

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
SOCIĀLO ZINĀTŅU FAKULTĀTE
POLITIKAS ZINĀTNES NODAĻA

**HIV/AIDS UN DROŠĪBISKOŠANAS KONCEPTS:
DIENVIDĀFRIKAS PIEMĒRS**

BAKALAURA DARBS

Autore: **Elīna Bērziņa**

Stud. Apl: eb14017

Darba vadītājs: Asociētais profesors Dr.sc.pol

Toms Rostoks

RĪGA 2017

ANOTĀCIJA

Dienviāfrika ir viena no turīgākajām Āfrikas valstīm, taču tajā pašā laikā valstī HIV/AIDS izplatības rādītājs ir sasniedzis teju ceturtdaļu no ekonomiski aktīvajiem iedzīvotājiem. Bakalaura darba mērķis ir izpētīt, kādi faktori ir ietekmējuši HIV/AIDS drošībiskošanas procesu Dienviāfrikā. Kā arī, pierādīt vai un kāpēc HIV/AIDS Dienviāfrikā nav izdevies drošībiskot.

Pētījuma teorētiskā daļa balstās uz drošībiskošanas jēdzienu un cilvēkdrošības konceptu. Savukārt empīriskā daļa ietvers HIV/AIDS radītās sekas Dienviāfrikā, izaicinājumus veselības aprūpē un kas ir ticis darīts, lai samazinātu HIV/AIDS izplatības rādītājus.

Darbā tiek pielietotas kvalitatīvās pētniecības metodes un tas ir veidots kā gadījuma analīze.

Atslēgas vārdi: drošībiskošana, cilvēkdrošība, Dienviāfrika, HIV

ANNOTATION

South Africa is one of the wealthiest states in Africa, but at the same time its HIV/AIDS prevalence rate stays around 20% of the economically active population. Goal of the thesis is to find out which factors have contributed to the process of HIV/AIDS securitization in South Africa as well as to prove whether the issue of HIV/AIDS has been securitized and why.

Theoretical basis of the research is based on the concepts of securitization and human security. While the empirical part includes consequences of HIV/AIDS in South Africa, challenges in healthcare system and what has been done to reduce HIV/AIDS prevalence rate.

Within the thesis quality research methods have been applied and the research is formed as a case study.

Key words: securitization, human security, South Africa, HIV

SATURS

Ievads	5
1. Drošības jēdziena attīstība: Kopenhāgenas skola	7
1.1. Kopenhāgenas skolas teorētiskie pamati	8
1.2. Drošībiskošanas koncepta attīstība	9
1.2.1. HIV/AIDS starptautiskās drošībiskošanas process	12
2. Cilvēkdrošība	15
2.1 Veselības drošība	18
3. HIV/AIDS kā drošības problēma	23
3.1. HIV/AIDS infekcijas būtība	24
3.2. Ietekme uz sabiedrību	25
3.3. Ietekme uz ekonomiku	28
3.4. Ietekme uz nacionālo drošību	30
4. Izaicinājumi veselības aprūpē	35
4.1. Izaicinājumi veselības aprūpē post-Aparteīda periodā	36
4.2. Izaicinājumi veselības aprūpē mūsdienās	40
5. HIV/aids drošībiskošana dienvidāfrikā 1994-2004	42
5.1. Vēsturiskie faktori	47
5.1.1. Dienvidāfrika pēc pārejas uz demokrātiju	48
Secinājumi	52
Pielikumi	55
1. tabula. 10 valstis ar augstāko HIV/AIDS izplatības rādītāju un šo valstu IKP	55
2. tabula Hroma, platīna, pallādijs un dimanta krājumi (2015)	55
3. tabula IKP Āfrikas valstīs	56
Izmantotie informācijas avoti	57

IEVADS

Mūsdienu globālajā un straujajā vidē mainās it viss – strauji attīstās tehnoloģijas, mainās indivīdu prioritātes, parādās aizvien jauni izaicinājumi un problēmas. Tostarp, ir parādījušies arī jauni izaicinājumi drošībā un jauni apdraudējumu veidi.

Par draudiem drošībai loģiski šķiet uzskatīt militārus draudus – īpaši ņemot vērā divdesmitajā gadsimtā piedzīvoto Pirmo un Otro Pasaules karu. Taču mūsdienās, kad bruņoti konflikti vairs ne tuvu nav tik apjomīgi un dzīvojam relatīvi mierīgā pasaulē, tā vietā ir radušies jauni draudu veidi. Viens no tiem ir HIV/AIDS.

Protams, ne ikvienā pasaules valstī HIV/AIDS izplatība ir tik iespaidīga, lai to dēvētu par drošības problēmu. Taču Āfrikas kontinentā ir valstis, kur HIV/AIDS izplatība tuvojas un dažos gadījumos pat pārsniedz pārsniedz 20% no kopējā iedzīvotāju skaita. Viena no šīm valstīm ir Dienvidāfrika, kur pēc 2015.gada datiem HIV/AIDS izplatība ir 19.2% no kopējā iedzīvotāju skaita.¹ Ņemot vērā infekcijas raksturu, tik augstam izplatības rādītājam ir postošas sekas gan uz valsts ekonomiku, gan bruņotajiem spēkiem, gan valsts pārvaldi, gan sabiedrību kopumā. Tādējādi autores darba mērķis ir izpētīt, **kādi faktori ir ietekmējuši HIV/AIDS drošībiskošanas procesu Dienvidāfrikā?** Darba mērķim autore izvirza laika posmu no 1994.gada (kad Dienvidāfrika pārgāja uz demokrātisku pārvaldes formu) līdz 2004.gadam, kad tika sasniegts augstākais HIV/AIDS izplatības rādītājs.²

Pēc iekšzemes kopprodukta (IKP) Dienvidāfrika starp Āfrikas kontinenta valstīm ierindojas trešajā vietā, taču pasaulē – 30.vietā.³ Kā arī, valsts ir bagāta ar derīgajiem izrakteņiem, kuri nodrošina gan darba vietas iedzīvotājiem, gan papildina valsts budžetu.⁴ Neskatoties uz to, ka Dienvidāfrikas ienākumi uz pārējo Āfrikas valstu fona var tik vērtēti kā augsti, tai ir trešais augstākais HIV/AIDS izplatības rādītājs pasaulē. No šīs pretrunas izriet autores hipotēze, ka **HIV/AIDS Dienvidāfrikā nav izdevies drošībiskot.**

Pētījums būs kvalitatīvs un tiks veidots kā gadījuma analīze. Darba teorētiskā daļa tiks veidota, baltoties uz Kopenhāgenas starptautisko attiecību skolas veidoto drošībiskošanas konceptu. Kā arī, cilvēkdrošības jēdzienu un tajā ietverto veselības drošību. Pētījuma empīriskā daļa sastāvēs no HIV/AIDS epidēmijas izraisītajām sekām, izaicinājumiem veselības aprūpē Dienvidāfrikā, kā arī, to, kas ir ticis darīts, lai šo problēmu drošībiskotu. Teorētiskā bāze ietvers šādus materiālus: Paul.D.Williams “*Security studies: An Introduction*”; M.Albert, B.Buzan

¹ Skat. 1.pielikumu

² The World bank (2015). *Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)*. Izgūts no [http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS?end=2015&locations=ZA&start=1990&view=chart]

³ Skat.3.pielikumu

⁴ Skat.2.pielikumu

“Securitization, sectors and functional differentiation”; M.McInnes, S.Rushton *“HIV/AIDS and securitization theory”* un Barry Buzan, Ole Wæver, Jaap de Wilde *“Security: A New Framework For Analysis”*.

Pētījums sastāv no piecām nodaļām un divpadsmit apakšnodaļām. Pirmā nodaļa ietver drošības jēdziena raksturojumu, Kopenhāgenas skolas teorētiskos pamatus un drošībiskošanas koncepta attīstību. Kā arī, vienā no apakšnodaļām tiek paskaidrots HIV/AIDS starptautiskās drošībiskošanas process. Otrā nodaļa ietver detalizētu skaidrojumu par to, kas ir veselības drošība un tās saistību ar cilvēkdrošības konceptu. Trešā nodaļa sīkāk paskaidro HIV/AIDS infekcijas būtību – kā ar to iespējams inficēties un kā to ārstēt. Kā arī, kā augsti HIV/AIDS izplatības rādītāji Dienvidāfrikā un to radītās sekas ietekmē valsts drošību. Ceturtā nodaļa paskaidros ar kādiem izaicinājumiem veselības aprūpē ir sastapusies Dienvidāfrika, kā arī, kādi izaicinājumi pastāv mūsdienās. Piektā nodaļa iepazīstinās ar HIV/AIDS drošībiskošanas procesu Dienvidāfrikā un šo procesu ietekmējošajiem vēsturiskajiem faktoriem.

1. DROŠĪBAS JĒDZIENA ATTĪSTĪBA: KOPENHĀGENAS SKOLA

Šī nodaļa ietvers drošības jēdziena vispārīgo raksturojumu un paskaidros, kāpēc drošības jēdzienu mūsdienās aplūkojam plašāk. Sīkāk tiks izklāstītas Kopenhāgenas starptautisko attiecību skolas idejas un šajās idejās ietvertais drošībiskošanas koncepts. Nodaļas noslēgumā iekļauts praktisks piemērs, kā noritēja starptautiskā HIV/AIDS drošībiskošana.

