty s vyšším HDP per capita, akými sú Svazijsko, Botswana či JAR a ani zďaleka nie tie najchudobnejšie. Nakoľko sme usúdili, že hodnotiť hospodársky rozvoj krajín iba na základe ich HDP

na obyvateľa môže byť do značnej miery skresľujúce, rozhodli sme sa našu hypotézu ešte dodatočne overiť prostredníctvom ekonometrie – konkrétne zostrojením regresného OLS modelu v programe GRET. Najvšeobecnejším ekonomickým modelom je lineárny model s dvomi premennými a aditívnou náhodnou zložkou, zapísaný v nasledujúcom tvare:

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_i + u_i$$

V tomto modeli Y predstavuje závislú premennú, ktorej hodnota sa odvíja od hodnoty nezávislej premennej X . Dolný koeficient i predstavuje „ i -té pozorovanie premennej Y (endogénnej premennej), ktorej vývoj modelujeme, a x_i reprezentuje i -té pozorovanie premennej X (exogénnej premennej), ktorá je predpokladaným hlavným faktorom ovplyvňujúcim vývoj Y .“³⁸ Pre posúdenie vplyvu HIV/AIDS na hospodársky rozvoj krajín sme sa pre tentokrát rozhodli použiť komplexnejší ukazovateľ chudoby ako HDP na obyvateľa, a to *Index ľudského rozvoja (HDI)*. Ten predstavuje závislú premennú, u ktorej predpokladáme, že sa bude odvíjať od nezávislej premennej - tou je v našom prípade HIV prevalencia udávaná v percentách. Pre čo najväčšiu objektivnosť modelu sme sa k HIV prevalencii rozhodli pridať ešte 2 ďalšie nezávislé premenné, a to *Index vnímania korupcie (CPI)* a *Index ekonomickej slobody (IEF)*, ktoré sa taktiež môžu podieľať na ovplyvnení Indexu ľudského rozvoja. Nakoľko sme pri modelovaní využili prierezové údaje, aditívnu náhodnú zložku môžeme v modeli zanedbať, pretože jej hodnota sa rovná nule. Parametre β_0 a β_1 slúžia na zisťovanie, či nezávislú premennú X možno pokladať za relevantný zdroj zmien hodnôt nezávislej premennej Y . Na to, aby sme mohli odhadnúť dané parametre, je potrebné použiť tzv. estimátory, ktoré by z hľadiska ekonometrie mali spĺňať dve kľúčové podmienky, a to neskreslenosť a efektívnosť, pričom obe spolu veľmi úzko súvisia. „*Neskreslenosť má zmysel iba v spojitosti s efektívnosťou, lebo pri neskreslenom estimátore s veľkým rozptylom by mohol byť konkrétny odhad príliš vzdialený od skutočnej hodnoty parametra.*“³⁹

Estimátor možno označiť za efektívny vtedy, ak je jeho rozptyl menší alebo rovný rozptylu ktoréhokoľvek iného neskresleného estimátora, ktorý sa v rámci modelovania porovnáva. Najviac využívaným je estimátor najmenších štvorcov. Tento typ estimátora

³⁸ LUKÁČIK, Martin – LUKÁČIKOVÁ, Adriana – SZOMOLÁNYI, Karol. *Ekonometrické Modelovanie v Programoch EVIEWS a GRET. Bratislava : Vydavateľstvo EKONÓM, 2011. s. 53. ISBN978-80-225-3320-1.*

³⁹ LUKÁČIK, Martin – LUKÁČIKOVÁ, Adriana – SZOMOLÁNYI, Karol. *Ekonometrické Modelovanie v Programoch EVIEWS a GRET. Bratislava : Vydavateľstvo EKONÓM, 2011. s. 53. ISBN978-80-225-3320-1.*

je považovaný za najlepší lineárny neskreslený estimátor za predpokladu, že sú splnené nasledujúce, tzv. Gaussove-Markovove podmienky:⁴⁰

- *podmienený model náhodnej zložky je rovný nule,*
- *výber je náhodný, ale nezávislá premenná X predstavuje nenáhodnú premennú,*
- *výberový rozptyl premennej X nie je rovný nule,*
- *rozptyl pri náhodných zložkách je konštantný,*
- *medzi náhodnými zložkami nie je korelácia,*

Princíp fungovania tohto estimátora sme uplatnili aj v prípade nášho ekonometrického modelu, nakoľko sme využili typ regresného modelu OLS (*ordinary least squares*). Po nahraní vstupných dát a zobrazení výsledkov v programe GRETL, bolo nevyhnutným krokom previesť verifikáciu nami zostrojeného modelu. Samotná verifikácia zahŕňa predovšetkým testovanie významnosti parametrov regresného modelu prostredníctvom *t*-štatistiky, testovanie významnosti modelu ako celku pomocou *F*-štatistiky a overenie prítomnosti heteroskedasticity cez *Whitov test*. Pre úplnosť dodávame, že heteroskedasticita náhodnej zložky znamená nesplnenie predposlednej Gauss-Markovovej podmienky, že „rozptyl náhodných zložiek pre rôzne hodnoty vysvetľujúcej premennej nie je rovnaký.“⁴¹ Ak by táto podmienka nebola splnená, estimátor najmenších štvorcov by nebol efektívny.

Záverom možno zhrnúť, že pri spracovaní diplomovej práce sme sa stretli s veľkým problémom zastaranosti, nedostupnosti a neúplnosti relevantných dát súvisiacich s danou problematikou. Pôvodne sme napríklad do regresného modelu chceli zahrnúť aj vládne výdavky na zdravotníctvo z databázy Svetovej zdravotníckej organizácie, no prišli sme na to, že za krajiny subsaharskej Afriky sú vykazované tak nedostatočné štatistiky, že nebolo možné na základe rozdrobených a neúplných dát prísť k relevantnejším a objektívnejším záverom.

⁴⁰ LUKÁČIK, Martin – LUKÁČIKOVÁ, Adriana – SZOMOLÁNYI, Karol. *Ekonometrické Modelovanie v Programoch EVIEWS a GRETL*. Bratislava : Vydavateľstvo EKONÓM, 2011. s. 53. ISBN978-80-225-3320-1.

⁴¹ LUKÁČIK, Martin – LUKÁČIKOVÁ, Adriana – SZOMOLÁNYI, Karol. *Ekonometrické Modelovanie v Programoch EVIEWS a GRETL*. Bratislava : Vydavateľstvo EKONÓM, 2011. s. 53. ISBN978-80-225-3320-1.

3 ANALÝZA VPLYVU HIV/AIDS NA HOSPODÁRSKY ROZVOJ SUBSAHARSKEJ AFRIKY

V teoretickej časti práce sme skúmali stav HIV vo svete a v rámci jednotlivých svetových regiónov a analyzovali sme, v akej situácii sa v súčasnosti nachádza subsaharská Afrika. Nasledujúca analytická časť sa sústreďuje na analýzu stavu výlučne v rámci subsaharskej oblasti, posúdenie vzťahu medzi HIV a chudobou, nájdenie príčin tohto vzťahu a v konečnom dôsledku vyhodnotiť vplyv HIV na hospodárstvo jedného vybraného štátu.

3.1 Stav nákazy HIV/AIDS v rámci subsaharskej Afriky

Subsaharská Afrika predstavuje územie afrického kontinentu, ktoré sa tiahne od Sahary na juh a od severu Afriky je oddelené pásmom stepí a saván nazývaným Sahel. Podľa UNAIDS toto územie politicky tvorí 40 štátov nachádzajúcich sa priamo na africkom kontinente, 6 ostrovných štátov⁴² a 2 zámorské departamenty a zámorské regióny patriace pod správu Francúzska a Európskej únie (Mayotte a Réunion). Geograficky sa delí na 4 hlavné územné celky:

1. západná Afrika

(Benin, Burkina Faso, Čad, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kapverdy, Libéria, Mali, Mauritánia, Niger, Nigéria, Pobrežie Slonoviny, Rovníková Guinea, Senegal, Sierra Leone, Sv. Tomáš a Princov ostrov, Togo)

2. centrálna Afrika

(Burundi, Kongo, Konžská demokratická republika, Stredoafriická republika)⁴³

3. východná Afrika

(Eritrea, Etiópia, Južný Sudán, Keňa, Rwanda, Seychely, Tanzánia, Uganda)

4. južná Afrika

(Angola, Botswana, JAR, Komory, Lesotho, Madagaskar, Malawi, Maurícius, Mozambik, Namíbia, Svazijsko, Zambia, Zimbabwe)⁴⁴

⁴² Rôzne zdroje uvádzajú rôzny počet štátov, ktoré patria do jednotlivých oblastí. Napríklad Svetová Banka zahŕňa vo svojich štatistikách o subsaharskej Afrike aj Sudán. My sme sa rozhodli prikloniť k deleniu podľa UNAIDS, nakoľko ide o zdroj, o ktorý sa štatisticky opierame a ten Sudán do svojich štatistík nezahŕňa.

⁴³ UNAIDS. *West and Central Africa, countries* [online] 2017 [cit. 2018-09-29]. Dostupné na: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/westandcentralafrica>

⁴⁴ UNAIDS. *Eastern and Southern Africa, countries* [online] 2017 [cit. 2018-09-29]. Dostupné na: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/easternandsouthernafrika>

Svetová banka radí ku krajinám subsaharskej Afriky navyše aj Sudán a Somálsko. Politická mapa jednotlivých afrických štátov tvorí prílohu 5. Napriek tomu, že po zasiahaní krajín epidémiou HIV/AIDS sa vlády mnohých krajín subsaharskej Afriky zameriavali a stále vo veľkej miere zameriavajú na zvýšenie prevencie a zdravotnej starostlivosti voči tomuto závažnému ochoreniu, nemožno nespomenúť ich tendenciu ignorovať širšie dôsledky HIV/AIDS na spoločnosť a nezaoberať sa podporou hospodárskeho rozvoja a odstraňovaním chudoby. Diskusie medzi odborníkmi zaoberajúcimi sa rozvojom hospodárstva a politickými lídrami preto čiastočne zlyhali v správnom definovaní cieľov vrátane tak významného konsenzu, akým je zhrnutie miléniových cieľov OSN⁴⁵, ktoré v nedostatočnej miere zohľadnili výzvy vyplývajúce z prudkého nárastu úmrtnosti zapríčinennej HIV/AIDS.

Hlavným dôsledkom epidémií HIV/AIDS v krajinách najviac postihnutými týmto vírusom – predovšetkým štátov subsaharskej Afriky - je spomalenie alebo zvrátenie pokroku dosiahnutého v sociálnych a hospodárskych oblastiach v posledných desaťročiach, spolu so závažným dopadom na domácnosti a inštitúcie zamerané na podporu rozvoja hospodárstva jednotlivých krajín. Príčinou tohto úpadku je predovšetkým fakt, že AIDS je nevyliciteľná choroba, pri ktorej je súčasná medicína schopná poskytnúť liečbu pre spomalenie jej symptómov, no v konečnom dôsledku skôr či neskôr predsa len skončí smrťou infikovanej osoby - v africkej časti sveta zvyčajne v dôsledku napadnutia organizmu tuberkulózou. V dôsledku toho, že epidémia HIV/AIDS patria k najrozšírenejším na svete a v súčasnosti postihuje predovšetkým obyvateľstvo v produktívnom veku, môžeme usúdiť, že HIV/AIDS sa podpíše na zmenách demografických štruktúr jednotlivých krajín, kde postupne dochádza k úbytku pracovnej sily. HIV/AIDS ovplyvňuje najmä úmrtnosť obyvateľstva v produktívnom veku a detskú úmrtnosť v dôsledku prenosu ochorenia z matky na dieťa počas tehotenstva alebo dojčenia. Ako už bolo spomínané, vírus HIV a ochorenie AIDS sa vyskytujú predovšetkým u obyvateľstva v najproduktívnejšom veku medzi 15 a 49 rokom života.⁴⁶ Až 60 % novovzniknutých infekcií sa objavuje medzi mládežou vo veku 15 až 24 rokov, pričom v subsaharskej Afrike sa stretáme s 55 %

⁴⁵ UNITED NATIONS. *United Nations Millennium Declaration* [online] 2000 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>

⁴⁶ FAO. *The state of food and agriculture 1994*. In: *FAO Agriculture Series* [online] 1994, no. 27 [cit. 2018-06-06]. ISSN 0081-4539. Dostupné na: <http://www.fao.org/docrep/t4450e/T4450E00.htm>

prevahou výskytu infekcie u ženskej časti populácie.⁴⁷ Ide o jediný región na svete, kde je miera nákazy vyššia u žien ako u mužov, a to až o 53 % - počet nakazených žien sa odhaduje na 14,5 milióna, počet nakazených mužov na 9,5 milióna. Podľa posledných aktuálnych štatistík žije v subsaharskom regióne Afriky 25,7 milióna obyvateľov, čo celosvetovo z celkového počtu HIV pozitívnych predstavuje až 70 %. Súčasný odhad veľkosti populácie subsaharskej Afriky sa podľa Svetovej banky pohybuje na úrovni 1,1 miliardy, čo znamená, že celkový podiel HIV pozitívneho obyvateľstva tejto časti sveta predstavuje približne 2,3 %, berúc do úvahy strednú hodnotu odhadu počtu HIV pozitívnych ľudí. Bližšie informácie o stave nákazy HIV/AIDS v subsaharskej Afrike nájdeme v tabuľke 5 a ešte viac detailná tabuľka tvorí prílohu 6.

Tab. 5 - Prehľad epidémie HIV/AIDS – subsaharská Afrika, 2017

	Rozdelenie	Stredná hodnota	Najnižší odhad	Najvyšší odhad
Počet HIV pozitívnych ľudí	<i>Celkový počet</i>	25,7 mil.	21,9 mil.	52,0 mil.
	<i>Dospelí</i>	24,0 mil.	20,6 mil.	28,2 mil.
	<i>Deti (<15 r.)</i>	1,7 mil.	1,2 mil.	2,09 mil.
Počet novo nakazených ľudí	<i>Celkový počet</i>	1,17 mil.	0,87 mil.	1,57 mil.
	<i>Dospelí</i>	1,02 mil.	0,76 mil.	1,36 mil.
	<i>Deti (<15 r.)</i>	0,159 mil.	0,097 mil.	0,23 mil.
Počet úmrtí na AIDS	<i>Celkový počet</i>	0,66 mil.	0,48 mil.	0,92 mil.
	<i>Dospelí</i>	0,57 mil.	0,41 mil.	0,79 mil.
	<i>Deti (<15 r.)</i>	0,097 mil.	0,055 mil.	0,147 mil.
HIV prevalencia	<i>Dospelí (15-49 r.)</i>	4,35 %	3,65 %	5,25 %
Počet ľudí, ktorí vedia svoj status	<i>Celkový počet</i>	18,8 mil.	-	-
	<i>Percentuálny podiel</i>	64,5 %	47,5 %	80,5 %
Počet ľudí na ART	<i>Celkový počet</i>	15,3 mil.	-	-
	<i>Percentuálny podiel</i>	53,0 %	38,5 %	66,0 %

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa UNAIDS. *Regional factsheets, 2017* [online] 2017 [cit. 2018-11-20]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org>

⁴⁷ COLLINS, Joseph – RAU, Bill. AIDS in the Context of Development. In *UNRISD Programme on Social Policy and Development* [online] 2000, no. 4 [cit. 2018-06-06]. ISSN 1020 8208. Dostupné na: [http://unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/240da49ca467a53f80256b4f005ef245/329e8acb59f4060580256b61004363fe/\\$FILE/collins.pdf](http://unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/240da49ca467a53f80256b4f005ef245/329e8acb59f4060580256b61004363fe/$FILE/collins.pdf)

Napriek tomu, že z regionálneho hľadiska sú regióny subsaharskej Afriky veľkosťou populácie približne rovnaké – vo východnom a južnom regióne žije 490 miliónov a v západnom a centrálnom regióne žije podľa štatistík 509 miliónov obyvateľov – možno konštatovať, že región východnej a južnej Afriky je epidémiou HIV zasiahnutý v oveľa väčšej miere. Stredná hodnota počtu HIV pozitívnych pacientov sa v tomto regióne vyšplhala na 19,6 milióna s prevalenciou HIV na úrovni 6,8 %. Región západnej a centrálnej Afriky sa vyznačuje o približne 6 % nižšou prevalenciou HIV s celkovým počtom nakazených na úrovni 6,1 milióna. Na druhej strane je však v tomto regióne o 33 % nižší počet ľudí, ktorí sú si vedomí svojho zdravotného stavu a o 26 % menej ľudí, ktorí sa z ochorenia liečia. Porovnanie jednotlivých regiónov nájdeme v tabuľke 6. Bližšie informácie a štatistické údaje v rámci jednotlivých regiónov sú súčasťou prílohy 7 a 8.

Tab. 6 – Regionálne porovnanie HIV/AIDS v SSA, 2017

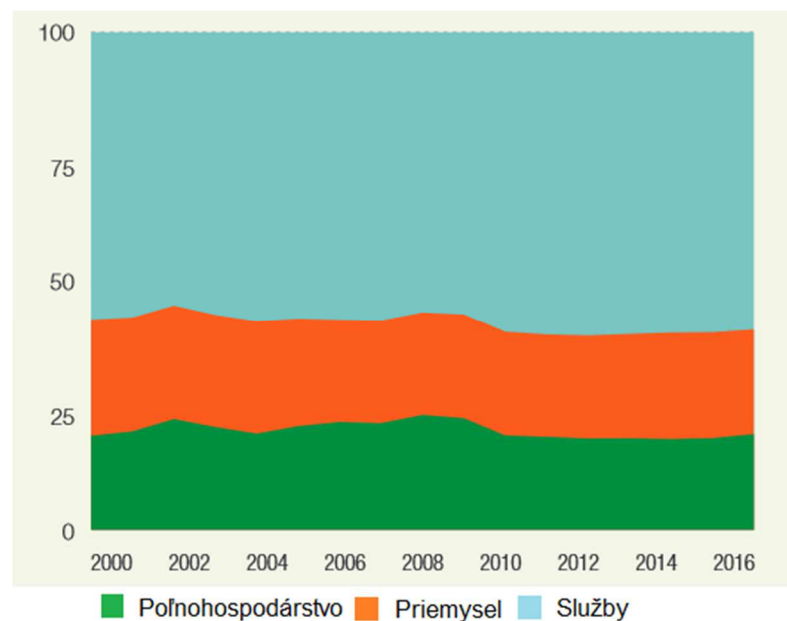
	Rozdelenie	Región východnej a južnej Afriky (stredná hodnota)	Región západnej a centrálnej Afriky (stredná hodnota)
Populácia	<i>Počet obyvateľov</i>	489,6 mil.	508,8 mil.
Počet HIV pozitívnych ľudí	<i>Celkový počet</i>	19,6 mil.	6,1 mil.
Počet novo nakazených ľudí	<i>Celkový počet</i>	0,8 mil.	0,37 mil.
Počet úmrtí na AIDS	<i>Celkový počet</i>	0,38 mil.	0,28 mil.
Počet sirôt	<i>Siroty (0-17r.)</i>	6,0 mil.	3,6 mil.
HIV prevalencia	<i>Dospelí (15-49 r.)</i>	6,8 %	1,9 %
	<i>Ženy (15-49 r.)</i>	8,4 %	2,3 %
	<i>Muži (15-49 r.)</i>	5,2 %	1,6 %
Počet ľudí, ktorí vedia svoj status	<i>Celkový počet</i>	15,9 mil.	2,9 mil.
	<i>Percentuálny podiel</i>	81 %	48 %
Počet ľudí na ART	<i>Celkový počet</i>	12,9 mil.	2,4 mil.
	<i>Percentuálny podiel</i>	66 %	40 %

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa UNAIDS. *Regional factsheets: Africa - Eastern and Southern 2017* [online] 2017 [cit. 2018-12-12]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/> a UNAIDS. *Regional factsheets: Africa – West and Central, 2017* [online] 2017 [cit. 2018-12-12]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

3.2 Vplyv HIV/AIDS na sektorovú štruktúru subsaharskej Afriky

Závažné epidémie ako HIV/AIDS dokážu negatívnym spôsobom ovplyvniť aj hospodárstvo na rôznych sektorových úrovniach. Nakoľko sa jednotlivé sektory podieľajú na tvorbe HDP, a teda v značnej miere prispievajú k celkovému ekonomickému rastu, je dôležité zanalyzovať dopad HIV/AIDS na sektory samotné. Z grafu 2 jasne vyplýva, že najväčší podiel na tvorbe HDP v subsaharskej Afrike majú služby, ktoré sa vytvárajú približne 50 % HDP v tomto regióne. Zvyšná polovica je približne rovnako rozdelená medzi poľnohospodárstvo a priemysel. Grafické znázornenie sektorovej štruktúry v krajinách subsaharskej Afriky zobrazuje graf 2.