Aukstā kara beigās iezīmē jaunas politiskās vides sākumu. Jo īpaši izteiktas šīs pārmaiņas ir bijušas drošības studijās. Aukstā kara apstākļos drošības jēdzienam tika piešķirta tradicionāla izpratne – militārie draudi, kā arī drošības problēmas tika aplūkotas no valsts perspektīvas. Respektīvi, valsts ir drošības koncepta centrālais elements un apdraudētais objekts.⁵

Taču Aukstajam karam beidzoties, aizvien palielinājās globalizācija – jo īpaši brīvais tirgus. Līdz ar to, parādījās sarežģīts globāls tīkls, kuru radīja modernas informācijas tehnoloģijas, jauna veida komunikācija un transports, ietverot transnacionālos un nevalstiskos aktierus. Tādējādi globalizācija un informācijas revolūcija apgrūtināja valstīm rast risinājumus drošības problēmām ar tradicionālo valsts centrisko pieeju. Aukstā kara beigās arī pastiprināja kritiku, kura bija vērsta pret reālismam raksturīgo skaidrojumu drošībai. Kā iemeslu šai tendencei var minēt to, ka Aukstā kara beigās reālisti nespēja izskaidrot.⁶

Pēc Aukstā kara, netradicionālās drošības problēmas ir starptautisko attiecību centrā. Šādi draudi spēj radīt postošas politiskās, militārās, ekonomiskās un sociālās sekas, apdraudot gan valsti, gan sabiedrību un ar tiem ir jo īpaši grūti cīnīties, ņemot vērā to fluīdo un mobilo raksturu. Tādējādi šādi draudi ir īpaši satraucoši, jo, ņemot vērā pieaugošo globalizāciju, tie neaprobežojas tikai ar vienu valsti, bet viegli var ietekmēt gan citas valstis reģionā, gan arī pat pasaules drošību. Tradicionālajā drošības izpratnē draudi ir viegli identificējami – konflikts noris starp valstīm. Taču parādoties aizvien jauniem draudu veidiem, tradicionālie mehānismi, kā cīnīties ar apdraudējumiem, nav pietiekami, jo jaunus apdraudējumu veidus nereti valsts tiešā veidā pat nevar kontrolēt.⁷ Tādējādi drošības jēdzienam bija nepieciešama pārdefinēšana un jauna pieeja. Viens no mēģinājumiem rast no tradicionālās reālistu pieejas atšķirīgu skaidrojumu ir Kopenhāgenas skolas ietvaros radītā drošībiskošanas teorija.

⁵ Sarah Tarry, *Deepening and Widening: An Analysis of Security Definitions in the 1990s*, University of Calgary, 1.lpp

⁶ N.K. Singh, William Nunes (2016), *Nontraditional Security: Redefining State-centric Outlook*, SAGE publications, 109.lpp

⁷ Turpat, 110.lpp

1.1.Kopenhāgenas skolas teorētiskie pamati

Kopenhāgenas skolas pamatlicēji ir Ole Vīvers un Barijs Buzāns. Ievērojamākie Kopenhāgenas skolas ieguldījumi ir drošbiskošanas un sabiedrības drošības koncepti. Autori šos konceptus ir pielāgojuši tieši Eiropas situācijai, ne ASV. Taču ar šo konceptu palīdzību var izskaidrot arī citu reģionu drošības problēmas. Drošības jēdziens nāk no nacionālās drošības diskursa, kas uzsver autoritāti un draudu, un ienaidnieku konstruēšanu, kā arī spēju pieņemt lēmumus un veikt ārkārtas pasākumus. Drošība ir loģisks un politisks spēks, un tas ir jēdziens, kas mudina uz darbībām – proti, drošbiskošanu.⁸

Kopenhāgenas skolas idejas ir saistītas arī ar konstruktīvisma teoriju. Starptautiskajās attiecībās konstruktīvisms bieži tiek saistīts ar globālās pārvaldības normu attīstīšanu un nemateriālo faktoru lomu pasaules politikā, nevis ar tradicionālo militarizēto politiku, kura ir drošības sastāvdaļa globālajā politikā. Konstruktīvistu apgalvo, ka viņu pieeja analīzei paver daudz smalkāku izpratni par tradicionālās drošības dinamiku, nekā tradicionālās drošības analīzes pieejas. Vai tiešām ir iespējams izprast drošības dilemmu vai valsts uztveri par draudiem, nepievēršot uzmanību leģitimitātes standartiem vai identitātei? Protams, drošība vienmēr ir ietvērusi daudz vairāk, nekā teritorijas un suverenitātes aizstāvēšanu. Konstruktīvistu sniedz dziļāku ieskatu tajā, kā drošība funkcionē pasaules politikā un kā politiski svarīgi uzskati par drošību un draudiem atklājās dažādos kontekstos.⁹

Kopenhāgenas skola ir visnopietnākais mēģinājums attīstīt drošības studiju teoriju balstoties konstruktīvisma tradīcijās. Nosaukums “Kopenhāgenas Skola” tika piešķirts akademiķu pētnieku kopienai Kopenhāgenas Miera Pētījumu Institutā. Šie pētījumi tika balstīti Oles Vīvera un Barija Buzāna darbos. Kopš deviņdesmito gadu sākuma dažādi pētnieki uz šo autoru darbu bāzes radīja jaunus novērojumus un uzskatus par drošību Eiropā. Kopdarba kulminācija pienāca, kad 1998.gadā iznāca grāmata *Drošība: Jauns ietvars analīzei (Security: a new framework for analysis)*.¹⁰

Kopenhāgenas skolas pamatā ir jautājums, kā drošība strādā pasaules politikā. Šī pieeja tika attīstīta pēc Aukstā kara, kad aktualizējās jautājumi par vides pārmaiņām, nabadzību, cilvēktiesībām. Taču Kopenhāgenas skola nav noteikusi stingras robežas, kurās drošība ir jādefinē un kā aktieriem vajadzētu pieiet ārējās drošības problēmām vai krīzēm. Tā Kopenhāgenas skola paskaidro, kā drošība iegūst savu nozīmi caur subjektīviem procesiem un kādas politiskās sekas ir konstruētajām drošības problēmām.¹¹

⁸ Barry Buzan, Lene Hansen (2009), *The Evolution of International Security Studies*, Cambridge University Press, 212,213.lpp

⁹ Paul D. Williams (2008), *Security studies: An Introduction*, Routledge, 72.lpp

¹⁰ Turpat, 68.lpp

¹¹ Turpat

Kopenhāģenas skolas centrālie jēdzieni ir “drošības sektori”, “reģionālās drošības kompleksi” un “drošībiskošana”. Sektori tiek definēti kā nozares, kurās iespējami drošības riski. Tostarp militārā, politiskā, ekonomiskā, sabiedriskā un vides drošība.¹² Starptautisko attiecību teorijās drošības sektori ir visai abstrakti, taču Kopenhāģenas skola šos sektorus skaidro ļoti konkrēti un sistemātiski. Pirmo reizi sistemātisks sektoru atspoguļojums parādījās B.Buzāna grāmatā „Drošība” (1998). Saskaņā ar Kopenhāģenas skolu, drošības sektori ir kā analīzes vienības, kuras tiek izmantotas, lai izprastu atšķirības dažādu drošības problēmu dinamikā un risināšanā.¹³

1.2. Drošībiskošanas koncepta attīstība

Drošības jēdziena paplašināšanās ir radījusi jautājumu, kas skaitās drošības problēma? Mūsdienās “drošības problēmas” birka ir tikusi piešķirta videi, enerģijai, migrācijai, pārtikai un citām problēmām. Tādējādi drošības jēdziens ir kļuvis gana izplūdis un ir grūti identificēt, kas var un kas nevar būt drošības problēma.¹⁴

Atbilde uz jautājumu, kas ir drošības problēma, var tikt atrasta tradicionālajā militāri politiskajā izpratnē par drošību. Šajā kontekstā drošība ir par izdzīvošanu. Respektīvi, kad kāda problēma tiek pasniegta eksistenciāls drauds objektam (parasti tā ir valsts, bet objekts var būt arī cits).¹⁵

Plašāk uz šo jautājumu cenšas atbildēt Kopenhāģenas skolas drošībiskošanas teorija. Tā neietver īpašus kritērijus, lai izvērtētu, vai kāda problēma ir vai nav drošības problēma. Teorijā tiek uzskatīts, ka runas akts ir pats būtiskākais (respektīvi, kā problēma tiek pasniegta) un tas paceļ problēmu no rutīnas situācijas uz drošības problēmu.¹⁶

Lietojot jēdzienu “drošība”, politika tiek pacelta pāri ierastajām normām. Drošībiskošana var tikt uzskatīta arī kā politizēšanas ekstrēmāka versija. Jebkura problēma atrodas skalā no nepolitizētas problēmas līdz drošībiskotai problēmai. Starp nepolitizētu un drošībiskotu vēl pastāv politizēta problēma.¹⁷

Ne politizēta problēma ir tāda, kura nav raisījusi pat nekādas sarunas vai debates. Savukārt politizēta problēma pieprasa valdības nolemtu risinājumu un zināmus resursus. Taču

¹² Turpat

¹³ M. Albert, B.Buzan (2011), „*Securization, sectors and functional differentiation*”, SAGE, 415.lpp

¹⁴ C. McInnes, S. Rusthton, „*HIV/AIDS and securitization theory*”, SAGE publications”, 2011, 116.lpp

¹⁵ Barry Buzan, Ole Wæver, Jaap de Wilde (1998), „*Security: A New Framework For Analysis*”, Lynne Rienner Publishers, 21.lpp

¹⁶ Turpat

¹⁷ Turpat, 23.lpp

drošības problēma pieprasa ārkārtas pasākumus un pieļauj darbības, kuras ir ārpus ierastās politikas procedūras.¹⁸

Tradicionāli saskaroties ar drošības apdraudējumu, valdība izziņo ārkārtas stāvokli tādējādi izmantojot jebkādas metodes, lai apdraudējumu likvidētu. Taču kāda ir atšķirība starp “ārkārtas situāciju” un “eksistenciāliem draudiem”? Ir nepieciešams novilkt robežu starp politizāciju un drošībiskošanu. Proti, politizācijas procesa rezultātā problēma iegūst politisku raksturu. Savukārt drošībiskošanas procesa rezultātā problēma iegūst eksistenciālu draudu raksturu.¹⁹

Nepastāv konkrētas definīcijas vai kritēriji, kurus izpildot, var apgalvot, ka valsts atrodas eksistenciālu draudu priekšā. Dažādus apdraudējumus valstīm var novērtēt tikai pēc konteksta un saistot ar apdraudēto objektu. Piemēram, vide kā drošības problēma var būt valstīm, kuras atrodas seismiski aktīvos reģionos. Taču vai vide pauž eksistenciālus draudus Baltijas valstīm? Protams, ka nē. Kas ir eksistenciāls drauds vienai valstij, citai tajā pat laikā nesagādā nekādas problēmas.²⁰

Visas problēmas var atrasties jebkurā skalas posmā – tas ir atkarīgs no apstākļiem. Praktiski problēmu atrašanās vieta šajā skalā ir atkarīga no valsts. Citas valstis politizē reliģiju (Irāna, Saūda Arābija, Burma u.c), citas politizē kultūru (Irāna, bijusī PSRS).²¹

Piemēram, vides problēmas no nepolitizētas problēmas ir ļoti strauji pārvietojušās uz politizētām problēmām un dažos gadījumos pat ir tikušas drošībiskotas. Drošībiskošana ne vienmēr noris caur valsti – arī citiem aktieriem ir iespējams kādu problēmu pacelt līdz šādam statusam.²²

Kā minēts iepriekš, ļoti būtiska ir problēmas prezentēšanas maniere. Tādējādi neatņemama drošībiskošanas teorijas sastāvdaļa ir runas akta teorija. Šīs teorijas būtība ir ka konkrēti izteikumi paveic vairāk, nekā tikai apraksta konkrēto situāciju. Tie mudina uz darbībām.²³

Runas akta pieejā ietilpst trīs analīzes vienības:

1. Objekts, kurš tiek apdraudēts. Tradicionāli šis objekts ir valsts un/vai nācija. Valstij eksistenciāli draudi ir tādi, kuri apdraud tās neatkarību, bet nācijai – kuri apdraud tās identitāti. Taču drošībiskošanas pieejas ietvaros aktieri var censties praktiski jebko padarīt par apdraudēto objektu. Protams, drošībiskošana ne vienmēr noris

¹⁸ Barry Buzan, Ole Wæver, Jaap de Wilde (1998), *“Security: A New Framework For Analysis”*, Lynne Rienner Publishers, 23. – 24.lpp

¹⁹ Turpat, 21.lpp

²⁰ Turpat

²¹ Turpat, 24.lpp

²² Turpat

²³ Thierry Balzacq (2010), *“How Security Problems Emerge and Dissolve”*, Routledge, 1.nod.,2.lpp

veiksmīgi un tā var nerezultēt ar to, ka tiek pieņemti ārkārtas mēri, lai likvidētu faktorus, kuri apdraud objektu.

2. Drošībiskošanas aktieri. Šie ir aktieri, kuri veic drošībiskošanas procesu, pasludinot, ka apdraudētais objekts ir pakļauts eksistenciāliem draudiem. Pasludināšana noris ar runas akta palīdzību.
3. Funkcionālie aktieri. Šie aktieri ietekmē sektora dinamiku. Tie nepieder ne pie apdraudētā objekta, ne pie aktieriem, kuri veic drošībiskošanu, taču būtiski ietekmē drošībiskošanas procesa gaitu. Šiem aktieriem ir būtiska ietekme uz lēmumiem, kuri tiek pieņemti konkrētajā sektorā. Piemēram, cenšoties drošībiskot vides piesārņojuma problēmu, nozīmīgs funkcionālais aktieris var būt uzņēmums, kurš piesārņo vidi.²⁴

Drošībiskošanas procesam ir divas pieejas – filozofiskā un socioloģiskā. Starp šīm pieejām ir vairākas būtiskas atšķirības. Filozofiskā pieeja uzskata, ka, lai drošībiskošanas process būtu veiksmīgs, runas aktam un apstākļiem, kādos tas tiek pasniegts, ir jāatbilst noteiktiem kritērijiem. Savukārt socioloģiskā pieeja uzskata, ka drošībiskošana ir stratēģisks process, kas noris un ir daļa no apstākļu pielāgošanas. Tostarp, kontekstu, auditorijas psiholoģiskās īpatnības un varu, kuru runātājs un auditorija pieliek savstarpējā kontaktā. Runātājs pielieto pārliecināšanas metodes (emocijas, metaforas, stereotipus utt), lai sasniegtu savus mērķus.²⁵

Otra atšķirība starp abām pieejām ir, ka socioloģiskajā pieejā drošībiskošana kļūst par atsevišķu aģentu, kurš uz laiku apkopo noteiktus aktierus. Šie aktieri savstarpēja kontakta rezultātā rod atbildes reakciju uz noteiktu problēmu.²⁶

Abām pieejām ir svarīgs auditorijas elements. Filozofiskās pieejas ietvaros auditorija ir konkrēta cilvēku grupa, kura ir gatava uzņemt informāciju, uzklusot runas aktu. Savukārt socioloģiskajā pieejā uzsver kopīgu drošībiskošanas aktieru un auditoriju izveidi. Tādējādi auditorija tiek piemeklēta un jau iepriekš tiek izspriests, kādai grupai informācija ir paredzēta.²⁷

Drošībiskošanas process ne vienmēr ir veiksmīgs. Taču lai šis process rezultētos ar panākumiem, ir nepieciešams pievērst uzmanību vairākiem faktoriem. Lai problēma kļūtu par drošības problēmu, ir nepieciešama auditorija, kura piekrīt aktierim, kurš veic runas aktu. Auditorijai ir jābūt saistītai ar problēmu (jāpārzina un jāorientējas tajā), kā arī, auditorijai jābūt spējīgai pieņemt mērus, lai šo problēmu risinātu, vai vismaz veicinātu problēmas risināšanu.

²⁴ Barry Buzan, Ole Wæver, Jaap de Wilde (1998), *“Security: A New Framework For Analysis”*, Lynne Rienner Publishers, 36.lpp

²⁵ Turpat

²⁶ Turpat

²⁷ Turpat, 23.lpp

Par spīti tam, ka auditorijas locekļiem ir atšķirīgas izpratnes par to, kas ir eksistenciāli draudi, vislielākā nozīme ir tam, kā runas akta veicējs spēj identificēties ar auditorijas emocijām, vajadzībām, interesēm un vēlmēm. Lai auditoriju pārlicinātu, ir nepieciešams pielāgot gan izteiksmes līdzekļus, gan žestus. Kā arī, pirms runas akta veikšanas, runātājs rūpīgi izplāno, kas auditorijai ir svarīgi un kādiem stereotipiem auditorija varētu ticēt.

Aktieris, kurš veic drošībiskošanu, vēlas saņemt gan formālu, gan morālu atbalstu. Atbalsts var būt gan pastāvīgs, gan nepastāvīgs, taču jo atbalsts ir pastāvīgāks, jo lielāka iespēja, ka problēma tiks drošībiskota. Lai gan morāls atbalsts ir priekšnosacījums formālam atbalstam, abus atbalsta veidus nedrīkst sajaukt kopā. Piemēram, lai uzsāktu karadarbību pret kādu valsti, lai atbrīvotos no apdraudējuma, politiķi meklēs gan formālu, gan morālu atbalstu. Attiecīgi morālu atbalstu no sabiedrības puses, bet formālu atbalstu no institūcijām, kurām ir tiešs sakars ar šī mērķa īstenošanu. Mēdz būt situācijas, kad formāls atbalsts tiek iegūts, zaudējot morālo atbalstu no sabiedrības. Tādējādi drošībiskošanas aktieris zaudē savu uzticamību.

Drošībiskošana, tāpat kā politizācija, tiek saprasta kā starpsubjektīvs process. Pat ja tiktu pielietota objektīvāka pieeja, nav skaidrs, kā to varētu izdarīt, ja vien drauds nav nepārprotams un pašreizējs (piemēram, citas valsts bruņotie spēki šķērso valsts robežu). Nav viegli izšķirt, vai kāda problēma tiešām ir drauds un to ir nepieciešams drošībiskot. Lai to paveiktu būtu nepieciešami objektīvi kritēriji, par kuriem šajā teorijā nav padomāts. Taču ja tiktu izvirzīta mēraukla, nav teikts, ka tas nāktu par labu. Katrai valstij ir savs sliekšnis, kuru pārkāpjot, situācija kļūst par eksistenciālu draudu. Kad valstis drošībisko problēmu, tas ir politisks fakts, kuram ir sekas, jo problēmas drošībiskošana liek situāciju risināt ar līdzekļiem, kuri netiek pielietoti ikdienas problēmu risināšanai.²⁸

Ir būtiski, kā citi izvērtē, vai drošībiskošana būtu saprātīgs solis, jo tas ietekmē, kā citi aktieri sistēmas ietvaros reaģēs uz centieniem problēmu drošībiskot. Kā arī, kādas problēmas drošībiskošana ietekmē valstu savstarpējo ietekmi un sadarbību. Kas var šķist kā leģitīma problēma, kuru drošībiskot konkrētā kopienā, var šķist absolūti neloģiski citām kopienām. Piemēram, Padomju Savienība bija nobažījiesies par popmūzikas ietekmi uz sabiedrību, kamēr Rietumvalstis tajā nesaskatīja nekādu problēmu.²⁹

1.2.1 HIV/AIDS starptautiskās drošībiskošanas process

HIV/AIDS kā drošības problēma parādījās salīdzinoši nesen – 21.gadsimta sākumā. Nacionālā informācijas padome 1999.gadā publicēja novērtējuma atskaiti „Infekcijas slimību draudi un sekas ASV”. Šī atskaite oficiāli tika prezentēta 2000.gadā ANO drošības padomē.