Graf 2 – Podiel sektorov na tvorbe HDP v subsaharskej Afrike, 2000-2016



Zdroj: AFRICAN DEVELOPMENT BANK GROUP. *African Economic Outlook 2018*. [online] 2017 [cit. 2019-02-15]. Dostupné na: https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications-/African_Economic_Outlook_2018_-_EN.pdf

Aj keď by sa mohlo zdať, že priemysel predstavuje pre hospodárstvo najdôležitejšiu oblasť, ak sa na sektory pozrieme z hľadiska zamestnanosti, zistíme, že tomu tak nie je. Kľúčovým sektorom z hľadiska počtu zamestnanej pracovnej sily je vo väčšine afrických hospodárstiev **poľnohospodárstvo**, ktoré sa podieľa na tvorbe veľkej časti produkcie (má približne 25 % podiel na tvorbe HDP) a ako nám ukazuje tabuľka 7, zamestnáva väčšinu obyvateľstva (v poľnohospodárstve pracuje až 55,6 % pracovnej sily).

Tab. 7 – Štruktúra zamestnanosti podľa ekonomickej aktivity v SSA za vybrané roky

Rok	Poľnohospodárstvo	Priemysel	Služby
2005	57,9 %	9,9 %	32,2 %
2010	57,4 %	10,2 %	32,4 %
2017	55,6 %	10,7 %	33,7 %

Zdroj: UNITED NATIONS. *Statistical Yearbook 2017. Edition : Sixtieth issue.* [online] 2017 [cit. 2019-02-15]. Dostupné na: <https://unstats.un.org/unsd/publications/statistical-yearbook/files/syb60/syb60.pdf>

Región subsaharskej Afriky predstavuje viac ako 950 miliónov ľudí, čo je približne 13 % svetovej populácie. Predpokladá sa, že do roku 2050 sa tento podiel zvýši na takmer 22 % alebo 2,1 miliardy.⁴⁸ Štúdie uskutočnené v Tanzánii a niekoľkých ďalších afrických krajinách ukázali, že AIDS bude mať nepriaznivý vplyv na poľnohospodárstvo, vrátane straty pracovných síl a príjmu finančných prostriedkov.⁴⁹ Redukcia pracovnej sily v kľúčových obdobiach výsadby a zberu sa môže výrazne podpísať na znížení veľkosti úrody. V krajinách, kde je potravinová bezpečnosť nanajvýš chýlostivou záležitosťou kvôli suchu, môže mať akýkoľvek pokles produkcie fatálne následky na domácnosti. Podvýživa bola dlhotrvajúcou výzvou, ktorá dlhodobo zotrvala bez pokroku v celom regióne. Napriek zníženiu podvýživy z 33 % v rokoch 1990-1992 na 23 % v rokoch 2014-2016, percento podvýživy zostáva v subsaharskom regióne najvyššie spomedzi všetkých rozvojových regiónov. V dôsledku rýchleho rastu populácie o 2,7 % ročne sa v priebehu tohto obdobia absolútny počet podvyživených ľudí zvýšil o 44 miliónov.⁵⁰ Pomalý pokrok smerom k potravinovej bezpečnosti možno pripísať nízkej produktivite poľnohospodárskych zdrojov, vysokému počtu obyvateľov, politickej nestabilite a občianskym konfliktom. Svoj podiel viny na situácii si však odnáša aj HIV.

Strata zamestnancov v oblasti poľnohospodárskej práce pravdepodobne taktiež spôsobí, že poľnohospodári budú musieť prejsť na pestovanie plodín menej náročných na pracovnú silu. V mnohých prípadoch to môže znamenať prechod z vývozných plodín na plodiny určené na priamu konzumáciu. Vysoký podiel poľnohospodárskeho sektora

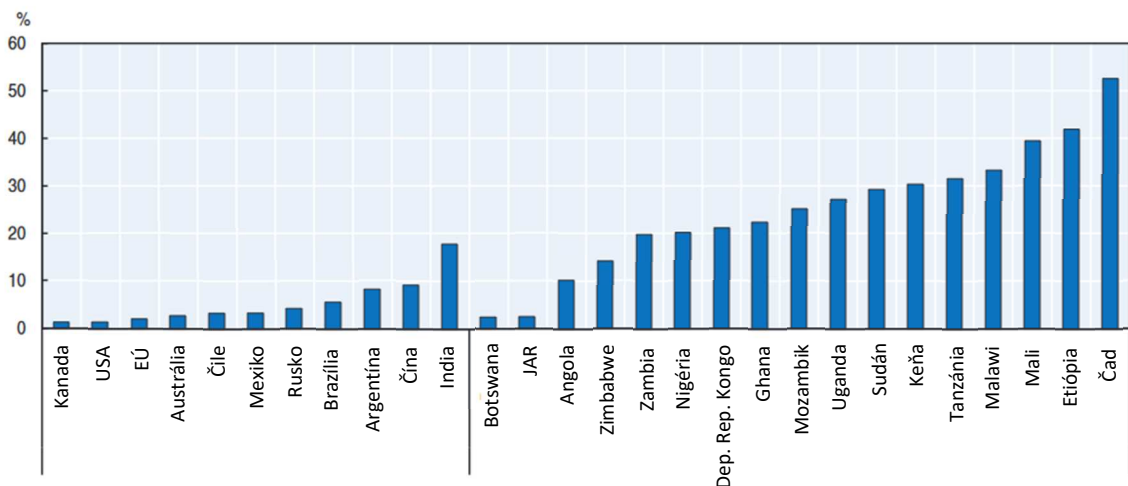
⁴⁸ EURACTIV. *Africa's population set to double by 2050, says new report.* [online] 29.06.2016 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <https://www.euractiv.com/section/development-policy/news/africas-population-set-to-double-by-2050-says-new-report/>

⁴⁹ BOLLINGER, Lori – STOVER, John. *The Economic Impact of AIDS in Botswana.* [online] 1999 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.policyproject.com/pubs/SEimpact/botswana.pdf>

⁵⁰ FAO. *Agricultural Outlook 2016-2025.* [online] 2016 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.fao.org/3/a-BO092E.pdf>

na tvorbe HDP iba zdôrazňuje obmedzenú diverzifikáciu väčšiny afrických hospodárstiev. Ako už bolo spomenuté, poľnohospodárstvo sa v priemere podieľa na tvorbe 25 % celkového HDP. Treba však podotknúť, že tento podiel nie je v celej oblasti rovnaký a pohybuje sa od menej ako 3 % v Botswane a Južnej Afrike až po viac ako 50 % v Čade.⁵¹ Poľnohospodárstvo zamestnáva viac ako polovicu celkovej pracovnej sily (odhady hovoria približne o 55,6 %) a v rámci vidieckeho obyvateľstva poskytuje živobytie veľkému množstvu malých producentov. Malé farmy predstavujú približne 80 % všetkých fariem v subsaharskej Afrike a priamo zamestnávajú 175 miliónov ľudí. Nedávne prieskumy naznačujú, že poľnohospodárstvo je tiež hlavným zdrojom obživy pre 10-25 % mestských domácností.

Graf 3 – Podiel poľnohospodárstva na tvorbe HDP vo vybraných štátoch



Zdroj: FAO. *Agricultural Outlook 2016-2025* [online] 2016 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.fao.org/3/a-BO092E.pdf>

Navyše, ako už bolo spomenuté v predchádzajúcich kapitolách, subsaharská Afrika predstavuje jediný región na svete, kde je infikovaných o 53 % viac žien ako mužov - berúc do úvahy fakt, že v poľnohospodárskom sektore pracuje v priemere viac ako polovica ženskej populácie, možno konštatovať, že poľnohospodárska produkcia a celková potravinová bezpečnosť subsaharskej Afriky je vďaka nákaze HIV/AIDS do veľkej miery ohrozená.⁵² Pohľad na štruktúru zamestnanosti žien v poľnohospodárstve v jednotlivých

⁵¹ FAO. *Agricultural Outlook 2016-2025* [online] 2016 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.fao.org/3/a-BO092E.pdf>

⁵² FAO. *The Role of Women in Agriculture*. [online] 2011 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.fao.org/3/am307e/am307e00.pdf>

sektoroch hospodárstva nám približuje tabuľka 8. Celkovo možno konštatovať, že ženy vykazujú vyššiu zamestnanosť nie len v sektore poľnohospodárstva, ale aj v kľúčovom a najväčšom sektore – v službách.

Tab. 8 – Štruktúra zamestnanosti v jednotlivých sektoroch SSA za vybrané roky

Rok	MUŽI			ŽENY		
	<i>Poľnoh.</i>	<i>Priemysel</i>	<i>Služby</i>	<i>Poľnoh.</i>	<i>Priemysel</i>	<i>Služby</i>
2005	55,5	12,8	31,7	60,8	6,5	32,7
2010	55,6	13,0	31,4	59,4	7,0	33,6
2017	54,0	13,7	32,2	57,4	7,0	35,5

Zdroj: UNITED NATIONS. *Statistical Yearbook 2017. Edition : Sixtieth issue.* [online] 2017 [cit. 2019-02-15]. Dostupné na: <https://unstats.un.org/unsd/publications/statistical-yearbook/files/syb60/syb60.pdf>

Služby predstavujú v rámci hospodárskej štruktúry druhý najzraniteľnejší sektor v poradí. Celkovo sa tento sektor podieľa na tvorbe 50 % celkového HDP regiónu subsaharskej Afriky a pracuje v ňom približne tretina celkovej pracovnej sily. Zamestnáva tretinu ženskej populácie a analogicky, ako tomu bolo v prípade poľnohospodárstva, možno očakávať, že tento sektor do budúcnosti utrpí vážne straty z hľadiska nedostatku kvalifikovaných pracovníkov.

Na mikroekonomickej úrovni môže mať HIV/AIDS vplyv aj na podniky pôsobiace v *priemysle*. Choroby a úmrtia súvisiace s AIDS ovplyvňujú spoločnosti predovšetkým tým, že zvyšujú ich výdavky a znižujú príjmy, čím sa v konečnom dôsledku znižuje ich zisk. Ako príklad dodatočne vynaložených výdavkov možno uviesť náklady na zdravotnú starostlivosť, poplatky za pohreb a výdaje spojené s náborom a školením nových zamestnancov. Príjmy sa znížia predovšetkým vďaka absencii zamestnancov na pracovisku z dôvodu choroby, poprípade vymeškaním z dôvodu účasti na pohrebe, nutnosťou postarať sa o chorého člena rodiny alebo času stráveného zaškoľovaním. Vysoká fluktuácia zamestnancov tak môže postupom času viesť k menej skúsenej pracovnej sile, ktorá je menej produktívna. Faktory podieľajúce sa na znížení ziskov spoločností v dôsledku HIV/AIDS sú pre prehľadnosť zhrnuté v tabuľke 9.

Tab. 9 – Faktory podieľajúce sa na znížení ziskov spoločností v dôsledku HIV/AIDS

FAKTORY VEDÚCE K ZVYŠOVANIU VÝDAVKOV SPOLOČNOSTÍ	FAKTORY VEDÚCE K ZNIŽOVANIU PRÍJMOV SPOLOČNOSTÍ
Náklady na zdravotnú starostlivosť	Neprítomnosť zamestnancov na pracovisku v dôsledku choroby
Poplatky za pohreb	Neprítomnosť zamestnancov na pracovisku v dôsledku účasti na pohrebe
Zaškoľovanie a tréning nových zamestnancov	Čas strávený tréningom a zaškoľovaním
-	Fluktuácia zamestnancov

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa: BOLLINGER, Lori – STOVER, John. *The Economic Impact of AIDS in Botswana*. [online] 1999 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.policyproject.com/pubs/SEimpact/botswana.pdf>

Pre niektoré, predovšetkým menšie podniky realizujúce sa v ohrozených odvetviach priemyslu, akými sú doprava či ťažba, by strata jedného alebo viacerých kľúčových zamestnancov mohla byť katastrofálna a viesť k oslabeniu ich pozície na trhu, prípadne rovno k ich zániku. *Odvetvie dopravy* je obzvlášť náchylné na AIDS a je preň mimoriadne dôležité nepodceňovať osvetu a prevenciu. Budovanie a udržiavanie dopravnej infraštruktúry často vyžaduje odcestovanie a odlúčenie celých skupín mužov od ich rodín na dlhšie časové obdobie, čím sa zvyšuje pravdepodobnosť, že počas svojej neprítomnosti vystriedajú viacero sexuálnych partneriek a nakazia sa tak vírusom HIV. Medzi takýchto zamestnancov patria nie len zamestnanci, ktorí infraštruktúru budujú, ale aj ľudia prevádzkujúci dopravné služby, akými sú napríklad vodiči nákladných vozidiel, vlakov či lodí. Väčšina dopravných manažérov sú vysoko kvalifikovaní odborníci, ktorých je v prípade ich smrti alebo pracovnej neschopnosti veľmi ťažké nahradiť. Vlády čelia dileme, ako zlepšovať dopravu ako základný prvok národného rozvoja a zároveň čo najviac chrániť zdravie pracovníkov a ich rodín. S problémom odlúčenia od rodín, striedaním sexuálnych partnerov a následným nedostatkom kvalifikovaných pracovníkov bojujú aj ďalšie kritické odvetvia, akými sú *ťažobný sektor* a *sektor vodného hospodárstva*.⁵³ Na druhej strane, niektoré spoločnosti pôsobiace v menej ohrozených odvetviach hospodárstva, akým je napríklad finančný sektor, môžu zaznamenať len minimálny vplyv HIV/AIDS a strata pracovnej sily sa významne nemusí podpísať na výkone spoločnosti.

⁵³ BOLLINGER, Lori – STOVER, John. *The Economic Impact of AIDS in Swaziland*. [online] 1999 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.policyproject.com/pubs/seimpact/swazilan.pdf>

3.3 Analýza vzťahu HIV a chudoby krajín subsaharskej Afriky

Epidémia HIV/AIDS vo väčšej, či menšej miere ovplyvňuje hospodársky vývoj krajín subsaharskej Afriky. Presvedčajú nás o tom viaceré teórie a výskumy, ktoré boli detailnejšie priblížené v úvodných kapitolách diplomovej práce. Nakoľko sme v predchádzajúcich častiach popisovali, ako blízko majú k sebe HIV/AIDS a začarovaný kruh chudoby, zaujímalo nás pozrieť sa bližšie na to, či sa vysoká HIV prevencia odrazí na chudobe najzasiahnutejších štátov v podobe nízkeho HDP na obyvateľa. Očakávali sme, že HIV/AIDS sa pri analýze prejaví ako jeden z kľúčových faktorov ovplyvňujúcich ekonomický rozvoj subsaharských štátov. Vychádzali sme z predpokladu, že krajiny, ktoré vykazujú vysoké hodnoty HIV prevencie v hospodárstve, patria zároveň k tým najchudobnejším, nakoľko ich vlády nemajú dostatok finančných prostriedkov na zabezpečenie primeranej zdravotnej starostlivosti, na šírení osvedy sa negatívne podpisuje slabá a nerozvinutá informačná infraštruktúra, chudobné obyvateľstvo sa zvyčajne spája s nízkou gramotnosťou a povedomím o rizikosti HIV a v dôsledku vysokej prevencie zomiera produktívna pracovná sila, čo ešte viac prispieva k zhoršovaniu hospodárskych ukazovateľov ekonomického rastu.

Pre zodpovedanie nami položeney otázky sme sa preto rozhodli analyzovať vzťah HDP per capita v 48 štátoch subsaharskej Afriky a ich HIV prevenciu medzi najproduktívnejšou skupinou obyvateľstva od 15 do 49 rokov. HDP per capita sme zoradili zostupne, HIV prevenciu zostupne a sledovali sme, na akých pozíciách sa umiestnili krajiny s najvyššou prevenciou v tabuľke zachytávajúcou HDP na obyvateľa. Výsledky ukázali, že najvyššiu, a teda najhoršiu prevenciu HIV vo svojom hospodárstve v súčasnosti zaznamenávajú Svazijsko, kde sa prevencia HIV v roku 2017 vyšplhala na 27,4 %, a teda podľa oficiálnych štatistík trpí HIV asi tretina obyvateľstva. V závese za Svazijskom sú Lesotho (23,8 %), Botswana (22,8 %) a JAR (18,8 %), kde na HIV/AIDS trpí v prepočte 1/5 obyvateľstva. Prevenciu HIV vyššiu nad 10 % vykazujú aj krajiny Zimbabwe (13,3 %), Mozambik (12,5 %), Namíbia (12,1 %) a Zambia (11,5 %). Pri porovnaní s ich HDP na obyvateľa však zistíme, že tieto krajiny paradoxne vykazujú pomerne vysoké hodnoty, a teda ani zďaleka nepatria k tým najchudobnejším v subsaharskom regióne. Z top 10 krajín vykazujúcich najvyšší výskyt HIV sa medzi krajinami s nízkym HDP na obyvateľa ocitol len Mozambik ako piata najchudobnejšia krajina a Malawi ako tretia najchudobnejšia

krajina. Celú tabuľku so 48 štátmi nájdeme v prílohe 9. Zelenou farbou sú v nej vyznačené štáty, ktoré vykazujú podiel prevalencie 2 % a viac a sú zároveň tie, ktoré patria do druhej polovice rebríčka HDP per capita, teda patria z pohľadu HDP na obyvateľa k relatívne bohatším štátom v rámci subsaharskej Afriky. Iba 2 z týchto krajín patria súčasne do skupiny LDC (*least developed countries*), a to Lesotho a Zambia. V rámci krajín s nízkym HDP na obyvateľa vykazujú pomerne vysokú HIV prevalenciu iba Mozambik, Malawi, Uganda, Tanzánia, Guinea-Bissau, Rwanda a Togo. Za Eritreu a Južný Sudán chýbali údaje ohľadom HDP per capita a pri ostrovoch Maurícius, Seychely a Sv. Tomáš a Princov ostrov zasa Svetová banka neuvádza HIV prevalenciu. Zhrňujúce výsledky top 20 krajín s najvyššou HIV prevalenciou a ich HDP per capita nájdeme v tabuľke 10.