²⁸ Barry Buzan, Ole Wæver, Jaap de Wilde (1998), *“Security: A New Framework For Analysis”*, Lynne Rienner Publishers, 30.lpp

²⁹ Turpat

Atskaitē tika aplūkotas arī citas slimības taču atskaite galvenokārt koncentrējās tieši uz HIV/AIDS. Daudzas atskaitē minētās nianšes jau bija parādījušās 1987.gada atskaitē. Piemēram, bažas par ietekmi uz bruņotajiem spēkiem, sociālo kohēziju, konflikta iespējamību, ierobežojumiem attiecībā uz ceļošanu un migrāciju, kā arī attiecību pasliktināšanos starp attīstītajām un attīstības valstīm.³⁰

Otrs solis pretī drošbiskošanai bija pievienot HIV/AIDS ANO drošības padomes dienaskārtībai un pārliecināt padomes biedrus, lai tiktu pieņemta rezolūcija. Lai tas notiktu, nozīmīgākā loma bija Ričardam Holbrookam (Richard Holbrooke), Klintona vēstniekam ANO, kurš pēc vizītes Āfrikas dienvidu reģionos, pārliecināja ASV administrāciju un ANO, ka HIV/AIDS būtu jātiek apspriestam ANO drošības padomē.³¹

Neskatoties uz to, ka ANO drošības padomes sēdes ietvaros HIV/AIDS problēma tika apspriesta, tas vēl nenozīmēja, ka tiks pieņemta rezolūcija. Trīs no pieciem permanentajiem ANO DP biedriem (Krievija, Ķīna, Francija) iesākumā bija pret. Taču Lielbritānija un citas valstis, kuras savus karavīrus sūtīja uz attālām konfliktzonām, šo ideju atbalstīja. Tika paustas šaubas, vai HIV/AIDS ietilpst ANO Drošības Padomes kompetencē, kā arī, ja rezolūcija tiks pieņemta, kurš būs atbildīgs par šī drauda likvidēšanu? Neskaidrības bija arī saistībā ar finansēšanu un politiskajām sekām šādas rezolūcijas pieņemšanai.³²

Lielā mērā rezolūcija tika pieņemta ASV lielās ietekmes dēļ. Kā arī, Holbrookam piemita nepieciešamās rakstura īpašības, lai spētu citus pārliecināt par savām idejām, nozīmīgu ekspertu atbalsta iegūšana šai idejai un HIV/AIDS statuss kā globālas problēmas statuss. Valstis, kuras šaubījās par šo rezolūciju arī nevēlējās publiski to kritizēt. Tādējādi rezolūcija tika pieņemta, neskatoties uz to, ka tā netika 100% atbalstīta no visu dalībvalstu puses.³³

Protams, kad rezolūcija oficiāli tika pieņemta, to atbalstīja visas dalībvalstis. Rezolūcija prasīja darbības no citām ANO institūcijām. Iesākumā, kad parādījās pirmie mēģinājumi pārliecināt starptautisko sabiedrību, kas notika ārpus Padomes, process iekļāva vairākas institūcijas, iekļaujot multilaterālas institūcijas, piemēram, G8, UNAIDS un Global Fund. Taču starptautiskās sabiedrības pārliecināšana, kas bija trešais drošbiskošanas līmenis, bija daļēji veiksmīga. Neskatoties uz to, ka problēma tika drošbiskota, ārpus ASV tikai dažas valstis uz HIV/AIDS reaģēja kā uz apdraudējumu.³⁴

Drošbiskošanas aktieri, kuri tika iekļauti dažādos drošbiskošanas līmeņos, uzsvēra atsevišķu analīzes līmeni. Viena no daudzlīmeņu drošbiskošanas sekām ir ka katrā līmenī

³⁰ C.McInnes, Simon Rushton, „*HIV/AIDS and securitization theory*”, SAGE, 124.lpp

³¹ Turpat

³² Turpat, 125.lpp

³³ Turpat

³⁴ Turpat

aktieris un auditorija mainās. Zināmā mērā to varētu sagaidīt no jebkura drošībiskošanas procesa, kuru ierosina viena valsts un tad process pāriet no vienas valsts uz otru. Taču HIV/AIDS gadījumā oriģinālā auditorija kļuva par drošībiskošanas aktieri nākamajā drošībiskošanas līmenī. Respektīvi, pirmajā līmenī Klintona administrācija bija auditorija. Daži no šiem darbiniekiem, kuri ir tikuši pārliecināti, savu pārliecību pauda Drošības Padomē. Šis process uzsver intersubjektivitāti drošībiskošanas procesā, ierosinot, ka drošībiskošanu var raksturot kā diskutēšanas procesu un liela nozīme ir atsaucīgai auditorijai. Šādas atsaucīgas auditorijas var turpināt pārliecināt citus. HIV/AIDS gadījums atspoguļo “normu dzīves ciklu”. Holbroks spēja pārliecināt salīdzinoši nelielu auditoriju, ka HIV/AIDS ir pielīdzināma drošības problēmai un pēc tam kaskadēt to caur starptautisko sabiedrību.³⁵

Nepieciešamība pārdefinēt drošības jēdzienu radās Aukstajam karam noslēdzoties. Pieaugošā globalizācija un valstu sadarbība veicināja jaunu draudu rašanos, kurus vairs nevarēja risināt ar reālisma skolas piedāvātajām metodēm. Kā vienu no centieniem drošības jēdzienu pārdefinēt var minēt Kopenhāgenas starptautisko attiecību skolu. Šī skola ir veidojusies uz konstruktīvisma teoriju bāzes, kura akcentē subjektivitāti un sociālu konstruēšanu. Kopenhāgenas skolas atbilde uz nepieciešamību pārdefinēt drošību ir drošībiskošanas koncepts. Šī koncepta ietvaros apdraudējums tiek padarīts par drošības problēmu, balstoties uz šīs problēmas prezentēšanas manieri, veicot runas aktu. Tādējādi apdraudētais objekts vairs nevar būt tikai valsts, kā tas ir bijis tradicionāli, bet arī vide, ekonomika, veselība utt – jebkas, kas saskaras ar eksistenciāliem draudiem. Protams, drošībiskošanas process ne vienmēr rezultējas ar panākumiem – lai problēma tiktu drošībiskota, drošībiskošanas aktierim ir jāsaņem gan formāls (no valdības), gan morāls (no sabiedrības) atbalsts. Viens no praktiskajiem drošībiskošanas procesa piemēriem ir HIV/AIDS drošībiskošana, kur parādās auditorijas nozīme un bottom-up pieeja drošībiskošanas procesam.

Pētījuma turpmākajā gaitā drošībiskošanas jēdziens tiks izmantots, lai analizētu HIV/AIDS epidēmiju Dienvidāfrikā. Darba turpmākajā gaitā atklāsies, kā HIV/AIDS epidēmija apdraud Dienvidāfrikas drošību, kā arī, kādi ir bijuši centieni šo situāciju risināt. Pieņemot, ka HIV/AIDS ir drauds Dienvidāfrikas drošībai, caur drošībiskošanas koncepta prizmu tiks izvērtēts kā situācija tiek risināta, kā arī, vai un kāpēc šī problēma ir vai nav tikusi drošībiskota.

³⁵ Turpat, 126.lpp

2. CILVĒKDROŠĪBA

Šajā nodaļā sīkāk tiks aplūkoti cilvēkdrošības un veselības drošības jēdzieni. Tā kā pētījums koncentrējas uz HIV/AIDS infekciju, ir nepieciešams sīkāk aplūkot infekcijas slimību vietu un nozīmi starp daudzveidīgiem apdraudējumu veidiem.

Cilvēkdrošības konceptu var iedalīt četrās pieejās. Pirmais un visizplatītākais no tiem ir Apvienoto Nāciju (ANO) piedāvātais definējums, kas uzskatāms par plašo jēdziena definīciju – „Cilvēkdrošība ir brīvība no bailēm un brīvība no trūkuma”. Analizējot kopienas, šī definīcija var būt sākuma punkts, kas palīdz identificēt iespējamus draudus un riska faktorus. Ja konkrētos riska faktorus un apdraudējumus ir iespējams pielīdzināt baiļu un trūkuma kategorijai, ir nepieciešama steidzama rīcība, kā arī, iespējams nepieciešams piesaistīt starptautisku atbalstu.³⁶

Otrā pieeja ir šaurāka – tā attiecas uz apdraudējumiem sabiedrībai bruņotu konfliktu gadījumā un represīvām valdībām, kā arī vājām valstīm. Kopienu līmenī šis definējums skar politisko un personisko cilvēkdrošību. Izvērtējot visus cilvēkdrošības aspektus, šajās jomās draudu skaits ir visaugstākais.³⁷

Trešā pieeja ietver skaidrojumus, kuri attiecas uz rīcībpolitiku un tās efektivitātes paaugstināšanu. Cilvēkdrošības koncepts ir kā ietvars daudzveidīgu netradicionālu draudu novēršanas pieeju meklējumiem. Šie netradicionālie draudi var ietvert HIV/AIDS, narkotikas, terorismu, cilvēku tirdzniecību u.c. Trešais cilvēkdrošības jēdziena skaidrojums veicina netradicionālo draudu iekļaušanu dienaskārtībā un pastiprinātas uzmanības piesaisti tieši šāda veida apdraudējumiem.³⁸