Tab. 10 – TOP 20 krajín s najvyššou HIV prevalenciou a ich HDP per capita, 2017

	Krajina	HIV prevalencia (15-49) v %	HDP per capita v USD
1	<i>Svazijsko</i>	27,4	3242,75
2	<i>Lesotho</i>	23,8	1154,44
3	<i>Botswana</i>	22,8	7595,61
4	<i>Južná Afrika</i>	18,8	6151,08
5	<i>Zimbabwe</i>	13,3	1333,40
6	<i>Mozambik</i>	12,5	426,22
7	<i>Namíbia</i>	12,1	5230,77
8	<i>Zambia</i>	11,5	1513,28
9	<i>Malawi</i>	9,6	338,48
10	<i>Rovníková Guinea</i>	6,5	9697,63
11	<i>Uganda</i>	5,9	606,47
12	<i>Keňa</i>	4,8	1594,83
13	<i>Tanzánia</i>	4,5	936,33
14	<i>Gabon</i>	4,2	7413,80
15	<i>Rovníková Guinea</i>	4,0	9697,63
16	<i>Kamerun</i>	3,7	1451,87
17	<i>Guinea-Bissau</i>	3,4	723,61
18	<i>Kongo</i>	3,1	1654,01
19	<i>Pob. Slonoviny</i>	2,8	1537,50
20	<i>Nigéria</i>	2,8	1968,43

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa údajov: WORLD BANK. *Sub-saharan Africa : GDP per capita (current US\$)*. [online] 2011 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <https://lnk.sk/sDO0> a WORLD BANK. *Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)*. [online] 2011 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <https://lnk.sk/ikvY>

Tento paradoxný výsledok nás prekvapil a rozhodli sme sa ho preto ešte overiť prostredníctvom regresného OLS modelu v programe GRETL. Za závislú premennú sme si zvolili Index ľudského rozvoja (*HDI - Human Development Index*) za rok 2017, ktorý hodnotí a porovnáva štáty na základe chudoby, priemernej dĺžky života, vzdelania, gramotnosti, pôrodnosti a niekoľkých ďalších faktorov. Nezávislú premennú predstavovala prevalencia HIV za rok 2015 - berieme do úvahy dvojročné časové posunutie, a teda predpokladáme, že prítomnosť HIV sa v hospodárstve neprejaví ihneď, ale istý čas trvá, kým sa jeho vplyv pretaví do merateľných výsledkov a reportov. HIV prevalencia je udávaná v percentách. Pre väčšiu objektivitu sme k HIV prevalencii doplnili ešte dve ďalšie kontrolné nezávislé premenné, a to Index vnímania korupcie (*CPI = Corruption Perception Index*) za rok 2015 a Index ekonomickej slobody (*IEF = Index of Economic Freedom*) z roku 2015, ktorých hodnoty sa rovnako môžu podpísať na celkovom výsledku Indexu ľudského rozvoja za rok 2017. Index vnímania korupcie z dielne Transparency International predstavuje najznámejší a najvyužívanejší index, ktorý sa používa na hodnotenie úrovne vnímania korupcie vo verejnom sektore vybraných štátov. Štáty hodnotí na stupnici od 0 do 100, pričom čím je hodnota indexu nižšia, tým je úroveň vnímania korupcie vo verejnom sektore vyššia. Krajiny s hodnotou pod 50 sa musia vysporiadať s vážnym korupčným problémom vo svojom hospodárstve. Index ekonomickej slobody je vypracovaný organizáciou The Heritage Foundation a vyhodnocuje hospodárstvo štátu z hľadiska jeho obchodnej slobody, podnikateľskej slobody, slobody investovania a majetkových práv. Vplyv HIV na hospodárstva jednotlivých štátov sme vyjadrili prostredníctvom nasledujúcej hypotézy:

$$HDI_{2017} = \beta_0 - \beta_1 \times HIV \text{ prevalencia}_{2015} + \beta_2 \times CPI_{2015} + \beta_3 \times IEF_{2015} + u$$

Táto hypotéza predpokladá, že úroveň Indexu ľudského rozvoja v krajinách subsaharskej Afriky za rok 2017 bude závisieť od úrovne prevalence HIV v roku 2015, Indexu vnímania korupcie z roku 2015 a Indexu ekonomickej slobody z roku 2015. Pri prevalencii HIV je znamienko mínus, ktorým vyjadrujeme náš predpoklad nepriamej úmernosti medzi závislou a nezávislou premennou, t. j. predpokladáme, že ak sa úroveň HIV prevalence zníži o jednu jednotku, Index ľudského rozvoja sa zvýši, pretože nižšia prítomnosť HIV v krajine sa odrazí na lepšom hodnotení Indexu ľudského rozvoja. Nakoľko pracujeme s prierezovými údajmi, náhodná zložka u prítomná na konci rovnice je rovná nule. Výsledky nášho testu korelačnej analýzy zobrazuje tabuľka 11.

Tab. 11 – Regresná analýza HDI a HIV prevencie

Model 1: OLS, using observations 1-48 (n = 39)

Missing or incomplete observations dropped: 9

Dependent variable: HDI_2017

	<i>Coefficient</i>	<i>Std. Error</i>	<i>t-ratio</i>	<i>p-value</i>	
const	0,230995	0,0966007	2,391	0,0223	**
HIV_2015	0,00723099	0,00207467	3,485	0,0013	***
CPI_2015	-0,00135798	0,00129031	-1,052	0,2998	
IEF_2015	0,00532842	0,00206007	2,587	0,0140	**
Mean dependent var	0,510103	S.D. dependent var		0,087383	
Sum squared resid	0,178280	S.E. of regression		0,071370	
R-squared	0,385577	Adjusted R-squared		0,332912	
F(3, 35)	7,321334	P-value(F)		0,000619	
Log-likelihood	49,72670	Akaike criterion		-91,45340	
Schwarz criterion	-84,79915	Hannan-Quinn		-89,06591	

Excluding the constant, p-value was highest for variable 3 (CPI_2015)

White's test for heteroskedasticity

Null hypothesis: heteroskedasticity not present

Test statistic: LM = 3,12017

with p-value = P (Chi-square (9) > 3,12017) = 0,959339

Zdroj: Vlastné spracovanie v programe GRETL podľa údajov: UNDP. *Human Development Data (1990-2017)*. [online] 2017 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <http://hdr.undp.org/en/data> a WORLD BANK. *Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)*. [online] 2015 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS> a TRANSPARENCY INTERNATIONAL. *Corruption Perceptions Index 2015*. [online] 2015 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <https://www.transparency.org/cpi2015> a THE HERITAGE FOUNDATION. *2015 Index of Economic Freedom : Promoting Economic Opportunity and Prosperity*. [online] 2015 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: https://www.heritage.org/index/pdf/2015/book/index_2015.pdf

Prevalencia HIV v krajinách subsaharskej Afriky sa pri takto postavenom modeli javí ako vysoko relevantná – na základe 3 hviezdíčiek hodnoty *p-value* možno túto nezávislú premennú označiť za štatisticky veľmi významnú – presnejšie, s 99 % pravdepodobnosťou je odhad parametra HIV prevencie štatisticky významný. Podmienku významnosti spĺňa s 95 % pravdepodobnosťou aj nezávislá premenná *Index ekonomickej slobody*. Nakoľko *Index vnímania korupcie* nezískal ani jednu hviezdíčku, javí sa v tomto modeli ako štatisticky nevýznamný.

Už na prvý pohľad však možno vidieť, že naša hypotéza, ktorá predpokladala nepriamo úmerný vzťah medzi závislou a nezávislou premennou, teda *Indexom ľudského rozvoja a HIV prevenciou*, sa nepotvrdila, nakoľko je v tabuľke pri koeficiente HIV prevencie znamienko plus a nie znamienko mínus, ako sme predpokladali. Z výsledných hodnôt regresného modelu vyplýva, že ak sa hodnoty všetkých nezávislých premenných, t. j. HIV prevencie, Indexu vnímania korupcie a Indexu ekonomickej slobody rovnajú súčasne nule, priemerná zmena závislej premennej Indexu ľudského rozvoja je 0,2310. Hodnota koeficientu HIV prevencie je plus 0,00723099, čo môžeme interpretovať tak, že pri jednotkovom náraste HIV prevencie a nemienciach sa hodnôt zvyšných nezávislých premenných, hodnota nezávislej premennej Indexu ľudského rozvoja narastie o 0,0072. Inými slovami, parameter β_1 vyjadruje, že ak sa HIV prevencia zvýši o 1 % pri nezmenenej úrovni Indexu vnímania korupcie a Indexu ekonomickej slobody, potom sa Index ľudského rozvoja zvýši o 0,7 %. Rovnica doplnená o číselné parametre má teda tvar:

$$HDI_{2017} = 0,231 + 0,00723 * HIV_{2015} - 0,00136 * CPI_{2015} + 0,00533 * IEF_{2015}$$

Dôležitou súčasťou skúmania regresného modelu je aj jeho verifikácia, ktorou sa overujú použité východiská modelu a kontroluje sa zhoda konečných výsledkov s predpokladmi zadanými na začiatku analýzy. Pri testovaní významnosti parametrov v programe GRETL sme si najskôr určili dvojicu hypotéz: $H_0: \beta_0 = 0$ a $H_1: \beta_0 \neq 0$. Hodnota parametra *t-ratio* v riadku konštanty je 2,391. Kritická hodnota t-štatistiky na polovičnej hladine významnosti 0,025 pre 35 stupňov voľnosti je 2,03011. Hodnota t-štatistiky v absolútnej hodnote (2,391) je väčšia ako jej vypočítaná kritická hodnota (2,030), na základe čoho môžeme nulovú hypotézu zamietnuť a skonštatovať, že parameter β_0 je na hladine významnosti 5% štatisticky významný. Podobným spôsobom sme overili aj významnosť zvyšných parametrov. Pri skúmaní parametra β_1 má t-štatistika parametra HIV prevencie v absolútnej hodnote hodnotu 3,485. Tú opäť porovnávame s kritickou hodnotou 2,03011 a prichádzame k záveru, že aj parameter β_1 je na hladine významnosti 5 % štatisticky významný. Štatisticky významný je aj parameter β_3 Indexu ekonomickej slobody. T-štatistika parametra Indexu vnímania korupcie β_2 nadobúda v absolútnej hodnote hodnotu 1,052, a teda po jeho porovnaní s kritickou hodnotou ho môžeme vyhodnotiť ako štatisticky nevýznamný.

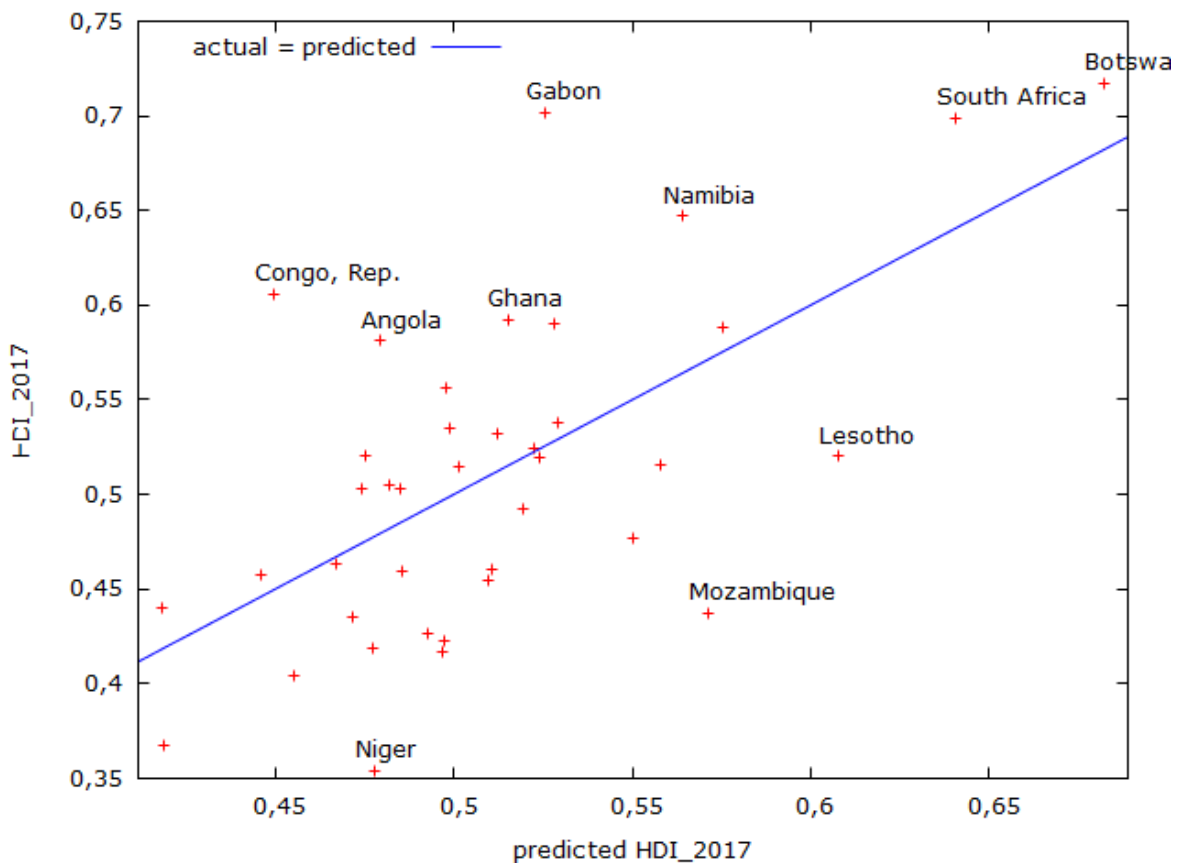
Druhým krokom verifikácie je testovanie významnosti regresného modelu ako celku, a to pomocou F-štatistiky. Hodnota F-štatistiky nadobúda hodnotu 7,321334 a jej kritická hodnota na hladine významnosti 5 % je 2,87419. Ako vidíme, F-štatistika je väčšia ako jej vypočítaná kritická hodnota - môžeme tak konštatovať, že aj regresný model ako celok je na hladine významnosti 5 % štatisticky významný.

Nakoľko v našom regresnom modeli využívame prierezové údaje, je potrebné otestovať aj heteroskedasticitu náhodných zložiek na základe Whitovho testu. Ak by sa v našom modeli potvrdila prítomnosť heteroskedasticity, znamenalo by to, že „rozptyl náhodných zložiek pre rôzne hodnoty vysvetľujúcej premennej nie je rovnaký,“ a teda „odhady rozptylov jednotlivých parametrov sú skreslené“.⁵⁴ Nakoľko sa v našom modeli skúma pomerne heterogénna štruktúra skúmaných prvkov, možno sa domnievať, že sa heteroskedasticita v našom modeli môže objaviť. Whitova štatistika má všeobecný tvar $WH = nR^2$. Ak platí nerovnosť, že hodnota WH je väčšia ako kritická hodnota χ^2 -rozdelenia, potom zamietame nulovú hypotézu o neprítomnosti heteroskedasticity a bude platiť, že heteroskedasticita je v modeli prítomná. Po prevedení Whitovho testu dostávame výsledok, že hodnota WH je 3,12017 a kritická hodnota je 16,919. Platí, že WH hodnota je menšia ako kritická hodnota, preto na hladine významnosti 0,05 prijímame nulovú hypotézu a konštatujeme, že heteroskedasticita v modeli prítomná nie je.

Koeficient determinácie R^2 slúži na posúdenie kvality modelu – konkrétne prostredníctvom neho dokážeme určiť, akú časť variability Indexu ľudského rozvoja (závislej premennej) vysvetľuje náš regresný model. V našom prípade možno hodnotu koeficientu determinácie 0,3856 interpretovať nasledovne: Regresným modelom s nezávislými premennými HIV prevencia, Index vnímania korupcie a Index ekonomickej slobody vieme vysvetliť 38,56 % variability Indexu ľudského rozvoja. Zvyšných 61,44 % variability Indexu ľudského rozvoja spôsobujú činitele nezaradené do regresného modelu a náhodné vplyvy. Extrémy, ktoré spôsobujú zníženú hodnotu koeficientu determinácie sú znázornené v grafe 4.

⁵⁴ LUKÁČIK, Martin – LUKÁČIKOVÁ, Adriana – SZOMOLÁNYI, Karol. *Ekonometrické Modelovanie v Programoch EVIEWS a GRETL*. Bratislava : Vydavateľstvo EKONÓM, 2011. s. 233. ISBN978-80-225-3320-1.

Graf 4 – Krajiny vyhodnoteného programom GRETL ako extrémny



Zdroj: Vlastné spracovanie v programe GRETL

Ako extrémne hodnoty boli vyhodnoteného predovšetkým štáty Niger, Lesotho, Botswana, JAR, Namíbia, Gabon, Ghana, Angola a Kongo – ide práve o tie štáty, ktoré sú z hľadiska ich HDP per capita relatívne bohaté a ktoré zároveň paradoxne vykazujú vysokú HIV prevalenciu. Jedinú výnimku zo zobrazených extrémov predstavuje Mozambik, ktorý vykazuje 6. najvyššiu HIV prevalenciu spomedzi skúmaných štátov a zároveň je v poradí piatym najchudobnejším štátom tejto oblasti. Detailnej analýze príčin šírenia HIV v krajinách subsaharskej Afriky s vyšším HDP na obyvateľa venujeme pozornosť v nasledujúcej podkapitole. Program GRETL nám teda na základe vytvorenia regresného modelu a skúmania vzťahu Indexu ľudského rozvoja a nezávislých premenných (HIV prevalencie, Indexu vnímania korupcie a Indexu ekonomickej slobody) potvrdil to, k čomu sme empirickým skúmaním prišli už na začiatku skúmania – teda, že medzi *Indexom ľudského rozvoja* a *HIV prevalenciou* platí priamo úmerný vzťah, a vysoká HIV prevalencia v krajine automaticky neznamená, že je štát chudobný. ***HIV teda nevystupuje ako hlavný determinant určujúci ekonomický rozvoj krajiny, ale je súčasťou viacerých faktorov, ktoré spoločným pôsobením ovplyvňujú hospodársky rast subsaharskej Afriky.***

3.4 Príčiny vysokej HIV prevalencie v štátoch subsaharskej Afriky s vyšším HDP

V programe GRETL sa nám potvrdil paradox, ktorý sa javil už pri analýze HDP per capita a prevalencie HIV – vysoký počet nakazených HIV medzi produktívnou pracovnou silou automaticky neznamená na úrovni krajín subsaharskej Afriky ako celku rozsudok chudoby a zlej ekonomickej situácie, ba práve naopak. Najvyššiu mieru HIV prevalencie v krajine vykazujú relatívne bohatšie krajiny subsaharského regiónu s vyšším HDP na obyvateľa a vyššími hodnotami Indexu ľudského rozvoja. Napriek tomu, že sú tieto štáty z hľadiska HDP na obyvateľa na tom lepšie, ako okolité krajiny patriace do LDC, nedokážu si poradiť s bojom proti HIV. Mohlo by sa zdať, že takýto záver nemá logické vysvetlenie, preto je na mieste zamyslieť sa nad objektívnymi príčinami tohto prekvapujúceho výsledku skúmania. V prvom rade, fenomén chudoby krajín subsaharskej Afriky totiž predstavuje tak komplexnú a hlbokú problematiku, že príčiny jej vzniku nemožno zjednodušiť a pripísať ich iba pod vysokú mieru HIV prevalencie v jednotlivých štátoch. Chudoba v týchto končinách sveta predstavuje tak zložitý problém, že HIV vystupuje popri všetkých príčinách iba ako doplnok, ktorý síce prispieva k postupnému celkovému zhoršeniu hospodárskej situácie v jednotlivých štátoch, no sám o sebe ešte nie je natoľko významným faktorom, aby sa pretavil do vplyvu na hospodársky rast týchto krajín ako celku. Napriek tomu však možno zhrnúť, že šírenie epidémií v podobe HIV a AIDS v hospodárstvach štátov nepredstavuje pozitívny a želateľný jav, nakoľko z dlhodobého hľadiska sa podpisuje na ekonomických stratách, čo dokázali viaceré štúdie bližšie popísané v teoretickej časti diplomovej práce. Analýza dôvodov šírenia nákazy HIV/AIDS aj v krajinách subsaharskej Afriky s vyšším HDP per capita predstavuje predmet záujmu nasledujúcich riadkov.

3.4.1 Faktory vplývajúce na šírenie HIV/AIDS v subsaharskej Afrike

Ako prvý dôvod, ktorý by mohol aspoň z časti vysvetľovať náš paradoxný výsledok, nám napadla myšlienka, že relatívne „bohatšie“ krajiny subsaharskej krajiny síce majú v porovnaní s chudobnejšími krajinami lepšie financované zdravotníctvo, no pravdepodobne zlyhávajú v otázke šírenia osvetu. Inými slovami, predpokladali sme, že ľudia v týchto krajinách síce žijú s HIV/AIDS o niekoľko rokov dlhšie vďaka vyššej úrovni zdravotnej

starostlivosti, no keďže myšlienka šírenia osvetu pravdepodobne nie je medzi kľúčovými prioritami vlády, obyvateľstvo vykazuje vysoké percento nakazených. Tento predpoklad sa nám však nepotvrdil, nakoľko sme zistili, že viaceré krajiny subsaharskej Afriky s vyšším HDP sa vskutku vo veľkej miere zaujímajú o šírenie osvetu - majú rozbehnutých niekoľko programov pre zlepšenie povedomia obyvateľstva v otázke prevencie voči HIV, no napriek tomu ich HIV prevalencia neklesá. Príkladom takejto krajiny je Botswana, kde je spustená masívna osvetová kampaň v podobe viacerých programov, akými sú napríklad poskytovanie prezervatívov zadarmo, vzdelávacie programy o sexe a HIV pre mladých, program prevencie prenosu HIV z matky na dieťa a mnoho ďalších. Rovnako sa snaží poskytnúť a zabezpečiť potrebné lieky pre potlačenie HIV u pacientov a usiluje sa týmito liečivami vybaviť čo najviac zdravotníckych zariadení. Botswana je taktiež prvou krajinou v regióne, ktorá poskytuje univerzálnu antiretrovírusovú liečbu (ART) ľuďom žijúcim s HIV bezplatne.⁵⁵ Od roku 2016 však táto krajina nemá špecifickú stratégiu, ktorá by riešila potreby kľúčových postihnutých obyvateľov. V roku 2013 však vydala *National Aids Coordinating Agency* v Botswane správu, podľa ktorej programy prevencie HIV zasiahli iba 44,9 % z cieľovej skupiny.⁵⁶ Iným príkladom je Zimbabwe, kde sú taktiež rozbehnuté viaceré programy boja proti HIV – niektoré z nich v televíznej podobe. Nakoľko však v roku 2014 malo štatisticky prístup k elektrine len 32 % ľudí⁵⁷, aj v tomto prípade sa niektoré kampane minuli účinku, keďže mnohí obyvatelia - prevažne z vidieckych oblastí - televíziu nevlastnia. Za prvú čiastkovú príčinu masívneho šírenia HIV/AIDS v subsaharskej Afrike možno preto označiť **neefektívnu osvetovú kampaň**.

Ako jednu z najdôležitejších príčin vysokej prevalencie HIV môžeme označiť **stigmatizácia ochorenia**, ktorá hrá v mnohých afrických krajinách stále veľmi významnú rolu. Vo všeobecnosti možno stigmatizáciu definovať ako odsudzovanie jednotlivca spoločnosťou na základe niektorej z jeho vlastností, čo v konečnom dôsledku jednotlivca v mnohých smeroch negatívne ovplyvňuje. Touto vlastnosťou môže byť napríklad HIV pozitívny status. So stigmou a diskrimináciou súvisiacou s HIV sa stretávame naprieč celým

⁵⁵ AVERT. *HIV and AIDS in Botswana*. [online] 2017 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/botswana>

⁵⁶ NATIONAL AIDS COORDINATING AGENCY. *Botswana 2013 Global AIDS Reponse Report : Progress Report of the National Reponse to the 2011 Declaration of Commitments on HIV and AIDS*. [online] 31.03.2014 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BWA_narrative_report_2014.pdf

⁵⁷ TRADING ECONOMICS. *Zimbabwe - Access to electricity (% of population)*. [online] [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://tradingeconomics.com/zimbabwe/access-to-electricity-percent-of-population-wb-data.html>

svetom, hoci sa v jednotlivých krajinách, komunitách a pri jednotlivcoch prejavuje iným spôsobom. Predsudky voči ľuďom nakazených HIV má predovšetkým zdravotnícky personál, ktorý v mnohých prípadoch odmieta vyšetriť pacientov trpiacich týmto ochorením. Podľa prieskumov z rokov 2011 až 2015 bol až 21 % Nigérijčanom odopretý prístup k zdravotným službám iba na základe ich HIV statusu. Rovnako negatívne zaujatá je aj veľká väčšina bežného obyvateľstva - prieskumy uskutočnené v rokoch 2011 až 2015 naznačujú, že podiel HIV pozitívnych ľudí stretávajúcimi sa s urážkami, obťažovaním a hrozbami sa pohybuje od 15 % v Sierra Leone až po 70 % v Kamerune.⁵⁸ Podľa výsledkov *Stigma Indexu* z roku 2014 až 39 % respondentov uviedlo, že sa za posledných 12 mesiacov pred uskutočnením štúdie stali objektom ohovárania, verbálne urážky zažilo 21 % respondentov a 10 % prišlo do kontaktu s fyzickým obťažovaním. Takmer vo všetkých prípadoch bol HIV pozitívny stav respondenta hlavnou príčinou negatívnej reakcie okolia voči jeho osobe.⁵⁹ HIV pozitívni pacienti sú teda rôznym spôsobom diskriminovaní a riešenie situácie vidia v rozhodnutí neinformovať okolie o svojom zdravotnom stave.

Organizácia *Swaziland Network for People Living with HIV/AIDS (SWANEPHA)*, ktorá uskutočnila prieskum, zverejnila v roku 2012 znepokojujúcu správu, podľa ktorej takmer polovica Svazijčanov, ktorí vedia o svojom HIV statuse (približne 45 %), odmieta navštíviť kliniku pre podstúpenie ART liečby, a to zo strachu, že budú spoločnosťou odsúdení ako prenášači HIV vírusu.⁶⁰ Zaujímavé výsledky priniesol aj výskum uskutočnený medzi obyvateľmi Lesotha, podľa ktorého by 38,3 % respondentov nenakúpilo zeleninu od HIV pozitívneho dodávateľa, 35,4 % respondentov je presvedčených o tom, že HIV pozitívna učiteľka by nemala pokračovať vo výkone svojho povolania (35,6 % respondentov má ten istý názor, ak ide o učiteľa – muža), 37,8 % respondentov uviedlo, že by informáciu o HIV pozitívnom statuse ich rodinného príslušníka udržiavali v tajnosti a približne 10 % respondentov vyjadrilo nevôľu starať sa o HIV pozitívneho člena rodiny.⁶¹ Bližší pohľad na stigmatizáciu v štáte Lesotho prináša graf 13.

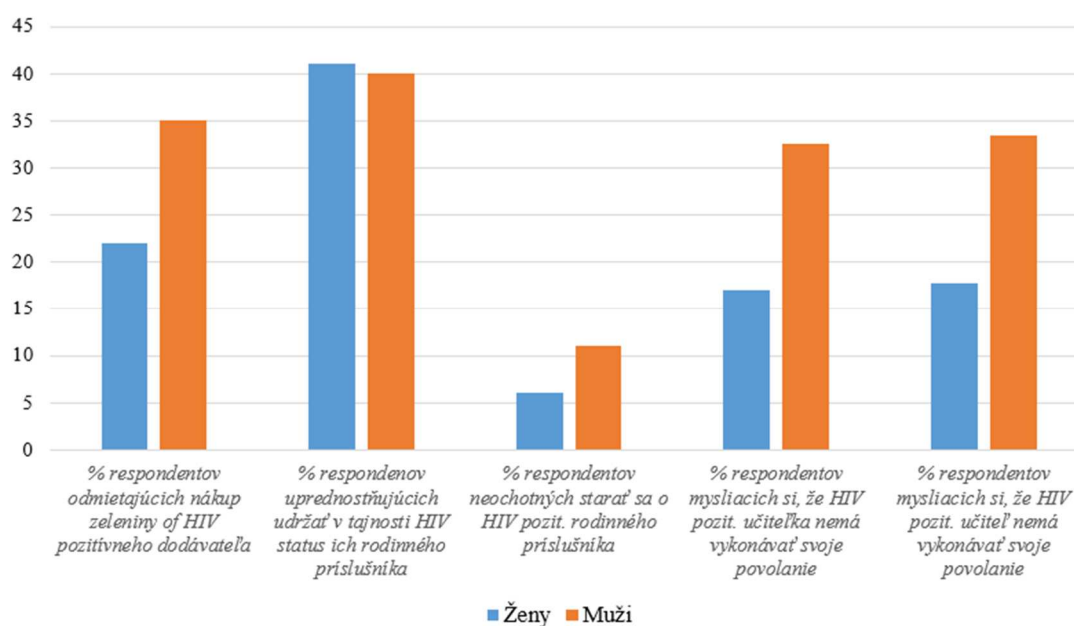
⁵⁸ UNAIDS. *Prevention Gap Report*. [online] 2016 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf

⁵⁹ STIGMA INDEX. *Stigma Index Survey Report Botswana*. [online] 2014 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Botswana%20HIV%20Stigma%20Index%20Survey%20Report_2014.pdf

⁶⁰ RELIEFWEB.COM. *HIV stigma still a barrier*. [online] 12.11.2012 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://reliefweb.int/report/swaziland/hiv-stigma-still-barrier>

⁶¹ CORNO, Lucia – WALQUE, Damien. *Socioeconomic determinants of stigmatization and HIV testing in Lesotho*. [online] 25.06.2013 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4003582/>

Graf 5 – Stigmatizácia HIV, Lesotho, 2009



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa: CORNO, Lucia – WALQUE, Damien. *Socioeconomic determinants of stigmatization and HIV testing in Lesotho*. [online] 25.06.2013 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4003582/>

Diskriminácia a stigmatizácia zostáva kameňom úrazu aj pre mužov, ktorí majú pohlavný styk s inými mužmi, nakoľko práve predsudky voči homosexuálom im bránia v prístupe k zdravotníckym službám pre liečenie HIV. Príkladom za všetky je opäť Nigéria, kde sa po vydaní zákona o zákaze manželstva rovnakého pohlavia v roku 2014 väčšina homosexuálov obáva vyhľadať zdravotnú starostlivosť.⁶² Vo viacerých krajinách je homosexualita klasifikovaná ako nelegálna⁶³ a napríklad v Mauritánii a severnej časti Nigérie sa dokonca trestá smrťou.⁶⁴ Nakoľko homosexuáli predstavujú jednu z primárnych skupín obyvateľstva, medzi ktorou sa HIV šíri, je logické, že stigmatizácia a diskriminácia tejto skupiny obyvateľstva nepredstavuje tú najlepšiu cestu, akou možno situáciu ohľadom vysokej HIV prevalencie v krajinách zlepšiť. Inú, veľmi závažne postihnutú skupinu obyvateľstva, tvoria ženy a dievčatá živiace sa prostitúciou. Nakoľko aj táto činnosť je vo väčšine krajín subsaharského regiónu ilegálna⁶⁵, aj pri pracovníčkach vykonávajúcich

⁶² UNAIDS. *Ending AIDS : Progress Towards the 90-90-90 Targets*. [online] 2017 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf

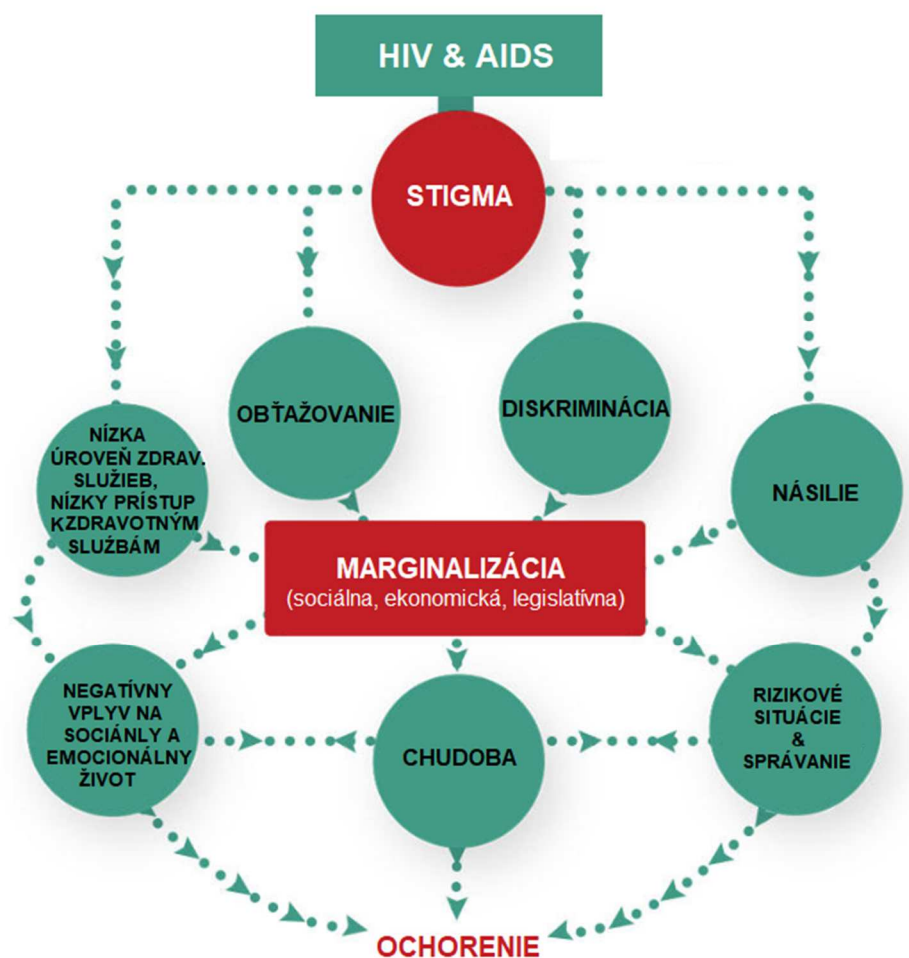
⁶³ Medzi takéto krajiny patrí napríklad Kamerun, Ghana, Guinea, Gambia, Sierra Leone, Senegal a Togo.

⁶⁴ AMNESTY INTERNATIONAL UK. *Mapping anti-gay laws in Africa*. [online] 31.05.2018 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://www.amnesty.org.uk/lgbti-lgbt-gay-human-rights-law-africa-uganda-kenya-nigeria-cameroon>

⁶⁵ INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES. *Map of Sex Work Law*. [online] [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw>

najstaršie remeslo sa prejavujú následky stigmatizácie podobne ako pri homosexuáloch. Okrem toho, v mnohých krajinách existujú zákony vo všeobecnosti kriminalizujúce HIV pozitívnych ľudí.⁶⁶ Práve stigmatizácia je jeden z hlavných faktorov vedúcich k diskriminácii HIV pozitívnych jedincov, čo štátu do značnej miery znemožňuje dôsledne a objektívne zmapovať situáciu ohľadom prevalencie HIV medzi svojimi obyvateľmi, vyhodnotiť jej reálnu závažnosť, zabezpečiť prístup k liečbe a riešiť problém. Obrázok 4 zachytáva schému, na základe ktorej možno pochopiť súvislosť medzi ochorením HIV, vyradením jednotlivca na okraj spoločnosti a následným prehĺbovaním chudoby.

Obr. 4 – Schéma vplyvu stigmatizácie HIV na ekonomický status a chudobu



Zdroj: AVERT.ORG. *HIV Stigma and Discrimination*. [online] 09.04.2018 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/stigma-discrimination>

⁶⁶ ARASA. *HIV, TB and Human Rights in Southern and East Africa : Report 2016*. [online] 2016 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.arasa.info/files/3314/8119/1044/ARASA_2016_Human_Rights_report.pdf

Jedným z ďalších závažných dôvodov vysokej prevalencie HIV v týchto krajinách je *veľmi nízky prístup k zdravotnej starostlivosti*, ktorý sa v priemere pohybuje na úrovni 30 %. Nakazení v mnohých prípadoch nemajú peniaze ani na cestu do zdravotníckeho strediska, nieto ešte na zaplatenie vyšetrení a liečby. Nie každá krajina totiž poskytuje liečbu HIV zadarmo, ako tomu je napríklad v prípade Botswany. HIV pozitívni pacienti radšej ponechajú finančné prostriedky v rodinnom rozpočte a podporia tak z krátkodobého hľadiska svoju rodinu. Veľkým problémom sú predovšetkým rodiny pozostávajúce zo sirôt, kde najstarší súrodenec (často ešte dieťa), preberá zodpovednosť za ostatných členov domácnosti. Mnohé z týchto detí samé trpia infekciou HIV/AIDS, buď v dôsledku prechodu infekcie z matky na dieťa alebo sa nakazili iným spôsobom. Len vo Svazijsku je na následky HIV osirelých približne 12 000 detí do 17 rokov.⁶⁷

Dôvody vysokej prevalencie HIV sú skryté aj v *kultúrnych zvyklostiach* a *individuálnom správaní jednotlivcov*, a to napriek tomu, že tento faktor bol odbornou verejnosťou dlhé obdobie spochybňovaný, nakoľko v mnohých štúdiách chýbali empirické dôkazy o jeho relevancii. Vo svetle nových dôkazov má však svoje opodstatnenie kultúra a rôzne domorodé, či náboženské tradície znova zahrnúť do skupiny faktorov ovplyvňujúcich HIV prevalenciu, no je potrebné ich vnímať predovšetkým z hľadiska rozdielov medzi individuálnymi a populačnými rizikami. Individuálne riziko sa vzťahuje na riziko prenosu ochorenia z jednotlivca na jednotlivca v rámci skupín a podskupín obyvateľstva. Toto riziko nákazy nesúvisí vždy priamo s rizikom populačným – to sa na rozdiel od individuálneho rizika odvíja od rizikovosti nákazy v dôsledku vplyvu kultúrnych faktorov na celú populáciu. Preto správanie, ktoré robí zraniteľným voči HIV jednotlivca, sa nie vždy automaticky premietne do štatistiky za populáciu ako celok. Za prvky kultúry, ktoré predstavujú potenciálne riziko šírenia HIV buď na individuálne alebo populačnej úrovni v krajinách subsaharskej Afriky možno označiť tradičné rituály zahŕňajúce krv a iné telesné tekutiny, ženské a mužské obriezky, uzatváranie skorých manželstiev, skorý začiatok pohlavného života, rodovú nerovnosť, rôzne sexuálne a očistné rituály a náboženstvo.