Savukārt ceturrtā pieeja fokusējas uz mēģinājumiem cilvēkdrošības jēdzienu integrēt starptautiskās drošības studijās. Šis skaidrojums ir vērsts uz analītiskā modeļa izveidi ar mērķi sniegt pienesumu izpētei, taču šāds skaidrojums attīstības valstīm nebūs jēgpilns.³⁹

Visizplatītākā un visbiežāk izmantotā cilvēkdrošības definīcija ir cēlusies no ANO Tautas Attīstības pārskata 1994.gadā. Šajā atskaitē cilvēkdrošība ir tikusi definēta tās plašākajā izpratnē un satur septiņus elementus:

1. Ekonomiskā drošība: ievainojamība attiecībā uz pārmaiņām ekonomikā, nabadzība;

³⁶ Žaneta Ozoliņa (2014), „Ziņojums par cilvēkdrošības koncepcijas ieviešanu kopienu līmenī”, 6.lpp

³⁷ Turpat

³⁸ Turpat, 6,7.lpp

³⁹ Turpat

2. Pārtikas drošība: izsalkums un bads, ievainojamība attiecībā uz ekstrēmām klimata pārmaiņām, kuras noved pie izmaiņām lauksaimniecībā (piemēram, plūdi, pārmērīgs sausums u.c)
3. Veselības drošība: ievainojumi un slimības; ievainojamība attiecībā uz saslimstību un infekcijām;
4. Vides drošība: resursu noplicināšanās, ievainojamība attiecībā uz piesārņojumu un vides degradāciju;
5. Personiskā drošība: vardarbība, ievainojamība attiecībā uz konfliktiem, vides apdraudējumi indivīdam
6. Kopienas drošība: nespēja integrēties dažādu kultūru pārstāvjiem, ievainojamība attiecībā uz kultūru globalizāciju;
7. Politiskā drošība: politiskās represijas, ievainojamība attiecībā uz konfliktiem un kara darbību.

Vispārīgākā cilvēkdrošības forma, balstoties uz ANO atskaiti, tiek definēta kā brīvība gan no bailēm (fiziska un psiholoģiska vardarbība u.c), gan vajadzībām (pārtika, veselība, nodarbinātība). Tādējādi cilvēkdrošības jēdziens iezīmē plašu apdraudējumu klāstu.⁴⁰

Indivīda vieta sabiedrībā ir cilvēkdrošības centrālais elements. Drošība cilvēkdrošības ietvarā ir cieši saistīta ar sociālo vidi. Citiem vārdiem sakot, atšķirīgos sociālos apstākļos arī draudi ir atšķirīgi. Piemēram, Bosnijā un Hercegovinā draudi, kuri izrietēja no etniskā konflikta, bija aktuāli 1994.gadā, bet šobrīd šādu draudu iespējamība minētajā valstī ir krietni zemāka.⁴¹

Cilvēkdrošība ir īpaši plaši pielietots jēdziens ANO un praktiski visa literatūra par cilvēkdrošību ANO atskaiti izmanto kā cilvēkdrošības sākuma punktu. Uz cilvēkdrošības jēdziena izveidi virzīties sāka Boutross Gali (Boutros Boutros-Ghali) ar atskaiti "Dienaskārtība mieram" (1992). Tā uzsvēra nozīmīgo pārmaiņu pret lielāku ANO iesaisti. Atskaitē tika minēts, ka ANO loma ir neatsverama cilvēkdrošības pieejā, veidojot pamatu miera veidošanai, uzturēšanai un pēc konflikta menedžmentam.⁴²

Daudzi akadēmiķi uzskata, ka dienaskārtības paplašināšanās, kas ietver cilvēkdrošības jēdzienu, tika uzsākta, lai veicinātu lielāku ANO iesaisti miera uzturēšanā. Proti, lai ANO darbība būtu globālāka, lai tiktu veidots dialogs ar nevalstiskajām organizācijām un lai ANO būtu tiesības izdarīt spiedienu uz valstu valdībām, lai mainītu to dienaskārtības.

Reaģējot uz notiekošo, 2003.gadā tika dibināta Cilvēkdrošības komisija, lai cilvēkdrošības jēdzienam piešķirtu nozīmi. Komisija nāca klajā ar šādu definīciju:

⁴⁰ Craig A. Snyder (2011), " *Contemporary Security and Strategy*, Palgrave Macmillan", 91.lpp

⁴¹ Turpat

⁴² Turpat, 92.lpp

“Lai aizsargātu cilvēku dzīvības tādā veidā, lai veicinātu brīvības un cilvēku piepildījumu. Cilvēkdrošība nozīmē aizsargāt fundamentālās brīvības – brīvības, kuras ir dzīves pamatā. Tas nozīmē aizsargāt cilvēkus no smagiem un plašiem draudiem. Tas nozīmē radīt politiskas, sociālas, vides, kultūras un militāras sistēmas, kuras apvienojot kopā, cilvēki spēj radīt apstākļus, lai cilvēki spētu izdzīvot (respektīvi netiktu apdraudēta dzīvība), spētu iztikt (respektīvi cilvēkiem būtu iespēja strādāt, lai sevi nodrošinātu, pieeja pārtikai, veselības aprūpei, izglītībai utt.), kā arī saglabāt cieņu (respektīvi cilvēki necieš no vardarbības, pazemošanas).⁴³

Cilvēkdrošība arī ir ļoti būtiska starptautiskās drošības sastāvdaļa. Starptautiskā kārtība nevar pastāvēt tikai balstoties uz valstu neatkarību un dzīvotspēju – tā ir atkarīga arī no indivīdiem un iņu izpratnes par drošību. Izvirzot indivīdu kā analīzes vienību, cilvēkdrošība kļūst par pamatu globālajai drošībai. Tādējādi globālus izaicinājumus ir jāizvērtē balstoties uz to, kā tie ietekmē cilvēku drošību, ne tikai valstu drošību.⁴⁴

Cilvēkdrošībai ir dažādas definīcijas un skaidrojumi, padarot to par visai abstraktu jēdzienu. Taču saistot cilvēkdrošību ar starptautisko drošību un uzskatu, ka drošība nevar saistīties tikai ar valsti, ir mūsdienām atbilstoša ideja. Pēc autores domām, indivīdiem aizvien vairāk rūp savas individuālās intereses un labklājība, tādējādi cilvēkdrošības jēdziens pavisam noteikti ir aktuāls un tā aktualitāte aizvien turpinās pieaugt.⁴⁵

Arī veselības drošību var uzskatīt par daļu no cilvēkdrošības jēdziena. Ikviena indivīda prioritāte ir viņa veselības stāvoklis. Ja cilvēks nejūtas pasargāts no dažādām slimībām, vai arī nespēj saņemt atbilstošu medicīnisko palīdzību, tas jūtas apdraudēts. Un kā gan valsts var pastāvēt, ja viena no tās būtiskākajām sastāvdaļām – sabiedrība – tiek apdraudēta?

Cilvēkdrošības koncepts plaši tiek lietots arī izpētē. Koncepts koncepts kā rīks analīzei un izskaidrošanai ir sniedzis būtisku pienesumu. Tā būtība slēpjas vairākos komponentos:

1. Ietvars aizsardzībai un autorizācijai

Drošībiskošanas ietvara operacionalizācija iekļauj hibrīda pieeju, kura kombinē top down normas, procesus un institūcijas, tostarp likuma varu, labu pārvaldību un sociālo aizsardzību ar bottom up elementiem, kuri ietver demokrātiskos procesus un atbalsta indivīdu, kopienu lomu kā aktierus kuri definē un realizē savas brīvības. Kā arī, identificē trūkumus pašreizējā drošības infrastruktūrā.⁴⁶

2. Plašums

⁴³ Turpat

⁴⁴ Paul D. Williams (2008), „*Security studies: An Introduction*”, Routledge, 232.lpp

⁴⁵ Turpat

⁴⁶ United Nations Trust Fund for Human Security. *Human Security in Theory and Practice*, 12.lpp. Izgūts no [\[http://www.un.org/humansecurity/sites/www.un.org/humansecurity/files/human_security_in_theory_and_practice_english.pdf\]](http://www.un.org/humansecurity/sites/www.un.org/humansecurity/files/human_security_in_theory_and_practice_english.pdf)

Drošībiskošana uzsver plašu nedrošību spektru. Tā iezīmē daudzpusēju draudu dabu, piešķirot visiem apdraudējumu veidiem vienādu nozīmi un iedrošina gan reģionālu, gan multilaterālu sadarbību.⁴⁷

3. Multi-sektorālisms

Starp dažāda veida intervencēm ir nepieciešama saskaņotība, lai izvairītos no negatīvām sekām un vairotu pozitīvo efektu. Tādējādi intervences tiek rūpīgāk plānotas, lielāku uzmanību pievēršot sekām.⁴⁸

4. Kontekstualizācija

Nedrošība ir atšķirīga dažādās valstīs un kopienās. Gan draudu izcelsme, gan izpausme atšķiras no dažādiem faktoriem. Tādējādi nedrošību risināšanai ir jābūt elastīgai – tai jāpielāgojas dažādiem kontekstiem, apstākļu kombinācijām. Pat vienam un tam pašam draudu veidam risinājums ir jāpielāgo, jo nav divu identisku apstākļu kombināciju, kas ļautu pielietot vienu un to pašu risinājumu, saņemot tādus pašus rezultātus.⁴⁹

5. Uzsvars uz prevenciju

Cilvēkdrošības konceptā tiek ietvertas priekšlaicīgas preventīva darbības, lai mazinātu nedrošības sekas, kā arī uzsvars tiek likts uz ilgtermiņa risinājumiem.