Za najzávažnejšiu kultúrnu príčinu, ktorá vytvára úrodnú pôdu pre šírenie HIV vírusu naprieč celou subsaharskou Afrikou, možno označiť *rodovú nerovnosť*. Miera HIV u žien

⁶⁷ UNAIDS. *National factsheets, 2017* [online] 2017 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

v tejto časti sveta výrazne prevyšuje mieru jej výskytu u mužov, a teda vzťahy medzi pohlaviami tu zohrávajú mimoriadne dôležitú úlohu pri šírení epidémie HIV. Submisívne postavenie žien v spoločnosti môže totiž veľmi výrazne ovplyvniť šance na infikovanie – ak sa ženy ocitnú v podriadenom postavení voči svojim mužským sexuálnym partnerom, nemusia byť schopné odmietnuť nebezpečné sexuálne praktiky, trvať na použití prezervatívov, odolávať znásilňovaniu a kontrolovať vernosť svojich partnerov, najmä ak musia konať pod hrozbou násillia.⁶⁸ Ženy v subsaharskej Afrike majú tiež vo väčšine prípadov za svojich sexuálnych partnerov starších mužov, u ktorých bola identifikovaná vyššia prevalencia HIV.⁶⁹ Skupina vedcov v roku 2009 prišla na základe testovania k záveru, že s rastom rodovej rovnosti prevalencia HIV klesá a zvýšenie rodovej rovnosti v krajine môže mať pozitívny vplyv na zastavenie šírenia HIV v populácii.⁷⁰ Koreláciu medzi rodovými vzťahmi a HIV priamo podporujú aj etnografické dôkazy v relatívne egalitárskych⁷¹ spoločnostiach. Napríklad v Botswane a Namíbii bola v roku 2011 na celoštátnej úrovni HIV prevalencia obyvateľstva od 15 do 49 rokov odhadovaná na 38 % a 22,5 %. Napriek tomu, egalitársky kmeň Ju/’hoansi žijúci v oboch týchto štátoch vykazoval radikálne nižšiu prevalenciu HIV/AIDS na úrovni približne 3,3 %. Dôvod nízkej HIV prevalencie je pripisovaný predovšetkým vysokej autonómii žien, ktoré sú v tomto kmene oprávnené napríklad rozviesť sa s manželmi, vetovať manželove návrhy, dokonca sa môžu zúčastňovať na kmeňových radách a rozhodovaní.⁷² Dodnes si tieto ženy zachovávajú významnú autoritu a sebaurčenie, najmä pokiaľ ide o ich sexuálny život – sú napríklad oprávnené trvať na použití prezervatívu alebo odmietnuť pohlavný styk.⁷³ Vzťahy medzi mužmi a ženami v rámci tohto kmeňa preto môžu s vysokou pravdepodobnosťou vysvetľovať nízku prevalenciu HIV a môžu byť odrazovým mostíkom pre znižovanie nákazy naprieč celou subsaharskou Afrikou.

⁶⁸ JENKINS, Carol et. al. HIV/AIDS and Culture: Implications for Policy. [online]. In: *Culture and Public Action*. Stanford, CA : Stanford University Press, 2004, p. 260–280. [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <http://documents.worldbank.org/curated/en/243991468762305188/pdf/298160018047141re0and0Public0Action.pdf>

⁶⁹ UNAIDS. *Global Report : UNAIDS Report On The Global Aids Epidemic*, 2010. [online] 2010 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf

⁷⁰ NIËNS, Laurens – LOWERY, David. Gendered Epidemiology: Sexual Equality and the Prevalence of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. [online]. In: *Social Science Quarterly*. 2009, vol. 90, no. 5, p. 1134-1144 . [cit. 2019-03-28]. ISSN 1540-6237. Dostupné na: https://www.jstor.org/stable/42940624?seq=1#page_scan_tab_contents

⁷¹ Egalitársky znamená hlásajúci rovnosť.

⁷² Vážený vplyv im priniesla predovšetkým úloha zberačiek – ženy v tomto kmene zabezpečujú až 70% potravín pre celú komunitu.

⁷³ SOVRAN, Steven. *Understanding culture and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. [online] 2013 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914501/>

Tradičné chirurgické praktiky, ako skarifikácia, obriezka alebo tetovanie genitálií, sú identifikované ako ďalšie potenciálne zdroje infekcie HIV, najmä ak sa vykonávajú na skupinách a za opakovaného použitia nesterilizovaných nástrojov.⁷⁴ Tradiční liečitelia môžu byť dokonca sami infikovaní HIV, čím predstavujú ďalší potenciálny zdroj nákazy, najmä ak na svojom tele majú otvorené rany. Tradičné chirurgické praktiky však zaradujeme len do skupiny individuálnych rizík, ktoré vo všeobecnosti nepredstavujú riziko populačné, nakoľko bolo zistené, že štatisticky len malý počet ľudí podstupuje zákroky skupinovo, medzi krokmi je vo väčšine prípadov pomerne dlhý časový odstup⁷⁵ a štúdia zo Zambie a Tanzánie⁷⁶ dokázala, že žiletky v týchto krajinách sú cenovo dostupné a väčšina obyvateľstva si pri návšteve tradičných liečiteľov prinesie vlastné chirurgické nástroje. Pri ženskej a mužskej obriezke dokonca viaceré štúdie odhalili, že obrezaní obyvatelia vykazujú paradoxne nižší sklon k nákaze HIV ako obyvatelia, ktorí obriezku nepodstúpili.⁷⁷ Pozorovania naznačili, že mužská obriezka môže do určitej miery pôsobiť aj ako ochrana voči nákaze.⁷⁸ Na úrovni populácie preto obriezku nemožno aplikovať na vysvetlenie vyššej miery HIV v subsaharskej Afrike ako celku.

Zo skupiny *sexuálnych noriem* boli zo šírenia HIV upodozrievané predovšetkým sklony k promiskuite a polygamii. Afričania sú totiž v porovnaní s inými časťami sveta viac kultúrne tolerantní a liberálni v otázke sexuálnej zhovievavosti, pohlavnému styku s viacerými partnermi a prostitúcii – inými slovami, nevidia svoje sexuálne správanie ako morálny problém a uznávajú výrazne odlišné vzorce sexuálneho správania.⁷⁹ Napriek tomu,

⁷⁴ Môžeme sa s nimi stretnúť napríklad vo vidieckej oblastiach Nigérie, kde tradičný lekár známy ako *olólà* vykonával mužskú obriezku, tetovanie a skarifikáciu tváre po jednoducho opláchnutí noža vo vode.

⁷⁵ AJUWON, J. Ademola et. al. Indigenous surgical practices in rural Southwestern Nigeria: Implications for disease prevention. [online]. In: *Health Education Research*. 1995, vol. 10, no. 3, p. 379-384 [cit. 2019-03-28]. ISSN 0268-1153. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/31108931_Indigenous_surgical_practices_in_rural_Southwestern_Nigeria_Implications_for_disease_prevention

⁷⁶ GAUSSET, Quentin. *AIDS and cultural practices in Africa: the case of the Tonga (Zambia)*. [online]. In: *Social Science & Medicine*. 2001, vol. 52, no. 4, p. 509-518 [cit. 2019-03-28]. ISSN 0277-9536. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795360001568?via%3Dihub>

⁷⁷ BREWER, Devon et. al. Male and Female Circumcision Associated With Prevalent HIV Infection in Virgins and Adolescents in Kenya, Lesotho, and Tanzania. [online]. In: *Annals of Epidemiology*. 2007, vol. 17, no. 3, p. 217-226 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1047-2797. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/6485030_Male_and_Female_Circumcision_Associated_With_Prevalent_HIV_Infection_in_Virgins_and_Adolescents_in_Kenya_Lesotho_and_Tanzania

⁷⁸ SIEGFRIED, Nandi et. al. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men (Cochrane Review). [online]. In: *Cochrane database of systematic reviews*. 2009, vol. 39, no. 2. [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/24281586_Male_circumcision_for_prevention_of_heterosexual_acquisition_of_HIV_in_men_Cochrane_Review

⁷⁹ CALDWELL, C. John - CALDWELL, Pat – QUIGGIN, Pat. The Social Context of AIDS in Sub-Saharan Africa. [online]. In: *Population and Development Review*. 1989, vol. 15, no. 2, p. 185-234. [cit. 2019-03-28].

aj tieto faktory radíme iba do skupiny individuálnych rizík, nakoľko štúdie preukázali, že Afričania vykazujú podobný, ak nie nižší počet celoživotných partnerov ako heterosexuáli v mnohých západných krajinách. Dokonca ani polygamia sama o sebe nie je nebezpečnejšia ako monogamný spôsob života, ak sú si všetci jej členovia navzájom verní.⁸⁰ Tieto sexuálne normy preto taktiež zaradíme iba do skupiny individuálnych rizík

Skoré sobáše a skorý začiatok sexuálneho života boli definované ako ďalší potenciálny zdroj šírenia nákazy. Mladí ľudia sú už od veľmi skorého veku vystavení možnému kontaktu s patogénmi a mladé ženy môžu taktiež s menšou pravdepodobnosťou trvať na bezpečných sexuálnych praktikách, najmä pri styku so staršími mužmi. Ženy, ktoré začnú viesť aktívny pohlavný život vo veľmi skorom veku, sú vystavené až 54,6 % pravdepodobnosti nákazy HIV, zatiaľ čo ženy, ktoré začali pohlavne žiť v neskoršom veku, majú túto pravdepodobnosť o 16 % nižšiu.⁸¹ Dokonca ani v manželstve nie sú mladé ženy a dievčatá uchránené od nákazy HIV - v Keni a Zambii majú vydaté, dospievajúce dievčatá vyššie percento prevalencie HIV ako slobodné, sexuálne aktívne dievčatá v rovnakej vekovej kategórii.⁸² Tento jav možno vysvetliť zníženým používaním prezervatívov, zvýšenou frekvenciou sexuálneho kontaktu a neschopnosťou ženy odmietnuť manželský sex. Ani tento kultúrny prvok však nereprezentuje populačné riziko a radí sa do kategórie individuálnych rizík.⁸³

Niektorí autori označujú za potenciálny zdroj nákazy aj *rituál dedenia vdovy a s ním spojené očistné rituály*. V rámci očistných rituálov sa pohlavný styk s vdovou s jej novým manželom alebo najatým profesionálnym čističom praktizuje za účelom odohnania ducha zosnulého a nešťastia. Vdovy sú takýmto rituálom prijaté späť do komunity.⁸⁴ Takýmto

ISSN 0277-9536. Dostupné na: https://www.jstor.org/stable/1973703?origin=JSTOR-pdf&seq=1#page_scan_tab_contents

⁸⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sexual behaviour in context: a global perspective*. [online] 2006 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_2.pdf

⁸¹ GHEBREMICHAEL, Musie – LARSEN, Ulla – PAINTSIL, Elijah. *Association of Age at First Sex with HIV-1, HSV-2 and other Sexual Transmitted Infections among Women in Northern Tanzania*. [online] 2009 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529537/pdf/nihms-427215.pdf>

⁸² SHELLEY, Clark. Early Marriage and HIV Risks in Sub-Saharan Africa. [online]. In: *Studies in Family Planning*. 2004, vol. 35, no. 3, p. 149-160 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1728-4465. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/8206317_Early_marriage_and_HIV_risks_in_Sub-Saharan_Africa

⁸³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sexual behaviour in context: a global perspective*. [online] 2006 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_2.pdf

⁸⁴ AYIKUKWEI, Rose et. al. Social and Cultural Significance of the Sexual Cleansing Ritual and its Impact on HIV Prevention Strategies in Western Kenya. [online]. In: *Sexuality & Culture*. 2007, vol. 11, no. 3, p. 32-50 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1936-4822. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/225445998_Social_and_Cultural_Significance_of_the_Sexual_Cleansing_Ritual_and_its_Impact_on_HIV_Prevention_Strategies_in_Western_Kenya

spôsobom dochádza k rozširovaniu sexuálnych sietí v rámci komunity a teoreticky sa tak zvyšuje riziko prenosu nákazy HIV. V dôsledku absencie kľúčových údajov však žiadne štúdie nedokázali priamo ohodnotiť vplyv dedenia vdovy na pravdepodobnosť HIV pozitivity, preto možno tento predpoklad označiť za nepodložený a špekulatívny. V rámci očistných rituálov možno taktiež spomenúť veľmi nebezpečný *panenský očistný mýtus*, na základe ktorého v niektorých častiach Afriky mnohí veria, že pohlavný styk s pannou dokáže vyliečiť HIV/AIDS a iné, sexuálne prenosné choroby. Niektorí z odborníkov dokonca označili tento mýtus za najpravdepodobnejšiu príčinu vysokej HIV prevalence u detí a mládeže v JAR.⁸⁵

Subsaharská Afrika zahŕňa bohatú rozmanitosť *náboženských tradícií*. Vedecká spoločnosť preto začala uvažovať nad tým, do akej miery sa náboženstvo ako prvok kultúry dokáže pričiniť na šírení HIV epidémie – na jednej strane by sa identifikácia jednotlivca s náboženstvom, ktoré podporuje pohlavnú zdržanlivosť a monogamiu, mohla podpísať na znížení HIV prevalence. Na druhej strane, ak náboženstvo zakazuje antikoncepcné prostriedky a odmieta vzdelávanie mladých ľudí o bezpečnom sexe, môže sa pričiniť práve na rozširovaní ochorenia. Dôkazy však naznačujú, že náboženstvo má len malý vplyv na šírenie HIV a nemôže zodpovedať za vysokú prevalenciu HIV v subsaharskej Afrike.⁸⁶

Nie všetky kultúrne prvky, ktoré podporujú prenos HIV na úrovni jednotlivcov, sú natoľko závažné, aby ovplyvnili šírenie nákazy na celospoločenskej úrovni. Nie všetky príčiny, pre ktoré sa jednotlivec nakazí vírusom HIV, možno použiť na vysvetlenie vysokej HIV prevalence v subsaharskej Afrike. Za najrelevantnejší kultúrny faktor, ktorý vplýva na šírenie nákazy HIV v tomto regióne, možno označiť rodovú nerovnosť. Parciálnymi potenciálnymi zdrojmi môžu byť rôzne tradičné rituály, sexuálne štandardy a normy, skoré uzatváranie manželstva a skorý začiatok sexuálne aktívneho života. Prevažná väčšina dôkazov však svedčí o tom, že kultúra ako determinant africkej epidémie HIV/AIDS, klesá.

⁸⁵ LECLERC-MADLALA, Suzanne. On The Virgin Cleansing Myth: Gendered Bodies, AIDS and Ethnomedicine. [online]. In: *African Journal of AIDS Research*. 2002, vol. 1, no. 2, p. 87-95 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: http://scnc.ukzn.ac.za/doc/Health/Aids/LeclercMadlala-S_Virgin_cleansing_myth_HIV-AIDS_ethnomedicine.pdf

⁸⁶ AGHA, Sohail – HUTCHINSON, Paul – KUSANTHAN – Thankian. The effects of religious affiliation on sexual initiation and condom use in Zambia. In: *Journal of Adolescent Health*. 2006, vol. 38, no. 5, p. 550-555 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1879-1972. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X0500279X>

3.5 Vplyv stigmatizácie a kultúry na hospodárstvo Nigérie

Stigmatizácia a diskriminácia HIV v kombinácii s kultúrnymi tradíciami sa v najširšej miere podpisujú na vysokej HIV prevalencii subsaharských štátov s vyšším HDP. Reprezentatívny príklad ekonomického dopadu stigmatizácie, diskriminácie a kultúry na HIV pozitívne obyvateľstvo predstavuje Nigéria, kde je podľa posledných dostupných štatistík počet HIV nakazených na úrovni približne 2,8 % obyvateľov. Hoci prevalencia HIV u dospelých (15-49) je v tejto krajine omnoho nižšia v porovnaní s inými štátmi subsaharskej Afriky, vďaka veľkosti populácie tu žilo v roku 2017 v prepočte 3,1 milióna HIV pozitívnych ľudí. Nigéria má z tohto dôvodu druhý najvyšší počet HIV pozitívnych pacientov na svete a jednu z najvyšších mier novonakazených v subsaharskej Afrike. V roku 2017 bolo vírusom HIV infikovaných približne 210 000 ľudí. Z celkového počtu 3,1 milióna nakazených si je iba 38 % z nich vedomých svojho HIV statusu a z tohto počtu sa na HIV lieči približne 87 % z nich. V prepočte teda iba 33 % nakazených Nigérijčanov podstupuje ART liečbu, pričom nie je známe, pri koľkých pacientoch prišlo vďaka liečbe k potlačeniu HIV. Na následky ochorenia HIV/AIDS zomrelo v roku 2017 asi 150 000 ľudí.⁸⁷

3.5.1 Najviac postihnuté skupiny nigérijského obyvateľstva

Odhaduje sa, že približne 2/3 nových HIV infekcií v západnej a strednej Afrike sa v roku 2017 vyskytli v Nigérii. Spolu s Južnou Afrikou a Ugandou pripadá na túto krajinu každý rok približne polovica všetkých nových infekcií HIV v subsaharskej Afrike.⁸⁸ Epidémia v Nigérii má zmiešaný charakter, čo znamená, že zatiaľ čo HIV prevalencia je vo všeobecnosti v rámci populácie vysoká, niektoré skupiny obyvateľstva predsa len vykazujú oveľa väčšiu prevalenciu HIV. Za najohrozenejšie skupiny možno označiť homosexuálov, pracovníkov poskytujúcich sexuálne služby, drogovu závislých, mládež a ženy. Homosexuáli, prostitútky a narkomani tvoria síce iba 3,4 % populácie Nigérie, no štatisticky sú zodpovední za približne 32 % nových infekcií HIV.⁸⁹

⁸⁷ UNAIDS. *National factsheets, Nigeria, 2017* [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

⁸⁸ UNAIDS. *Data 2017*. [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf

⁸⁹ FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA. *National HIV and AIDS Strategic Framework 2017-2021*. [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-11/NATIONAL-HIV-AND-AIDS-STRATEGIC-FRAMEWORK.pdf>

Homosexuáli tvoria jedinú skupinu obyvateľstva, kde prevalencia HIV stále rastie. V roku 2017 bola prevalencia v tejto skupine na úrovni 23 %, čo je výrazne viac v porovnaní so skupinou s druhou najvyššou HIV prevalenciou – pracovníkmi poskytujúcimi sexuálne služby, kde sa prevalencia HIV pohybovala na úrovni 14,4 %.⁹⁰ Zo všetkých novovzniknutých infekcií HIV v krajine sa 10 % vyskytuje u mužov - homosexuálov. V roku 2014 zvýšila nigérijská vláda trest za homosexualitu na 14 rokov väzenia. Okrem toho, každý, kto je usvedčený z pomáhania a krytia homosexuálnych párov, môže čeliť až 10 a viac ročnému trestu odňatia slobody.⁹¹ Ustanovenie takýchto zákonov sťažilo organizáciám prácu s LGBT komunitami a zatlačilo homosexuálov do úzadia, čím sa stali zraniteľnejšími voči HIV.⁹² Hoci Národná agentúra pre kontrolu AIDS vyhlásila, že zákon nebude nikomu v Nigérii odopierať prístup k liečbe, štúdie ukázali, že odkedy zákon vstúpil do platnosti, veľa homosexuálov sa bojí vyhľadať zdravotnú starostlivosť.⁹³

Pracovníci poskytujúci sexuálne služby predstavujú v Nigérii druhú skupinu, v rámci ktorej sa HIV veľmi rýchlo šíri. V roku 2016 sa HIV prevalencia v tejto skupine odhadovala na 14,4 %. HIV prevalencia u žien je tu v porovnaní s mužmi vyššia (24,5 % v porovnaní s 18,6%).⁹⁴ Prostitúcia je v Nigérii podľa zákona ilegálna – tí, ktorí si privyrábajú alebo zarábajú na živobytie prostitúciou, môžu čeliť trestu odňatia slobody vo výške 2 rokov. Žiadny zákon síce lekárom nezakazuje liečiť ľudí živiacich sa prostitúciou, no nigérijské trestné právo do značnej miery znemožňuje zdravotníckemu personálu vôbec sa dozvedieť, že pacient trpí HIV, nakoľko infikovaní pracovníci odmietajú danú skutočnosť lekárovi čo i len oznámiť.⁹⁵ Prístup k zdravotnej starostlivosti je tak opäť zásluhou stigmatizácie, diskriminácie a legislatívy veľmi obmedzený.