6. Sadarbība

Nereti apdraudējumi ir savstarpēji savienoti. Tādējādi ir nepieciešams plašs tīkls, kurš sastāv no aktieriem, kuriem pieejami gan resursi, gan ekspertīze gan vietējām gan nacionālā, gan starptautiskā līmenī.⁵⁰

7. Izvērtēšana

Uz cilvēkdrošības konceptu balstīta analīze ir ļoti būtiska. Tā nodrošina kontekstuālu pārskatu par cilvēku vajadzībām un faktoriem, kuri apdraud viņu drošību. Ar šādas analīzes palīdzību ir iespējams izvērtēt pieņemtos lēmumus un politiku, kā arī šādas analīzes var būt kā paraugs konkrēta lēmuma seku izvērtējumam.⁵¹

2.1. Veselības drošība

Pirmā saikne starp veselību un drošību tika saskatīta brīdī, kad cilvēkdrošības koncepts tika iekļauts Apvienoto Nāciju Attīstības programmas Veselības Attīstības Atskaitē 1994.gadā. Cilvēkdrošības koncepts cenšas labot jau iesakņojušos uztveri par drošību. Respektīvi koncepta ideja ir pārformēt uztveri par drošības konceptu – ka apdraudējumi var rasties arī no netradicionāliem cēloņiem. Attīstot cilvēk-centrisku uztveri par drošību, nevis tikai tādu, kura

⁴⁷ Turpat, 13.lpp

⁴⁸ Turpat

⁴⁹ Turpat

⁵⁰ Turpat, 14.lpp

⁵¹ Turpat

koncentrējās uz atsevišķām valstīm, cilvēkdrošības koncepta aktīvistu cenšas vērst uzmanību uz to, ka bruņoti konflikti 20.gadsimtā noris salīdzinoši reti. Tā vietā aizvien lielāku lomu drošības izpratnē iegūst indivīda vajadzības un labklājība.⁵²

Veselības drošība ir jauns koncepts, kurš vēl nav ieguvis visiem pieņemamu definīciju. Ar veselības drošību tiek saistīti dažādi procesi un šo konceptu lieto kombinācijā arī ar citiem jēdzieniem. Piemēram, “nacionālā veselības drošība”, “starptautiskā veselības drošība”, “globālā veselības drošība” vai arī saistībā ar jēdzienu “cilvēkdrošība”. Veselības drošības koncepta plašā izpratne ir radījusi apjukumu. Taču problēmas sakne neslēpjas koncepta plašumā, bet gan tajā, ka trūkst konkrētības, kādas tieši veselības problēmas ir drauds un kā uz šo draudu reaģēt.⁵³

Analizējot literatūru par veselības drošību, ir trīs pazīmes, kuras liecina, ka problēma ir drauds veselības drošībai:

1. Slimības, kuras strauji izplatās, globalizētā pasaulē ir drauds gan indivīdiem, gan valstīm
2. Slimību šūnas var izmantot teroristi, radot bioloģiskos ieročus un izmantot tos gan pret armiju, gan civiliedzīvotājiem
3. Slimību nastai (visbiežāk – HIV/AIDS) līdzī var nākt sociālās, politiskās, ekonomiskās un militārās sekas, kuras apdraud valstis un reģionus.

Aplūkojot šādus kritērijus, kļūst visai skaidrs, kas tiek uztverti par draudiem veselības drošībai: drauds izriet vai nu no infekcijas slimībām, kuras ceļo pāri robežām (dabiski vai ar cilvēka iejaukšanos), vai veselības krīzēm, kuras apdraud valsts drošību un stabilitāti.⁵⁴

Veselības krīzēm var būt dramatiskas sekas uz globālo ekonomiku. Globalizācija ir ne tikai palielinājusi jutību pret šādām krīzēm, bet arī palielinājusi to teritoriju, kuru dažādas epidēmijas var apdraudēt. Epidēmija var samazināt ekonomisko izaugsmi teritorijās, kurās tiešā veidā tā nemaz neskar. Savukārt sliktākajā gadījumā epidēmijas var veicināt nabadzību un radīt stresu iedzīvotājiem pat attīstītās valstīs. Nabadzība un slikts veselības stāvoklis var veicināt migrāciju, jo cilvēki meklēs labākus un drošākus dzīves apstākļus citur. Taču migrācijas plūsmas pieaugums veicina slimības izplatību un darbojas kā destabilizējošs spēks.⁵⁵

Armijas atrodas īpaša riska grupā, jo karavīri, kurus ir skārusi kāda slimība, nespēj pildīt savus pienākumus, tādējādi apdraudot valsts nacionālo drošību. Kā arī, atsevišķu saslimšanu

⁵² Alan Collins (2013), „*Contemporary Security studies*”, Oxford University Press, 335.lpp

⁵³ Simon Rushton (2011), „*Global Health Security: Security for Whom? Security from What?*”, Political Studies Association 781.-782.lpp

⁵⁴ Turpat, 782.lpp

⁵⁵ Simon Rushton, Jeremy Youde (2014), „*Routledge Handbook of Global Health Security*”, Routledge 1.nodaļa 4.lpp

riski (piemēram, HIV/AIDS), ietekmē valstu vēlmi sūtīt savus kareivjus miera uzturēšanas operācijās. Bažas arī sagādā tas, ka valstis, kurās noris miera uzturēšanas operācijas, var saņemt kareivjus no citām valstīm tādējādi ienesot dažādas infekcijas slimības.⁵⁶

Infekcijas slimību radītais apdraudējums slēpjas tajā, ka tās izraisa mikrobi, kuri ir nemanāmi cilvēkam. Cilvēki tiem ir pakļauti visu laiku pat neapzinoties un neilgi pēc tam iestājas mokoša nāve. Tādējādi tās ir klusas un nemanāmas slepkavas. Grūti iedomāties ko biedējošāku nekā letālas briesmas, kuras nav iespējams noteikt. Tieši neziņa ir tas, kas rada bažas. Cilvēku bailes no mikrobiem, vīrusiem un baktērijām ir tas, kas infekcijas slimības padara par drošības draudu uz citu veselības problēmu fona. Kopš 2003.gada divas infekciju slimības ir kļuvušas par nacionālās drošības draudiem.⁵⁷

Ne visas infekciju slimības tiek uzskatītas par veselības drošības draudiem. Kā drauds veselības drošībai tiek atzītas tās slimības, kuras ietekmē iedzīvotājus, nevis indivīdus, kurām ir augsts mirstības rādītājs, slimības ir akūtas un kuras šķērso valstu robežas. Taču tikai ar vienu no top 10 nāves cēloņiem pasaulē – HIV/AIDS – tiek uzskatīts par veselības drošības problēmu.

58

Nemot vērā ierobežoto izpratni par veselības drošību, ir visai vienveidīgas reakcijas uz šiem draudiem. Tas, protams, nenozīmē, ka visi turpmāk minētie soļi tiek veikti, bet šīs ir vispārpieņemtās darbības, kuras būtu nepieciešams veikt. Aizsargājoties gan pret pārrobežu infekcijas slimībām, gan bioloģisko ieroču draudiem, rīcību var iedalīt divās kategorijās: uzraudzība un ārkārtas atbilde.

Uzraudzības aktivitātes primāri balstās uz valsts veselības infrastruktūru (diagnostika, laboratoriskie izmeklējumi, datu apkopošana un analīze) vai uz robežkontroli. Uzraudzības efektivitāte balstās tikai uz konkrētās valsts infrastruktūru. Taču ir nepieciešama starptautiska sadarbība attiecībā uz slimību uzraudzību. Starptautiskajā Veselības regulā (International Health Regulation) ir ietverti principi starptautisku infekcijas slimību uzraudzībai un atskaitēm, kas pieprasa, lai valstis sniegtu atskaites Pasaules Veselības organizācijai (World Health Organization) slimību uzliesmojumus, kuri potenciāli apdraud citas valstis. Lai to padarītu iespējamu, Starptautiskā veselības regula iekļauj kapacitātes un procedūras, kuras valstīm ir jāietver savā veselības aprūpes sistēmā, kā arī ostās un lidostās. Lai gan mūsdienu pasaulē slimību uzliesmojumus ir ļoti grūti ierobežot pilnība, laicīga problēmas identifikācija, kuras

⁵⁶ Turpat

⁵⁷ Alan Collins (2013), „*Contemporary Security studies*”, Oxford University Press., 339.lpp

⁵⁸ Simon Rushton (2011), „*Global Health Security: Security for Whom? Security from What?*”, Political Studies Association 783.-784.lpp

rezultātā valsts var ātrāk reaģēt un sagatavoties, var dramatiski samazināt risku un potenciālo kaitējumu.⁵⁹

Ārkārtas reakcija, līdzīgi kā uzraudzība, ir atkarīga no valsts veselības aprūpes sistēmas iespējām. Šīs sistēmas tiek veidotas ar mērķi nodrošināt spēju atbildēt uz ārkārtas situācijām veselībā un bieži ir daļa no plašākiem katastrofu gatavības plāniem.⁶⁰