⁹⁰ UNAIDS. *National factsheets, Nigeria, 2017*. [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

⁹¹ NATIONAL AGENCY FOR THE CONTROL OF AIDS. *Global Aids Response : Country Progress Report*. [online] 2015 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/NGA_narrative_report_2015.pdf

⁹² UNAIDS. *HIV, The Law And Human Rights In The African Human Rights System : Key Challenges And Opportunities For Rights-Based Responses*. [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV_Law_AfricanHumanRightsSystem_en.pdf

⁹³ SCHWARTZ, Sheree et. al. The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: analysis of prospective data from the TRUST cohort. [online]. In: *The Lancet HIV*. 2000, vol. 2, no. 7, p. 299-306 [cit. 2019-03-25]. ISSN 2352-3018. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352301815000788>

⁹⁴ NATIONAL AGENCY FOR THE CONTROL OF AIDS. *Global Aids Response : Country Progress Report*. [online] 2015 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/NGA_narrative_report_2015.pdf

⁹⁵ NSWP. *Economic Empowerment Programmes for Sex Workers*. [online] [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/SUSO%20Report%20Africa.%20final%20EN.pdf>

HIV prevalencia medzi *narkomanmi, ktorí užívajú drogy intravenózne*, bola v roku 2017 na úrovni 3,4 %. V rámci tejto skupiny sú postihnuté predovšetkým ženy s HIV prevalenciou 13,9 %. U mužov dosahovala prevalencia 2,6%.⁹⁶ Vysoký výskyt HIV u drogovovo závislých žien je spätý predovšetkým so skutočnosťou, že drogy idú často ruka v ruke s prostitúciou – tú vykonávajú najmä ženy. Prostitútky užívajúce drogy injekčne čelia alarmujúcej prevalencii na úrovni 43 %. Zároveň sa odhaduje, že asi 9 % nových infekcií HIV je v Nigérii každoročne spojených s intravenóznym užívaním drog.⁹⁷

V roku 2016 žilo v Nigérii 240 000 HIV pozitívnych *adolescentov* (od 10 do 19 rokov), čo predstavuje 7 % podiel z celkového počtu HIV nakazených.⁹⁸ Zdravotný stav adolescentov žijúcich s HIV je na veľmi nízkej úrovni, čo sa v konečnom dôsledku odráža na úmrtnosti detí vo veku od 10 do 14 rokov - Nigéria je jedinou krajinou na svete, kde úmrtnosť tejto skupiny obyvateľstva stúpa.⁹⁹ Vyššiu prevalenciu HIV vykazujú opäť ženy, resp. dievčatá. Náchylnosť na HIV medzi mládežou zapríčiňuje najmä nedostatok vedomostí, skorý začiatok sexuálne aktívneho života a pohlavný styk spätý so starším partnerom. Prieskumy z roku 2017 ukázali, že iba 29 % žien a 27,9 % mužov vo veku od 15 do 24 rokov by vedeli správne identifikovať spôsoby prevencie prenosu HIV pohlavným stykom a len rovnako nízke percento respondentov by vedelo vyvrátiť mýty spojené s prenosom tohto ochorenia.¹⁰⁰ Mnohí ľudia napríklad veria, že HIV sa prenáša dotykom, je spôsobené čarodejnictvom alebo postihuje iba homosexuálov. Skorý začiatok aktívneho pohlavného života je v Nigérii bežný – asi 15 % dievčat a 4 % chlapcov malo prvý pohlavný styk pred dovŕšením 15 roku života. Sex s výrazne starším partnerom je v Nigérii ďalším bežným javom – až 41,2 % žien vo veku od 15 do 24 rokov má sexuálneho partnera staršieho ako 10 rokov.¹⁰¹ Keďže HIV sa často prenáša zo starších mužov na mladé ženy, zvyšuje sa pri adolescentoch aj riziko nákazy.

⁹⁶ UNAIDS. *National factsheets, Nigeria, 2017* [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

⁹⁷ NATIONAL AGENCY FOR THE CONTROL OF AIDS. *Global Aids Response : Country Progress Report*. [online] 2015 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/NGA_narrative_report_2015.pdf

⁹⁸ UNICEF. *The AIDS Epidemic Continues To Take A Staggering Toll, But Progress Is Possible*. [online] 2018 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://data.unicef.org/topic/hivaids/global-regional-trends/>

⁹⁹ SLOGROVE, L. Amy et. al. *The Epidemiology Of Adolescents Living With Perinatally Acquired HIV: A Cross-Region Global Cohort Analysis*. [online] 01.03.2018 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002514#references>

¹⁰⁰ UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey 2016-17, Survey Findings Report*. [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: https://www.unicef.org/nigeria/NG_publications_mics_201617.pdf

¹⁰¹ UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey 2016-17, Survey Findings Report*. [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: https://www.unicef.org/nigeria/NG_publications_mics_201617.pdf

Nigéria je ako najľudnatejší africký štát právom označovaný za afrického giganta, v ktorom vládne patriarchát vplývajúci na všetky sféry spoločenského života. Dominantnými náboženstvami v tejto krajine sú kresťanstvo a islam, ktoré zo svojej podstaty vyhlasujú nadradenosť mužov nad ženami. **Ženy** tak predstavujú jednu z najohrozenejších skupín z hľadiska nakazenia v Nigérii a v subsaharskej Afrike všeobecne. Odhaduje sa, že HIV pozitívne ženy tvoria v Nigérii 58 % obyvateľstva.¹⁰² Dôvody, kvôli ktorým je ženská časť populácie v oveľa väčšej miere postihnutá nákazou HIV/AIDS, sú hlboko zakorenené v rodovej nerovnosti a kultúre nigérijskej spoločnosti. Nigériu možno zaradiť medzi krajiny s najhoršou rodovou nerovnosťou na svete, čo v praxi znamená, že ženy často čelia prekážkam pri diktovaní výberu vlastného partnera, používaní antikoncepcie, rozhodovaní o počte detí, vlastnej zdravotnej starostlivosti a podobne. Rodová nerovnosť a nadradenosť mužov taktiež vytvára na ženy tlak, aby rodili chlapcov, čo vedie k vysokej miere pôrodnosti v priemere 5,5 detí na ženu.¹⁰³ Ženy, ktoré porodili dievčatá, sú odhodlané priviesť na svet viac detí, nepoužívajú antikoncepciu, majú krátke pauzy medzi tehotenstvami a sú vystavené polygamii. Dokonca ani sobáš ženám automaticky nezaručuje ochranu pred HIV, ba práve naopak – nakoľko sú ženy vystavené sexuálnemu vykorisťovaniu zo strany svojich manželov, medzi manželmi je v mnohých prípadoch obrovský vekový rozdiel a vo viacerých rodinách sa uplatňuje polygamný spôsob života, je HIV prevalencia u vydatých žien takmer dvojnásobne vyššia ako u slobodných žien, a to na úrovni až 5,9 %.¹⁰⁴ Nigéria predstavuje taktiež spoločnosť, kde sa rozhovory o sexuálnych otázkach považujú za nemorálne a z tohto dôvodu sú zahalené veľkým tajomstvom. Tieto tajnosti vytvárané okolo otázok sexuality, spolu s náboženskými a kultúrnymi stereotypmi, ktoré sa opierajú o predpoklad ženskej podriadenosti, sú vo veľkej miere zodpovedné za najväčšiu príčinu zraniteľnosti žien voči HIV.¹⁰⁵

¹⁰² NATIONAL AGENCY FOR THE CONTROL OF AIDS. *Fact Sheet: HIV Prevention Program*. [online] 2016 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <https://naca.gov.ng/fact-sheet-hiv-prevention-program/>

¹⁰³ NATIONAL POPULATION COMMISSION. *The 2013 Nigeria Demographic and Health Survey*. [online] 2013 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: [https://nigeriahealthwatch.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/431_2012_National_HIV_&_AIDS_and_Reproductive_Health_Survey_\(NARHS_Plus_II,_2012\),_FMOH_Abuja_1172.pdf](https://nigeriahealthwatch.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/431_2012_National_HIV_&_AIDS_and_Reproductive_Health_Survey_(NARHS_Plus_II,_2012),_FMOH_Abuja_1172.pdf)

¹⁰⁴ FAGBAMIGBE, F. Adeniyi – ADEBAYO, F. Samson - IDEMUDIA, Erhabor. Marital status and HIV prevalence among women in Nigeria: Ingredients for evidence-based programming. [online]. In: *International Journal of Infectious Diseases*. 2000, vol. 48, p. 57-63 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1201-9712. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971216310451>

¹⁰⁵ ABDULLAHI, Z. Yahya – ABDULLAHI, Hussainatu. Economic Impact of HIV/AIDS and Stigmatization on Women in Nigeria: Challenges for the Actualization of the Millennium Development Goals (MDGS). [online]. In: *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*. Rome : MCSER-CEMAS-Sapienza University of Rome, 2013, vol. 2, no. 1, p. 205-214 [cit. 2019-03-28]. ISSN 2281-3993. Dostupné na: <http://www.mcser.org/journal/index.php/ajis/article/viewFile/78/75>

3.5.2 HIV/AIDS a Národná stratégia hospodárskeho rozvoja

Kľúčovú úlohu v šírení nákazy HIV/AIDS zohrala aj hospodárska situácia krajiny. Nakoľko je Nigéria krajinou bohatou na ľudské aj prírodné zdroje, mohlo by sa zdať, že krajina by nemala vykazovať žiadne závažné známky problémov s chudobou. V dôsledku zlého hospodárenia s národnými zdrojmi sa však pre Nigériu stal príznačný boj práve s chudobou a depriváciou¹⁰⁶, kde približne 70 % obyvateľstva žije z menej ako 1 dolára na deň a pracovný trh vykazuje masovú nezamestnanosť mladých ľudí. Tento stav vytvára v spoločnosti závažné ekonomické tlaky, ktoré mnohých obyvateľov tlačia do nebezpečného a neistého životného štýlu komerčných sexuálnych pracovníkov, ktorý sa v konečnom dôsledku skončí smrťou na AIDS. Ak teda štát zlyháva v otázke zabezpečenia základných životných potrieb pre svojich obyvateľov, nemožno očakávať ani významnejšiu zmenu k lepšiemu v oblasti šírenia HIV/AIDS nákazy.¹⁰⁷

Nigéria sa už niekoľko rokov snaží o naštartovanie svojho hospodárskeho rozvoja, a to predovšetkým prostredníctvom diverzifikácie produktívnej základne jej hospodárstva, t. j. začať orientovať svoje hospodárstvo aj na oblasti mimo ťažby ropy. Naštartovanie hospodárskeho rozvoja však treba odvíjať predovšetkým od zlepšenia životnej úrovne obyvateľstva, odstraňovania hladu, chorôb, neinformovanosti a zabezpečenia zamestnania pre dostupnú pracovnú silu. V nadväznosti na tento cieľ sa vláda rozhodla pre spustenie niekoľkých ad hoc stabilizačných a reformných opatrení. Jedným z takýchto reformných programov je aj *Národná stratégia hospodárskeho rozvoja (National Economic Empowerment and Development Strategy - NEEDS)*, ktorá sa odvíja od rozvojových miléniových cieľoch OSN.¹⁰⁸ Ide o rozvojovú stratégiu zameranú na chudobných ľudí a najzraniteľnejšie skupiny, ktorým sú poskytované rôzne sociálno-zabezpečovacie siete. Zjednodušene možno túto stratégiu označiť za plán prosperity nigérijského hospodárstva.

¹⁰⁶ Deprivácia znamená strádanie, t. j. chronický nedostatok uspokojovania fyzických a psychických potrieb.

¹⁰⁷ ABDULLAHI, Z. Yahya – ABDULLAHI, Hussainatu. Economic Impact of HIV/AIDS and Stigmatization on Women in Nigeria: Challenges for the Actualization of the Millennium Development Goals (MDGS). [online]. In: *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*. Rome : MCSER-CEMAS-Sapienza University of Rome, 2013, vol. 2, no. 1, p. 205-214 [cit. 2019-03-28]. ISSN 2281-3993. Dostupné na: <http://www.mcser.org/journal/index.php/ajis/article/viewFile/78/75>

¹⁰⁸ INTERNATIONAL MONETARY FUND. *Nigeria: Poverty Reduction Strategy Paper— National Economic Empowerment and Development Strategy*. [online] 2005 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2016/12/31/Nigeria-Poverty-Reduction-Strategy-Paper-National-Economic-Empowerment-and-Development-18767>

Cieľom Národnej stratégie hospodárskeho rozvoja je predovšetkým:

1. *vybudovať veľkú africkú demokratickú krajinu*, ktorá je politicky zjednotená, integrovaná, stabilná, ekonomicky prosperujúca, sociálne organizovaná, s rovnakými príležitosťami pre všetkých, a to na subregionálnej, regionálnej aj globálnej úrovni,
2. *našartovať zmenu a vytvoriť podmienky pre podporu a rozvoj trhovo orientovaného hospodárstva*, ktoré je vedené súkromným sektorom, a v ktorom je životná úroveň obyvateľstva vyzdvihnutá aspoň na takú úroveň, aby si mohli dovoliť prinajmenšom uspokojiť svoje základné životné potreby,
3. *vytvoriť efektívne prostredie*, v ktorom budú podniky prosperovať a vláda bude poskytovať základné služby a vytvárať nové pracovné príležitosti, za účelom znižovania chudoby a zvyšovania produkcie bohatstva v spoločnosti.

Naplnenie tejto vízie je však vážne ohrozené epidémiou HIV/AIDS. Tým, že tento vírus napáda a zabíja ľudí v ich najproduktívnejšom veku, predstavuje pre nigérijský reformný program kľúčovú výzvu a boj s HIV sa tak stal jedným z kľúčových pilierov, o ktoré sa stratégia opiera. HIV/AIDS totiž predstavuje vážnu prekážku ľudského kapitálu, ktorá so sebou prináša odklon investícií a narušenie produktivity v nigérijskom hospodárstve. HIV/AIDS tak v Nigérii sťažuje verejnému sektoru dosiahnuť zníženie chudoby a spôsobuje vážnu prekážku pre zlepšenie životnej úrovne ľudí.

3.5.3 Vplyv HIV na sektory hospodárstva v Nigérii

Niet pochyb o tom, že ľudia všetkých vekových a príjmových skupín sú priamo alebo nepriamo senzibilní na ekonomický dopad HIV/AIDS. Rovnako sú postihnuté aj všetky sektory hospodárstva od výroby, verejnej správy až po sociálnu sféru. Chudobní a ženy, resp. dievčatá, sú však voči epidémii HIV/AIDS predsa len viac zraniteľnou skupinou. V nigérijských rodinách sa pri ochorení niektorého z členov rodiny zvyčajne pristúpi k rozhodnutiu odoprieť školskú dochádzku práve dievčatám - tie sa majú starať o chorých príbuzných, poprípade musia na seba prevziať iné povinnosti, ktoré treba v domácnosti vykonávať. Takýmto spôsobom sa končí cesta za vzdelaním mnohých dievčat, čím sa dostávajú do ohrozenia ich budúce vyhliadky na ekonomickú nezávislosť. Nízka úroveň ich vzdelania potom vážne brzdí všeobecný ekonomický rozvoj krajiny.

Hospodársky vplyv epidémie HIV/AIDS na *verejnú správu* taktiež nie je zanedbateľný, a to z dôvodu straty vysoko kvalifikovaných, veľmi cenných zamestnancov. Následne musí štát vynakladať väčšie výdavky na zdravotnú starostlivosť, dávky pre siroty a vdovy atď. Tým pádom dochádza v nigérijskom hospodárstve k zníženiu príjmov, nižšej návratnosti investícií a k neefektívnemu vynakladaniu finančných prostriedkov zo štátneho rozpočtu.