Būtiskākās tehnikas ietver veselības aprūpes darbinieku apmācības, publiskās komunikācijas stratēģijas, vakcīnu u.c. medikamentu krājumu veidošanas, kā arī citas metodes. Taču arī šeit ir starptautiskā dimensija. Pasaules Veselības organizācijai ir nepieciešamā autoritāte, lai aktīvi rīkotos – sniegt palīdzību valstīm slimību uzliesmojuma gadījumos, veidot padomus tūristiem (kurās valstīs pastāv riski veselībai, kur labāk nedoties ceļojumā un tml), kā arī dot padomus valstīm, kā labāk cīnīties ar situāciju, kur tiek apdraudēta indivīdu veselība. Lai gan Pasaules Veselības organizācija tiek kritizēta, tās preses konference attiecībā uz cūku gripas uzliesmojumu tika plaši atspoguļota tādējādi pierādot organizācijas ietekmi. Taču praktiskā organizācijas rīcība nav vērtējama kā efektīva.⁶¹

Globālais veselības drošības aspekts kļūst aizvien ietekmīgāks. Valstis tic, ka tās vienpusēji nespēj sevi aizsargāt no infekcijas slimībām. Ņemot vērā pieaugošo globalizāciju un starptautisko tirdzniecību, valstis nevar pilnībā noslēgt savas robežas un izolēties no ār pasaules, tikai lai pasargātos no infekcijas slimībām. Tādējādi valstu interesēs ir veicināt starptautisko sadarbību, lai cīnītos ar draudiem veselības drošībai, kuri pauž būtiskus draudus arī nacionālajai drošībai.⁶²

Veselības drošība tiek identificēta kā viens no cilvēkdrošības komponentiem. Taču pretēji šaurajam fokusam uz infekcijas slimību draudiem, veselības drošība tika uztverta plašākajā izpratnē, ietverot gan infekcijas, gan ne-infekcijas slimības, kā arī saistot veselības drošību ar nabadzību un nevienlīdzību. Cilvēkdrošības komisija uzsvēra šo plašo izpratni, uzsverot, ka veselības drošība ir cilvēkdrošības kodols – slimība, invaliditāte un nāve, no kuras ir iespējams izvairīties (respektīvi nāve, kura iestājas slimības rezultātā), ir draudi cilvēkdrošībai. Šis uzskats pauž krietni plašāku uztveri par draudiem, taču tam ir arī cits references objekts – cilvēks, nevis valsts.⁶³

Cilvēkdrošība ir plašs jēdziens un laika gaitā tam ir parādījušās dažādas interpretācijas. Autore kā savam pētījumam vispiemērotāko atzīst trešo visplašāko uztveri par cilvēkdrošību, kura tiek izmantota arī ANO. Plašākajā definīcijā minēts, ka cilvēkdrošība ietver brīvību no

⁵⁹ Turpat, 784.lpp

⁶⁰ Turpat

⁶¹ Turpat, 785.lpp

⁶² Turpat 785-786.lpp

⁶³ Turpat, 786.lpp

bailēm, tādējādi ietverot daudzveidīgus apdraudējumus. Šie apdraudējumi tiek iedalīti septiņās grupās: ekonomiskā, pārtikas, veselības, vides, personiskā, kopienas un politiskā drošība.⁶⁴ Cilvēkdrošības jēdziens arī ir sniedzis savu pienesumu izpētei, paverot plašākas iespējas pētniekiem un veicinājis pārdomātākus risinājumus dažādām problēmām. Respektīvi, tiek izvērtēts, kā dažādi risinājumi ietekmēs citus cilvēkdrošības sektorus.

Arī veselības drošība ir kā daļa no cilvēk-centriskā draudu uztveres veida. Tas ir jauns koncepts un attiecībā uz to vēl ir zināms apjukums un neskaidrība. Taču šobrīd kā draudi veselības drošībai tiek uzskatītas slimības, kuras strauji izplatās, iespēja izmantot slimību šūnas kā ieročus un slimību radītā nasta valstij, ja šīs slimības izplatības rādītāji ir pietiekami augsti.⁶⁵ Ņemot vērā, ka neviena valsts mūsdienās nevar pilnībā noslēgt savas robežas, akūtas infekcijas slimības, kurām ir augsti mirstības rādītāji, var būtiski apdraudēt ikvienu valsti.

⁶⁴ Craig A. Snyder (2011), *Contemporary Security and Strategy*, Palgrave Macmillan, 91.lpp

⁶⁵ Simon Rushton (2011), *Global Health Security: Security for Whom? Security from What?*, Political Studies Association 786.lpp

3. HIV/AIDS KĀ DROŠĪBAS PROBLĒMA

Šī nodaļa ietvers detalizētu skaidrojumu, kāpēc tieši HIV/AIDS ir drošības problēma un kādas sekas šī slimība rada, sasniedzot epidēmijas apjomu.

HIV/AIDS kā drošības problēma pastāv no 2000.gada, kad Drošības padomes rezolūcijā nr. 1308 šī infekcijas slimība tika iekļauta dienaskārtībā kā drauds nacionālajai drošībai. Slimība apdraud stabilitāti, bruņotos spēkus, miera uzturētājus, kā arī HIV/AIDS izplatība veicina vardarbības saasināšanos. Infekcija postošās sekas īpaši tiek uzsvērtas attiecībā uz ekonomiku un pārvaldību. HIV/AIDS rada īpaši nopietnas problēmas ekonomikai, jo kumulatīvie slimības efekti ir jūtami vairāku gadu garumā. Proti, infekcijas sekas tiek novilcinātas, jo pacienti saslimst pakāpeniski, bet pēc tam sabiedrībai uzliek lielu slogu, jo slimība skar ekonomiski aktīvo sabiedrības daļu.⁶⁶

Konkrētāk, 1994.gada Tautas Attīstības pārskatā tika izvirzīti septiņi punkti, uz kuriem politikas veidotājiem vajadzētu vairāk koncentrēties: *ekonomiskā drošība* (nabadzība, bezpajumtnieki), *pārtikas drošība* (bads, izsalkums), *veselības drošība* (slimības, nepietiekama veselības aprūpe), *vides drošība* (ekoloģiskā degradēšanās, piesārņojums, dabas katastrofas), *personiskā drošība* (fiziska vardarbība, noziedzība, ceļu satiksmes negadījumi), *kopienu drošība* (apspiestība, diskriminācija), *politiskā drošība* (represijas, spīdzināšana, cilvēktiesību pārkāpumi). Kā daļu no plašākas pieejas drošībai, pārskats uzsvēra arī smago nastu, kuru infekcijas slimības uzliek attīstības valstīm. Šo slimību vidū galvenokārt ir HIV/AIDS, tuberkuloze un malārija. Šīs slimības ik gadu izraisa nāvi aptuveni 4,5miljoniem cilvēku.⁶⁷

Tautas attīstības pārskats sākotnēji neminēja veselības drošības jēdzienu ļoti detalizēti. Taču 2003.gadā Cilvēkdrošības Komisijas Atskaite to laboja veltot veselu nodaļu veselības drošībai. Laba veselība ir pamats, lai sasniegtu cilvēkdrošību. Tas ir pamats no tāda viedokļa, ka cilvēkdrošības ideja ir dzīvību aizsardzība un to nav iespējams panākt, ja netiek ierobežots nāvējošo slimību upuru apjoms.

Epidēmiskas slimības ir gan tiešs gan netiešs drauds cilvēkdrošībai. Tiešs, jo šādas slimības var izraisīt cilvēka nāvi un netiešs, jo šīs slimības valsti var tiktāl apgrūtināt, ka tiek skarti arī citi cilvēkdrošības aspekti. Gan tiešos, gan netiešos draudus, kurus epidēmiskas slimības izraisa, var labi saskatīt attīstības valstīs, kuras smagi skar AIDS. AIDS ir globāla problēma. Tai jāpievērš uzmanību kā draudam cilvēkdrošībai un jādubulto pūles, lai uzveiktu šo draudu un tiku galā ar tā sekām. Tiek uzskatīts, ka HIV/AIDS ir tikai Subsahāras Āfrikas

⁶⁶ Paul D. Williams (2008), „*Security studies: An Introduction*”, Routledge, 279.lpp

⁶⁷ Alan Collins (2013), „*Contemporary Security studies*”, Oxford University Press., 335.lpp

reģiona problēma, taču tā nav. Visos pasaules reģionos ir būtisks HIV/AIDS slimnieku skaits.

68

HIV/AIDS drošības problēma, kuru cilvēkdrošības koncepts akcentē kā tādu, kurai ir nepieciešama palielināta starptautiskā koordinācija gan attiecībā uz prevenciju, gan ārstēšanu, gan rūpēm par jau inficētajiem pacientiem. Uzsvars uz veselības problēmām cilvēkdrošības koncepta ietvaros ir daļa no mūsdienu pasaules politikas, kur veselības problēmas tiek aizvien vairāk apspriestas un tām tiek atbildēts drošības valodā, taču tādā kontekstā, kurā drošības nozīme ir būtiski paplašināta un pārdefinēta.⁶⁹

fAtskatoties uz 2000.gadu, kad HIV/AIDS ieguva statusu kā apdraudējums, šķiet, ka situācija tika aplūkota pārāk kritiski. Protams, HIV/AIDS izraisa drošības problēmu un tas, ka slimības sekas nav pietiekami dziļi izpētītas, nenozīmē, ka tās nav. HIV/AIDS kā draudu veids ir krietni sarežģītāks, nekā tas izskatījās 2000.gadā un arī mazāk tiešs.⁷⁰

Taču lai gan slimībai nav tik postošas sekas, kā tas varēja šķist 2000.gadu sākumā, HIV/AIDS lieliski demonstrē, kā infekcijas slimība var skart vairākus cilvēkdrošības aspektus, tostarp veselības drošību, ekonomisko drošību un pārtikas drošību. Kombinējot ar lielo skaitu dzīvību, kuras slimība paņem ik gadu, HIV/AIDS var uzskatīt kā mūsdienu pasaules drošības problēmu, kurai risinājums nepieciešams steidzami.⁷¹

3.1 HIV/AIDS infekcijas būtība

Lai sīkāk izpētītu HIV/AIDS postošo iespaidu un kāpēc šī slimība ir drauds veselības drošībai, ir nepieciešams apzināt, kā infekcija izplatās un kā to ir iespējams ārstēt.