Strata kvalifikovaných zamestnancov vážne narúša kapacitu pracovného trhu a spôsobuje, že spoločnosti v *súkromnom sektore* musia vynakladať extra výdaje na nábor, tréningy a zaškoľovanie nových zamestnancov. Znižovaním kvalifikovanej pracovnej sily v dôsledku nákazy sa následne znižuje aj celková produktivita podnikov, čo sa podpisuje na spomalení rozvoja súkromného sektora, ktorý je kľúčovým prvkom rozvojových stratégií mnohých národov, vrátane Nigérie samotnej. Za ukázkový príklad vplyvu HIV/AIDS na podniky možno označiť spoločnosť *Ashaka Cement Company* – cementáreň pôsobiaca v Nigérii. Tá na začiatku štúdie zamestnávala 18 mužov a 5 žien, ktorí boli buď priamo nakazení HIV vírusom alebo touto infekciou trpel niektorý z členov ich domácnosti. Do konca štúdie zomreli na následky tohto ochorenia 9 muži a 2 ženy. Väčšina z nich bola viac ako 18 mesiacov hospitalizovaná v nemocnici alebo práceneschopná odpočívala doma, pričom stále od svojho zamestnávateľa poberali mzdu. Náklady spoločnosti zahŕňali stratené hodiny práce z dôvodu choroby zamestnancov a starostlivosti o chorých členov rodiny. Pracovníci v tejto továrni pochádzali z rôznych častí Nigérie, preto keď zamestnanec zomrel, bolo potrebné vynaložiť dodatočné náklady na prevoz mŕtveho a presídlenie rodinných príslušníkov späť do ich dedín. Okrem toho boli vynaložené veľké peňažné sumy na pokrytie zdravotných potrieb chorých zamestnancov a ich príbuzných, vrátane výdavkov na antiretrovírusové lieky. Na druhú stranu, napríklad spoločnosť *Shell Petroleum Development Company* – jedna z ropných spoločností pôsobiaca v Nigérii - má nastavenú veľmi účinnú politiku boja proti AIDS, ktorá v ich spoločnosti zakazuje diskrimináciu na základe HIV statusu a poskytuje podporu a poradenstvo pre HIV pozitívny personál.¹⁰⁹

¹⁰⁹ BOLLINGER, Lori - STOVER, John. *The Economic Impact of AIDS in Nigeria*. [online] 1999 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <http://www.policyproject.com/pubs/SEImpact/nigeria.pdf>

HIV/AIDS v oblasti *poľnohospodárskeho sektora* zapríčiňuje znižovanie investícií do zavlažovania, zúrodňovania pôdy a zlepšovania kapitálu. Keďže domácnosti sú v dôsledku epidémie HIV nútené prejsť na produkciu a konzumáciu plodín menej náročných na pracovnú silu, došlo v Nigérii k ešte väčšiemu zhoršeniu potravinovej krízy. Poľnohospodárstvom sa živí väčšina vidieckeho obyvateľstva. Vedecká štúdia z vidieka v oblasti Kano situovanom na severozápade Nigérie zistila, že miera prevalencie v tejto časti Nigérie bola v roku 1996 na úrovni 16 % v porovnaní s celoštátnym priemerom približne 4,5 %. Epidémia teda v oveľa väčšom rozsahu zasiahla práve vidiecku časť tvoriacu asi 65 % obyvateľstva Nigérie, a teda potenciálny vplyv HIV na poľnohospodárstvo možno pokladať za významný.¹¹⁰

Hospodárske dôsledky na *sociálny sektor* rovnako vyvolávajú mnohé obavy. Epidémia HIV/AIDS totiž vážne preťažuje sociálny systém, čo krajine bráni vo zvyšovaní úrovne zdravia a vzdelávania. Uvádza sa, že v niektorých krajinách spustošených epidémiou sa priemerná dĺžka života znížila o 20 rokov. Navyše, Nigéria je jednou z krajín, ktoré sú už aj tak nadmerne preťažené obrovskými rozvojovými výzvami a ďalšie zaťaženie sociálnej sféry jej hospodárstva jej nijakým spôsobom nedopomáha k naplneniu cieľov reformných stratégií.¹¹¹

Vychádzajúc z uvedeného možno zhrnúť, že ekonomické dôsledky stigmatizácie a diskriminácie HIV pozitívnych ľudí, z ktorých väčšina sú v subsaharskej Afrike vo všeobecnosti ženy, ovplyvňujú do väčšej či menšej miery hospodársky rozvoj každej krajiny bojujúcej s epidémiou tohto ochorenia. Podľa niektorých vyjadrení je stigmatizácia ochorenia dokonca smrteľnejšia ako samotný vírus, pretože nielenže zabíja, ale v konečnom dôsledku zachováva v jednotlivcoch istý osobitý druh emocionálnej traumy, ktorá má vážne dôsledky na ich sebaúctu, duševné zdravie a prístup k starostlivosti. Na príklade Nigérie možno zhrnúť, že stigmatizácia je bez najmenších pochyb jedným z kľúčových faktorov, ktoré urýchľujú šírenie epidémie HIV/AIDS naprieč celou subsaharskou Afrikou.

¹¹⁰ BOLLINGER, Lori - STOVER, John. *The Economic Impact of AIDS in Nigeria*. [online] 1999 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <http://www.policyproject.com/pubs/SEImpact/nigeria.pdf>

¹¹¹ ABDULLAHI, Z. Yahya – ABDULLAHI, Hussainatu. Economic Impact of HIV/AIDS and Stigmatization on Women in Nigeria: Challenges for the Actualization of the Millennium Development Goals (MDGS). [online]. In: *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*. Rome : MCSER-CEMAS-Sapienza University of Rome, 2013, vol. 2, no. 1, p. 205-214 [cit. 2019-03-28]. ISSN 2281-3993. Dostupné na: <http://www.mcser.org/journal/index.php/ajis/article/viewFile/78/75>

4 DISKUSIA

HIV/AIDS aj dnes nepochybné predstavuje významný spoločenský a ekonomický fenomén, s ktorým sa musia priamo vysporiadať mnohé krajiny sveta, pričom za najzraniteľnejší región v oblasti nákazy možno označiť práve štáty subsaharskej Afriky. Odhadom viac ako 2/3 ľudí infikovaných HIV/AIDS z celkového počtu nakazených žije práve v tomto regióne. Subsaharská Afrika ako taká predstavuje problematický a veľmi špecifický región sveta nie len z hľadiska alarmujúcej prevalencie HIV, ale aj z hľadiska chudoby, potravinovej krízy, občianskych nepokojov, koloniálnej histórie a rôznorodosti etnických skupín obyvateľstva. Infekcia HIV pôsobí na pozadí všetkých týchto skutočností ako tichý zabijak, ktorý má z dlhodobého hľadiska skrytý potenciál ovplyvňovať ekonomickú úroveň zasiahnutých štátov.

Na základe vlastnej analýzy sme však zistili, že HIV prevalencia nemá vplyv na hospodársky vplyv a úroveň chudoby v štátoch subsaharskej Afriky ako celku, a to aj napriek tomu, že sme sa opierali o objektívne teoretické východiská založené na princípe kruhu začarovanej chudoby. Výsledky nášho výskumu priniesli záver, že vysoká HIV prevalencia je prítomná predovšetkým v relatívne „bohatých“ štátoch subsaharskej Afriky, ktoré dosahujú vyššiu hodnotu HDP na obyvateľa a kde je Index ľudského rozvoja na vyššej úrovni a nie v krajinách najchudobnejších, ktoré sú vo všeobecnosti zaradované do skupiny najmenej rozvinutých krajín sveta.

Tvrdiť však, že HIV sa nijakým spôsobom nepodpisuje na vývoji hospodárskej úrovne týchto štátov by však bolo nanajvýš zavádzajúce, nakoľko sme aj v samotnej práci uviedli príklad viacerých štúdií, ktoré potvrdili, že infekčné epidémie zasiahli a do značnej miery ovplyvnili hospodársky rozvoj týchto štátov. Domnievame sa preto, že výsledok našej analýzy možno interpretovať v zmysle, že HIV prevalencia síce patrí k faktorom, ktoré sa podieľajú na ovplyvňovaní vývoja najzasiahnutejších afrických ekonomík, no zároveň nie je natoľko významným a silným faktorom, ktorý by sa dokázal prejaviť na úrovni ekonomického rozvoja subsaharskej Afriky ako celku. Vychádzame z predpokladu, že ekonomický rozvoj a chudoba sú mimoriadne komplexné javy, ktoré ovplyvňuje veľké množstvo rôznych faktorov a jednoducho nie je možné abstrahovať od všetkých týchto zložiek a HIV vyhodnocovať ako jedinú, samostatnú premennú vplývajúcu na hospodárstva jednotlivých krajín. Uplatňuje sa tu podobný princíp, s ktorým sme sa stretli aj pri definovaní

príčin vysokej prevalencie v štátoch subsaharskej Afriky s vyšším HDP na obyvateľa, a to dimenzia individuálnych a populačných hľadísk. Z populačného hľadiska možno zhodnotiť, že štáty subsaharskej Afriky ako celku neovplyvňuje HIV prevalencia natoľko, aby sa pretavila do zhoršených ekonomických výsledkov v porovnaní s menej zasiahnutými štátmi tejto oblasti. Z individuálneho hľadiska, teda z pohľadu jednotlivých samostatných štátov, ktoré nedávame do komparácie s ostatnými, však možno konštatovať, že HIV prevalencia zanecháva na hospodárstvach štátov stopu a postupom času si vyberá svoju daň v podobe zhoršenia ich ekonomickej situácie. K dôvodom zvýšenej prevalencie HIV v krajinách subsaharskej Afriky s vyšším HDP možno zaradiť predovšetkým stigmatizáciu ochorenia, s ňou blízko súvisiacu diskrimináciu HIV pozitívnych pacientov, a to nie len zo spoločenského, ale aj z legislatívneho hľadiska, ďalej veľmi nízky prístup k zdravotnej starostlivosti, neefektívnosť osvetových kampaní a vplyv rôznych kultúrnych zvyklostí a dogiem, z ktorých za najvýznamnejší prvok možno pokladať rodovú nerovnosť. Práve tá sa podpisuje na tom, že v subsaharskej Afrike ako v jedinom regióne sveta dosahuje HIV prevalencia u žien vyššiu hodnotu ako u mužov.

Aj keď vyriešiť tento problém je z hľadiska subsaharských štátov veľmi náročné, domnievame sa, že ak si vlády vo svojich dlhodobých stratégiách zadefinujú boj s HIV prevalenciou ako jeden z fundamentálnych cieľov a postupne implementujú riešenia v sociálnej, ekonomickej, legislatívnej a spoločenskej sfére, možno očakávať zlepšenie nie len stavu epidémie HIV, ale aj celkové zlepšenie úrovne chudoby týchto štátov. Jednou z najdôležitejších úloh štátu v boji s HIV/AIDS je zabezpečiť vytvorenie otvoreného a podporného prostredia pre efektívnu implementáciu jednotlivých reformných a sociálnych programov. Pre vlády je nevyhnutným krokom urobiť riešenie HIV/AIDS otázkou národnou prioritou, a nie problémom, ktorému sa treba okľukou vyhnúť a radšej sa potichu tváriť, že problém neexistuje. Stimulovaním a podporou širokého multisektorového prístupu, zahŕňajúcom všetky segmenty spoločnosti, môžu vlády vytvoriť priaznivé podmienky, v ktorých programy prevencie, starostlivosti a zmierňovania môžu uspieť a chrániť budúce perspektívy hospodárskeho rozvoja krajiny.

ZÁVER

Hlavným cieľom diplomovej práce bolo na základe viacerých vedeckých postupov vyhodnotiť, aký účinok má infekcia HIV/AIDS na ekonomickú úroveň štátov najpostihnutejšej oblasti sveta – subsaharskej Afriky, predovšetkým na úroveň chudoby v týchto krajinách. Dôvodom, prečo sme sa rozhodli zaoberať sa práve touto širokospektrálnou problematikou, je predovšetkým fakt, že napriek niekoľko desiatok rokov trvajúceho boja s týmto ochorením, sa ho v tomto regióne sveta nepodarilo dostať pod kontrolu – jediná výnimku tvoria štáty Uganda a Zimbabwe – a teda aj v súčasnosti predstavuje veľmi závažný a aktuálny, nie len spoločenský, ale aj ekonomický problém, ktorým je potrebné sa zaoberať. Ďalším dôvodom, prečo sme sa rozhodli danú tematiku spracovať, bol nedostatok súčasných, komplexných štúdií, ktoré by skúmali HIV v kontexte jeho ekonomických vplyvov, a to napriek tomu, že táto infekcia postihuje v subsaharskej Afrike až 25,7 milióna ľudí a žije v tomto regióne približne 70 % ľudí z celkového počtu infikovaných na celom svete. Môžeme konštatovať, že cieľ diplomovej práce bol naplnený a práca priniesla nasledujúce závery.

V prvej časti záverečnej práce sme sa pustili do koncipovania teoretickej základne postavenej na teoretických východiskách, vedeckých štúdiách a poznatkoch viacerých autorov zaoberajúcich sa súvislosťami medzi šírením epidémií, ekonomickým rozvojom a chudobou. Dôležitým výstupom tejto časti je predovšetkým zhodnotenie stavu nákazy HIV v globálnom meradle v rámci jednotlivých svetových regiónov, posúdenie jeho historického vývoja a zadefinovanie teoretických vzťahov medzi ľudským kapitálom a začarovaným kruhom chudoby. Prišli sme k záveru, že subsaharský región je v rámci celého sveta oblasťou, ktorá je HIV nákazou zasiahnutá najviac a zároveň ide o jediný región, kde je štatisticky viac nakazená ženská časť populácie.

V rámci praktickej časti sme venovali náležitú pozornosť predovšetkým analýze vplyvu HIV na jednotlivé sektory hospodárstva, pričom za najohrozenejší sektor sme označili poľnohospodárstvo – práve to zamestnáva najväčší podiel pracovnej sily v subsaharskej Afrike a v tejto oblasti poskytuje prácu až 57,4 % ženám. Na základe vlastných analýz sme overili platnosť teoretických predpokladov v praxi a prišli sme k záveru, že vysoká HIV prevalencia nie je natoľko kľúčovým faktorom, ktorý by samostatne dokázal ovplyvniť ekonomickú úroveň v krajinách subsaharského regiónu ako celku. Ak sa však na problematiku pozrieme individuálne, z pohľadu každej krajiny,

bez toho, že by sme ekonomickú situáciu jednotlivých štátov porovnávali s úrovňou ekonomík ostatných štátov, prídeme k záveru, že prítomnosť HIV v hospodárstve vytvára z dlhodobého hľadiska živnú pôdu pre hospodársky úpadok a chudobu. Z tohto dôvodu by mali najviac postihnuté krajiny subsaharskej Afriky vynakladať čo najväčšie úsilie na riešenie tohto závažného problému.

Nakoľko je otázka vysokej HIV prevalencie závažným problémom polovice krajín tohto regiónu, možno týmto štátom odporučiť, aby sústredili čo najväčšiu snahu na ochranu svojho hospodárstva pred dôsledkami nákazy. Najúčinnnejšou a najlacnejšou formou je bez pochyb prevencia - väčšine nových nakazení sa dá totiž efektívne predísť, stačí vyvinúť dostatočne účinnú národnú stratégiu, ktorá bude zahŕňať nie len prístup k informáciám, vzdelávaniu, otvorenému dialógu, poradenstvu a testovaniu, ale aj propagáciu a dostupnosť prezervatívov, rozšírené a vylepšené služby slúžiace na prevenciu a liečbu pohlavne prenosných chorôb, podporu ľudských práv a zníženie stigmatizácie a diskriminácie. Šírenie prevencie by nemalo visieť iba na pleciah vlády a mimovládnych organizácií, ale mal by sa do tohto procesu aktívnym spôsobom zapájať aj komerčný sektor, napríklad prostredníctvom implementácie špeciálnych podporných programov a nediskriminačných firemných politík priamo na pracovisku. Ako bolo spomenuté, šírenie vírusu HIV môžu neúmyselne urýchliť aj niektoré hlavné rozvojové činnosti realizované v krajine – napríklad významné stavebné projekty často vyžadujú dlhšie odlúčenie veľkého množstva mužov od svojich rodín, čo robotníkov láka k tomu, aby využili služby prostitútok. Ak by sa však podporila tvorba projektov, kde by pre pracovníkov prichádzala do úvahy možnosť zobrať so sebou aj svoje rodiny, tomuto problému by sa dalo ľahko predísť.¹¹²

Štát musí mať v boji proti HIV/AIDS stanovený naozaj silný politický záväzok a podporu špičkových politických lídrov. Táto podpora je kritická nie len preto, že vytvára priestor pre otvorený dialóg, ale aj z dôvodu, že pomáha znižovať stigmatizáciu a diskrimináciu v celej spoločnosti. V neposlednom rade sa tento politický záväzok prejaví na príleve finančných prostriedkov na podporu dôležitých prevenčných programov od rôznych národných a medzinárodných darcovských zdrojov a pri ich efektívnom využívaní vytvorí priestor pre veľký skok vpred v boji s epidémiou HIV/AIDS, ale aj so samotnou chudobou.

¹¹² Podobný a úspešný scenár aplikovala Svetová banka pri financovaní projektu výstavby plynovodov v Kamerune – celý projekt bol financovaný tak, že v blízkosti stavby boli vybudované špeciálne dediny, kde mohli pracovníci bývať aj so svojimi rodinami.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ABDULLAHI, Z. Yahya – ABDULLAHI, Hussainatu. Economic Impact of HIV/AIDS and Stigmatization on Women in Nigeria: Challenges for the Actualization of the Millennium Development Goals (MDGS). [online]. In: *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*. Rome : MCSER-CEMAS-Sapienza University of Rome, 2013, vol. 2, no. 1, p. 205-214 [cit. 2019-03-28]. ISSN 2281-3993. Dostupné na: <http://www.mcser.org/journal/index.php/ajis/article/viewFile/78/75>

AFRICAN DEVELOPMENT BANK GROUP. *African Economic Outlook 2018*. [online] 2017 [cit. 2019-02-15]. Dostupné na: https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/-African_Economic_Outlook_2018_-_EN.pdf

AGHA, Sohail – HUTCHINSON, Paul – KUSANTHAN – Thankian. The effects of religious affiliation on sexual initiation and condom use in Zambia. In: *Journal of Adolescent Health*. 2006, vol. 38, no. 5, p. 550-555 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1879-1972. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X0500279X>

AJUWON, J. Ademola et. al. Indigenous surgical practices in rural Southwestern Nigeria: Implications for disease prevention. [online]. In: *Health Education Research*. 1995, vol. 10, no. 3, p. 379-384 [cit. 2019-03-28]. ISSN 0268-1153. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/31108931_Indigenous_surgical_practices_in_rural_Southwestern_Nigeria_Implications_for_disease_prevention

AMNESTY INTERNATIONAL UK. *Mapping anti-gay laws in Africa*. [online] 31.05.2018 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://www.amnesty.org.uk/lgbti-lgbt-gay-human-rights-law-africa-uganda-kenya-nigeria-cameroon>

ARASA. *HIV, TB and Human Rights in Southern and East Africa : Report 2016*. [online] 2016 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.arasa.info/files/3314/8119/1044/ARASA_2016_-Human_Rights_report.pdf

AVERT. *HIV and AIDS in Botswana*. [online] 2017 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/botswana>

AVERT.ORG. *HIV Timeline : HIV is 4th biggest killer* [online] 2018 [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: <https://timeline.avert.org/?98/South-Africa-infections>

AVERT.ORG. *HIV Stigma and Discrimination*. [online] 09.04.2018 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/stigma-discrimination>

AVERT.ORG. *HIV Strains and Types* [online] 23.01.2018 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <https://www.avert.org/professionals/hiv-science/types-strains>

AVERT.ORG. *HIV Timeline : South Africa infections* [online] 2018 [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: <https://timeline.avert.org/?98/South-Africa-infections>

AVERT.ORG. *HIV Timeline : Sub-Saharan Africa's burden* [online] 2018 [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: <https://timeline.avert.org/?98/South-Africa-infections>

- AYIKUKWEI, Rose et. al. Social and Cultural Significance of the Sexual Cleansing Ritual and its Impact on HIV Prevention Strategies in Western Kenya. [online]. In: *Sexuality & Culture*. 2007, vol. 11, no. 3, p. 32-50 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1936-4822. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/225445998_Social_and_Cultural_Significance_of_the_Sexual_Cleansing_Ritual_and_its_Impact_on_HIV_Prevention_Strategies_in_Western_Kenya
- BALÁŽ, Peter et. al. *Medzinárodné Podnikanie : Na Vlně Globalizujúcej sa Svetovej Ekonomiky*. Bratislava : Sprint dva, 2010. 546 s. ISBN 978-80-89393-18-3.
- BAUMGARTNER, Boris – GAVALOVÁ, Viera. *Ekonomika a Obchodná Politika Rozvojových Krajín*. Bratislava : Vydavateľstvo Ekonóm, 2014. 263 s. ISBN: 978-80-225-3844-2.
- BOLLINGER, Lori – STOVER, John. *The Economic Impact of AIDS in Botswana*. [online] 1999 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.policyproject.com/pubs/SEimpact/botswana.pdf>
- BOLLINGER, Lori - STOVER, John. *The Economic Impact of AIDS in Nigeria*. [online] 1999 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <http://www.policyproject.com/pubs/SEImpact/nigeria.pdf>
- BOLLINGER, Lori – STOVER, John. *The Economic Impact of AIDS in Swaziland*. [online] 1999 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.policyproject.com/pubs/seimpact/swazilan.pdf>
- BONNEL, Rene. HIV/AIDS and Economic Growth: A Global Perspective [online]. In: *South African Journal of Economics*. Pretoria : Wiley-Blackwell, 2000, vol. 68, no. 5, p. 360-379 [cit. 2018-11-15]. ISSN 1813-6982. Dostupné na: https://econpapers.repec.org/article/blasajeco/v_3a68_3ay_3a2000_3ai_3a5_3ap_3a360-379.htm
- BREWER, Devon et. al. Male and Female Circumcision Associated With Prevalent HIV Infection in Virgins and Adolescents in Kenya, Lesotho, and Tanzania. [online]. In: *Annals of Epidemiology*. 2007, vol. 17, no. 3, p. 217-226 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1047-2797. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/6485030_Male_and_Female_Circumcision_Associated_With_Prevalent_HIV_Infection_in_Virgins_and_Adolescents_in_Kenya_Lesotho_and_Tanzania
- CALDWELL, C. John - CALDWELL, Pat – QUIGGIN, Pat. The Social Context of AIDS in Sub-Saharan Africa. [online]. In: *Population and Development Review*. 1989, vol. 15, no. 2, p. 185-234. [cit. 2019-03-28]. ISSN 0277-9536. Dostupné na: https://www.jstor.org/stable/1973703?origin=JSTOR-pdf&seq=1#page_scan_tab_contents
- COLLIER, Paul et. al. *Break the Conflict Trap : Civil War and Development Policy* [online] Washington, 2003, 221 s. [cit. 2018-06-28]. ISBN: 978-0-8213-5481-0. Dostupné na: http://documents.worldbank.org/curated/en/908361468779415791/310436360_200500070100031/additional/multi0page.pdf
- COLLINS, Joseph – RAU, Bill. AIDS in the Context of Development. In *UNRISD Programme on Social Policy and Development* [online] 2000, no. 4 [cit. 2018-06-06]. ISSN 1020 8208. Dostupné na: [http://unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/240da49ca467a53f80256b4f005ef245/329e8acb-59f4060580256b61004363fe/\\$FILE/collins.pdf](http://unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/240da49ca467a53f80256b4f005ef245/329e8acb-59f4060580256b61004363fe/$FILE/collins.pdf)
- CORNO, Lucia – WALQUE, Damien. *Socioeconomic determinants of stigmatization and HIV testing in Lesotho*. [online] 25.06.2013 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4003582/>

- CRAFTS, Nicholas – HAACKER, Markus. *IMF Working Paper: Welfare Implications of HIV/AIDS* [online] June 2003 [cit. 2018-11-15]. Dostupné na: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2003/wp03118.pdf>
- DIXON, Simon – MCDONALD, Scott – ROBERTS, Jennifer. AIDS and Economic Growth in Africa: a panel data analysis [online]. In: *Journal of International Development*. Hoboken : John Wiley & Sons, May 2001, vol. 13, no. 4, p. 411-426 [cit. 2018-11-15]. ISSN 1099-1328. Dostupné na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jid.795>
- ESSIG, Andrew – KANG, Soheui – SELLERS, Reba. *The Relationship between HIV Infection Rates and GDP Per Capita in African Countries* [online] 17.04.2015 [cit. 2018-11-15]. Dostupné na: <https://smartech.gatech.edu/bitstream/handle/1853/53303/hivandgdpecon3161.pdf>
- EURACTIV. *Africa's population set to double by 2050, says new report*. [online] 29.06.2016 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <https://www.euractiv.com/section/development-policy/news/africas-population-set-to-double-by-2050-says-new-report/>
- FAGBAMIGBE, F. Adeniyi – ADEBAYO, F. Samson - IDEMUDIA, Erhabor. Marital status and HIV prevalence among women in Nigeria: Ingredients for evidence-based programming. [online]. In: *International Journal of Infectious Diseases*. 2000, vol. 48, p. 57-63 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1201-9712. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971216310451>
- FARIA, R. Nuno et al. *The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations* [online] 03.08.2014 [cit. 2018-10-22]. Dostupné na: <http://science.sciencemag.org/content/346/6205/56/tab-pdf>
- FAO. *Agricultural Outlook 2016-2025*. [online] 2016 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.fao.org/3/a-BO092E.pdf>
- FAO. *The Role of Women in Agriculture*. [online] 2011 [cit. 2019-02-20]. Dostupné na: <http://www.fao.org/3/am307e/am307e00.pdf>
- FAO. The state of food and agriculture 1994. In: *FAO Agriculture Series* [online] 1994, no. 27 [cit. 2018-06-06]. ISSN 0081-4539. Dostupné na: <http://www.fao.org/docrep/t4450e/T4450E00.htm>
- GALLAGHER, James. *Aids: Origin of pandemic 'was 1920s Kinshasa'* [online] 03.10.2014 [cit. 2018-10-22]. Dostupné na: <https://www.bbc.com/news/health-29442642>
- GAUSSET, Quentin. *AIDS and cultural practices in Africa: the case of the Tonga (Zambia)*. [online]. In: *Social Science & Medicine*. 2001, vol. 52, no. 4, p. 509-518 [cit. 2019-03-28]. ISSN 0277-9536. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600001568?via%3Dihub>
- GHEBREMICHAEL, Musie – LARSEN, Ulla – PAINTSIL, Elijah. Association of Age at First Sex with HIV-1, HSV-2 and other Sexual Transmitted Infections among Women in Northern Tanzania. [online] 2009 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529537/pdf/nihms427215.pdf>

CHEN, Zhiwei et al. Human Immunodeficiency Virus Type 2 (HIV-2) Seroprevalence and Characterization of a Distinct HIV-2 Genetic Subtype from the Natural Range of Simian Immunodeficiency Virus-Infected Sooty Mangabeys [online]. In: *Journal of Virology*, Washington, D.C. : American Society for Microbiology, 1997, vol. 71, no. 5, p. 3953–3960. [cit. 2018-10-22]. ISSN 0022-538X. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC191547/pdf/713953.pdf>

INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES. *Map of Sex Work Law*. [online] [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw>

INTERNATIONAL MONETARY FUND. *Nigeria: Poverty Reduction Strategy Paper— National Economic Empowerment and Development Strategy*. [online] 2005 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2016/12/31/Nigeria-Poverty-Reduction-Strategy-Paper-National-Economic-Empowerment-and-Development-18767>

JENKINS, Carol et. al. HIV/AIDS and Culture: Implications for Policy. [online]. In: *Culture and Public Action*. Stanford, CA : Stanford University Press, 2004, p. 260–280. [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <http://documents.worldbank.org/curated/en/243991468762305188/pdf/2981600-18047141re0and0Public0Action.pdf>

KIWANUKA, Noah et. al. Effect of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Subtype on Disease Progression in Persons from Rakai, Uganda, with Incident HIV-1 Infection. [online]. In: *The Journal of Infectious Diseases*. Oxford : Oxford University Press, 01.03.2008, vol. 197, no. 5., p. 707-713 [cit.2018-09-16]. ISSN 0022-1899. Dostupné na: <https://academic.oup.com/jid/article/197/5/707/837503>

LECLERC-MADLALA, Suzanne. On The Virgin Cleansing Myth: Gendered Bodies, AIDS and Ethnomedicine. [online]. In: *African Journal of AIDS Research*. 2002, vol. 1, no. 2, p. 87-95 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: http://scnc.ukzn.ac.za/doc/Health/Aids/LeclercMadlala-S_Virgin_cleansing_myth_HIV-AIDS_ethnomedicine.pdf

LOVÁSZ, Enrico – SCHIPP, Bernhard. The Impact of HIV/AIDS on Economic Growth in Sub-Saharan Africa [online]. In: *South African Journal of Economics*. Pretoria : Wiley-Blackwell, June 2009, vol. 77, no. 2, p. 245-256 [cit. 2018-11-15]. ISSN 1813-6982. Dostupné na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1813-6982.2009.01210.x>

LUKÁČIK, Martin – LUKÁČIKOVÁ, Adriana – SZOMOLÁNYI, Karol. *Ekonometrické Modelovanie v Programoch EViews a GRETl*. Bratislava : Vydavateľstvo EKONÓM, 2011. 330 s. ISBN978-80-225-3320-1.

NATIONAL AGENCY FOR THE CONTROL OF AIDS. *Fact Sheet: HIV Prevention Program*. [online] 2016 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <https://naca.gov.ng/fact-sheet-hiv-prevention-program/>

NATIONAL AGENCY FOR THE CONTROL OF AIDS. *Global Aids Response : Country Progress Report*. [online] 2014 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/NGA_narrative_report_2014.pdf

NATIONAL AIDS COORDINATING AGENCY. *Botswana 2013 Global AIDS Reponse Report : Progress Report of the National Reponse to the 2011 Declaration of Commitments on HIV and AIDS*. [online] 31.03.2014 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BWA_narrative_report_2014.pdf

NATIONAL POPULATION COMMISSION. *The 2013 Nigeria Demographic and Health Survey*. [online] 2013 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: [https://nigeriahealthwatch.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/431_2012_National_HIV_&_AIDS_and_Reproductive_Health_Survey_\(NARHS_Plus_II,_2012\),_FMOH_Abuja_1172.pdf](https://nigeriahealthwatch.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/431_2012_National_HIV_&_AIDS_and_Reproductive_Health_Survey_(NARHS_Plus_II,_2012),_FMOH_Abuja_1172.pdf)

NEW YORK TIMES. *Zambian, in Appeal, Says Son Died of AIDS* [online] 05.10.1987 [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: <https://www.nytimes.com/1987/10/05/world/zambian-in-appeal-says-son-died-of-aids.html>

NIËNS, Laurens – LOWERY, David. Gendered Epidemiology: Sexual Equality and the Prevalence of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. [online]. In: *Social Science Quarterly*. 2009, vol. 90, no. 5, p. 1134-1144 . [cit. 2019-03-28]. ISSN 1540-6237. Dostupné na: https://www.jstor.org/stable/42940624?seq=1#page_scan_tab_contents

NSWP. *Economic Empowerment Programmes for Sex Workers*. [online] [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/SUSO%20Report%20Africa.%20final%20EN.pdf>

OMOBOLAJI, T. Campbell Yesufu – RAJESH, T. Gandhi. Update on Human Immunodeficiency Virus (HIV)-2 Infection. [online]. In: *Clinical Infectious Diseases*. Oxford : Oxford University Press, 15.03.2011, vol. 52, no. 6, p. 780-787 [cit. 2018-09-16]. ISSN 1058-4838. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3106263/pdf/ciq248.pdf>

RELIEFWEB.COM. *HIV stigma still a barrier*. [online] 12.11.2012 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://reliefweb.int/report/swaziland/hiv-stigma-still-barrier>

SCIENCE. *Oldest Surviving HIV Virus Tells All* [online] 03.02.1998 [cit. 2018-10-22]. Dostupné na: <http://www.sciencemag.org/news/1998/02/oldest-surviving-hiv-virus-tells-all>

SHARP, M. Paul – HAHN, H. Beatrice. *Origins of HIV and the AIDS Pandemic* [online] 09.2011 [cit. 2018-09-29]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234451/>

SHELLEY, Clark. Early Marriage and HIV Risks in Sub-Saharan Africa. [online]. In: *Studies in Family Planning*. 2004, vol. 35, no. 3, p. 149-160 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1728-4465. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/8206317_Early_marriage_and_HIV_risks_in_Sub-Saharan_Africa

SCHWARTZ, Sheree et. al. The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: analysis of prospective data from the TRUST cohort. [online]. In: *The Lancet HIV*. 2000, vol. 2, no. 7, p. 299-306 [cit. 2019-03-25]. ISSN 2352-3018. Dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352301815000788>

- SIEGFRIED, Nandi et. al. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men (Cochrane Review). [online]. In: *Cochrane database of systematic reviews*. 2009, vol. 39, no. 2. [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/24281586-Male_circumcision_for_prevention_of_heterosexual_acquisition_of_HIV_in_men_Cochrane_Review
- SLOGROVE, L. Amy et. al. *The Epidemiology Of Adolescents Living With Perinatally Acquired HIV: A Cross-Region Global Cohort Analysis*. [online] 01.03.2018 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002514#references>
- SOVRAN, Steven. *Understanding culture and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. [online] 2013 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914501/>
- STIGMA INDEX. *Stigma Index Survey Report Botswana*. [online] 2014 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Botswana%20HIV%20Stigma%20Index%20Survey%20Report_2014.pdf
- THE HERITAGE FOUNDATION. *2015 Index of Economic Freedom : Promoting Economic Opportunity and Prosperity*. [online] 2015 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: https://www.heritage.org/index/pdf/2015/book/index_2015.pdf
- TRADING ECONOMICS. *Zimbabwe - Access to electricity (% of population)*. [online] [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <https://tradingeconomics.com/zimbabwe/access-to-electricity-percent-of-population-wb-data.html>
- TRANSPARENCY INTERNATIONAL. *Corruption Perceptions Index 2015*. [online] 2015 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <https://www.transparency.org/cpi2015>
- UNAIDS. *Data 2017*. [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
- UNAIDS. *Eastern and Southern Africa, countries* [online] 2017 [cit. 2018-09-29]. Dostupné na: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/easternandsouthernafrika>
- UNAIDS. *Ending AIDS : Progress Towards the 90-90-90 Targets*. [online] 2017 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf
- UNAIDS. *Global AIDS Update* [online] 2016 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
- UNAIDS. *Global Factsheets, 2017*. [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>
- UNAIDS. *Global Report : UNAIDS Report On The Global Aids Epidemic, 2010*. [online] 2010 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_-GlobalReport_full_en.pdf
- UNAIDS. *HIV Prevalence, regional fact sheet, 2017*. [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

UNAIDS. *HIV Prevalence, regional map, 2017*. [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

UNAIDS. *HIV, The Law And Human Rights In The African Human Rights System : Key Challenges And Opportunities For Rights-Based Responses*. [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV_Law_AfricanHumanRightsSystem_en.pdf

UNAIDS. *National factsheets, 2017* [online] 2017 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

UNAIDS. *National factsheets, Nigeria, 2017* [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

UNAIDS. *Number of People Living with HIV, regional map, 2017*. [online] 2017 [cit. 2018-09-16]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

UNAIDS. *Prevention Gap Report*. [online] 2016 [cit. 2019-03-17]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf

UNAIDS. *Regional factsheets, 2017* [online] 2017 [cit. 2018-11-20]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org>

UNAIDS. *Regional factsheets: Africa - Eastern and Southern 2017* [online] 2017 [cit. 2018-12-12]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

UNAIDS. *Regional factsheets: Africa – West and Central, 2017* [online] 2017 [cit. 2018-12-12]. Dostupné na: <http://aidsinfo.unaids.org/>

UNAIDS. *West and Central Africa, countries* [online] 2017 [cit. 2018-09-29]. Dostupné na: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/westandcentralafrica>

UNDP. *Human Development Data (1990-2017)*. [online] 2017 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <http://hdr.undp.org/en/data>

UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey 2016-17, Survey Findings Report*. [online] 2017 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: https://www.unicef.org/nigeria/NG_publications_mics_201617.pdf

UNICEF. *The AIDS Epidemic Continues To Take A Staggering Toll, But Progress Is Possible*. [online] 2018 [cit. 2019-03-25]. Dostupné na: <https://data.unicef.org/topic/hivaids/global-regional-trends/>

UNITED NATIONS. *List of Least Developed Countries (as of December 2018)*. [online] 2018 [cit. 2019-02-15]. Dostupné na: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/ldc_list.pdf

UNITED NATIONS. *Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS* [online] 08.07.2011 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf

UNITED NATIONS. *Statistical Yearbook 2017. Edition : Sixtieth issue.* [online] 2017 [cit. 2019-02-15]. Dostupné na: <https://unstats.un.org/unsd/publications/statistical-yearbook/files/syb60/syb60.pdf>

UNITED NATIONS. *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development* [online] 2015 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

UNITED NATIONS. *United Nations Millennium Declaration* [online] 2000 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>

VIDAL, Nicole et al. Unprecedented degree of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) group M genetic diversity in the Democratic Republic of Congo suggests that the HIV-1 pandemic originated in Central Africa [online]. In: *Journal of Virology*. Washington, D.C. : American Society for Microbiology, 2000, vol. 74, no. 22, p. 10498-10507 [cit. 2018-09-29]. ISSN 1098-5514. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC110924/>

WORLD BANK. *Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49).* [online] 2015 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS>

WORLD BANK. *Sub-saharan Africa : GDP per capita (current US\$).* [online] 2011 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <https://lnk.sk/sDO0> a WORLD BANK. *Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49).* [online] 2011 [cit. 2019-03-10]. Dostupné na: <https://lnk.sk/ikvY>

WORLD BANK. *The number of extremely poor people continues to rise in Sub-Saharan Africa.* [online] 2018 [cit. 2019-02-15]. Dostupné na: <https://blogs.worldbank.org/opendata/number-extremely-poor-people-continues-rise-sub-saharan-africa>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Disease burden and mortality estimates : Global summary estimates* [online] [cit. 2018-10-23]. Dostupné na: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sexual behaviour in context: a global perspective.* [online] 2006 [cit. 2019-03-28]. Dostupné na: https://www.who.int/reproductivehealth/publications-general/lancet_2.pdf

WOROBAY, Michael et. al. Island Biogeography Reveals the Deep History of SIV [online]. In: *Science*. New York : AAAS, 17.09.2010, vol. 329, no. 5990, p. 1487 [cit. 2018-09-29]. ISSN 1095-9203. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/46288435_Island_Biogeography_Reveals_the_Deep_History_of_SIV

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1 - Počet ľudí nakazených vírusom HIV podľa krajín, 2017

Príloha 2 - Prevalencia HIV u dospelých (15-49) podľa krajín, 2017

Príloha 3 - Detailný globálny prehľad epidémie HIV/AIDS, 2017

Príloha 4 – Aktuálny zoznam LDC krajín, OSN, 2018

Príloha 5 - Politická mapa afrických štátov

Príloha 6 – Detailný prehľad epidémie HIV/AIDS – subsaharská Afrika, 2017

Príloha 7 – Detailný prehľad epidémie HIV/AIDS – východný a južný región SSA, 2017

Príloha 8 – Detailný prehľad epidémie HIV/AIDS – západný a centrálny región SSA, 2017

Príloha 9 – Porovnanie HIV prevalencie a HDP per capita krajín SSA, 2017