Pilnajā nosaukumā HIV nozīmē imūndeficīta vīruss (*human immunodeficiency virus*), savukārt AIDS – iegūtais imūndeficīta vīruss (*acquired immunodeficiency virus*).⁷² AIDS pirmo reizi tika diagnosticēts 1981.gadā. HIV uzbrūk cilvēka imūnsistēmai, precīzāk, tām šūnām, kuras ir aizsargā cilvēka organismu no dažādām infekcijām. Tādējādi HIV pacients ir pakļauts ļoti augstam saslimstības riskam un laika gaitā pacients zaudē spēju atvairīt slimības. AIDS ir HIV pēdējā pakāpe.⁷³

Šobrīd nepastāv efektīvi medikamenti, kuri izārstētu HIV, taču vīrusu ir iespējams kontrolēt. To ir iespējams paveikt ar antiretrovīrusu terapijas palīdzību, taču terapija ir nepieciešama regulāri. Tādējādi HIV pacienti samazina risku inficēt citus un būtiski pagarina

⁶⁸ Turpat, 335,336.lpp

⁶⁹ Turpat, 338.lpp

⁷⁰ Turpat

⁷¹ Turpat

⁷² Aids.gov. *What is HIV/AIDS?* Izgūts no [<https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/what-is-hiv-aids/>]

⁷³ Aids.gov. *A Timeline of HIV/AIDS*. Izgūts no [<https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/index.html>]

pacienta dzīves ilgumu. Ja indivīds HIV ir atklājis laicīgi, regulāri saņemot terapiju, var nodzīvot gandrīz tikpat ilgu mūžu, cik vesels cilvēks. Ne visi pacienti, kuri slimo ar HIV, iegūst arī AIDS. Indivīds, kurš ieguvis AIDS, dzīvo vidēji trīs gadus.⁷⁴

HIV infekcija neizplatās tik viegli kā, piemēram, saaukstēšanās. To var iegūt stājoties seksuāla rakstura kontaktos ar inficētu personu, lietojot nesterilizētas adatas (piem., lai veiktu narkotisko vielu injekcijas). Retākos gadījumos iegūt HIV var iegūt asins pārliešanas, orgānu pārstādīšanas rezultātā, kā arī, HIV pozitīvas sievietes pasaulē laistais bērns būs slims ar HIV.

Jāuzsver, ka HIV un AIDS nav viens un tas pats. Ja persona ir inficējusies ar HIV, ar attiecīgas terapijas palīdzību HIV var kontrolēt un tas neattīstīsies par AIDS, kas ir HIV galējā stadija.⁷⁵

Tādējādi HIV ir neārstējams vīruss, kuru ir iespējams kontrolēt ar antiretrovīrusu terapijas palīdzību. Ja terapija netiek īstenota, HIV progresējot, tas kļūst par AIDS un trīs gadu laikā iestājas indivīda nāve. HIV galvenie izplatīšanās veidi ir seksuāla rakstura kontakti ar inficētu personu, kā arī nesterilu adatu lietošana.

3.2. Ietekme uz sabiedrību

Cīņa ar HIV prasa spēcīgu sociālo un ģimenes atbalstu. Spēcīgas ģimenes ir labākais atbalsts un aizsardzība inficētam ģimenes loceklim. Atsaucīga ģimene pielāgojas jaunajiem apstākļiem, nodrošinot pacientu ar mājas aprūpi, atbalstu ikdienā, palīdz finansiāli, kā arī, psiholoģiski un emocionāli.⁷⁶

Atbalsta līmenis ir atkarīgs no uzticības un atvērtības starp ģimenes locekļiem. Kā minēts iepriekš, būtisks ir arī sociālais atbalsts. Ja sabiedrībā nevalda aizspriedumi pret HIV pozitīvām personām, tādējādi tiek absorbēta daļa no stresa, kuru izraisa infekcija HIV pacientam.⁷⁷ Protams, cerētais atbalsts ne vienmēr tiek sniegts. Piemēram, Dienvidāfrikā jo projām pastāv aizspriedumi pret HIV/AIDS pacientiem. Kā arī, ģimenēs, pie kurām pieder kāds HIV pozitīvs indivīds, rodas stress un bailes par to, ka vēl kāds ģimenes loceklis netiek inficēts.⁷⁸

Indivīdu ekonomiskā drošība ir vēl viens būtisks sektors, kuru ietekmē HIV/AIDS izplatība. Mājsaimniecības, kuras ir skāris HIV/AIDS, saskaras ar pazeminātiem ienākumiem, jo HIV/AIDS pacienti nespēj strādāt vai arī kāds no ģimenes locekļiem ir spiests rūpēties par

ev⁷⁴ Aids.gov. *What is HIV/AIDS?* Izgūts no [<https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/what-is-hiv-aids/>]

⁷⁵ Aids.gov. *How do You get HIV/AIDS?* Izgūts no [<https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/how-you-get-hiv-aids/index.html>]

⁷⁶ Iwelunmor, Airhihenbuwa, Okoror, Brown, Belue (2008), „*Family systems and HIV/AIDS in South Africa*”, Baywood publishing, 325, 326.lpp

⁷⁷ Turpat, 326

⁷⁸ Turpat, 333

pacientu. Dienvidāfrikā veikts pētījums uzrādīja, ka mājsaimniecībās, kurās ir kāds HIV/AIDS pacients, ienākumi ir par 50-60 procentiem zemāki. Kā arī, šīm mājsaimniecībām ir nepieciešams tērēt līdzekļus pacienta medicīniskajiem izdevumiem.⁷⁹ Negatīvi tiek ietekmēts arī dzīves standarts. Ģimenes, kuras ir zaudējušas kādu no ģimenes locekļiem dēļ HIV/AIDS, ir spiestas pārcelties uz lētākiem mājokļiem. Dienvidāfrikā nereti mirstot ģimenes loceklim, uz kura vārda ir ticis ņemts kredīts mājoklim, ģimene šo mājokli zaudē.⁸⁰

Nereti infekcijas rezultātā bērni zaudē vienu no vecākiem vai pat abus. Kāda no vecākiem (vai abu vecāku) nāve atstāj ļoti smagas sekas uz bērniem. Bērns ir spiests pamest skolu un meklēt darbu, lai izdzīvotu. Šādi bērni ir pakļauti ekspluatācijai un vardarbībai no līdzcilvēkiem. Bērniem nereti arī ir jāspēj uzturēt un audzināt jaunāku brāli vai māsu. Bērniem arī nav iespēju paraudzīties uz vecāku piemēru un mācīties no viņu pieredzes, kas apgrūtina bērna iekļaušanos sabiedrībā.⁸¹

Protams, ir arī bērni, par kuriem parūpējas audžu ģimenes. Taču šīs ģimenes, kuras uzņemas rūpes par svešu bērnu, visbiežāk ir trūcīgas. Kā arī, audžu ģimenēm visbiežāk jau ir savi bērni. Tādējādi, ja ģimene nevar atļauties izglītēt un pabarot visus bērnus, priekšroka vienmēr būs pašu bērniem. Rezultātā adoptētajam bērnam ir ļoti grūti izkļūt no nabadzības.⁸²

Vēsturiski liels skaits bāreņu ir radies dēļ īstermiņa problēmas, piemēram, kara, bada vai kādas epidēmijas. Taču HIV/AIDS epidēmija ir pārveidojusi bāreņu skaita palielināšanos par ilgtermiņa hronisku problēmu.⁸³

Pieaugot bez vecākiem vai arī bērniībā nesaņemot pietiekami daudz uzmanības, atrodas riska grupā kļūt par noziedzniekiem. Tā kā daudz afrikāņu bērni tiek adoptēti trūcīgās ģimenēs, viņi pat būs spiesti veikt noziegumus, lai izdzīvotu. Šie noziegumi iekļauj pārtikas un apģērba zādzības, kā arī īpašumu aplaupīšanu. Tādējādi bērni iegūst iztiku gan sev, gan nozagtās lietas var iemainīt prec citām nepieciešamām precēm.⁸⁴

Bāreņu skaita palielināšanās pilsētu nomalēs nodrošina labvēlīgus socio-ekonomiskos apstākļus ne tikai nosacīti sīkām zādzībām, bet arī grupveida noziegumiem, auto zādzībām, kā arī veikalu izlaušanās. Šādas sekas piedzīvos lielākas pilsētas. Piemēram, apdzīvotības blīvums ir cieši saistīts ar noziedzības pieaugšanu. Lielāks cilvēku apjoms palielina konkurenci par dažādiem resursiem un pārapdzīvotība pieprasa vairāk preču un pakalpojumu un palielina

⁷⁹ Turpat

⁸⁰ Robyn Pharaorah, Martin Schonteich (2003), "AIDS, Security and Governance in Southern Africa: Exploring the impact", Institute for security studies, 9.lpp

⁸¹ Turpat

⁸² Turpat

⁸³ Pieter Fourie and Martin Schonteich *The Impact of HIV/AIDS on Human Security in South and Southern Africa*, Izgūts no [http://data.unaids.org/topics/security/canterburypaper_en.htm]

⁸⁴ Turpat

konfliktsituācijas starp iedzīvotājiem. Noziedzīgu grupējumu lielā aktivitāte ir saistīta arī ar ieroču pieejamību, kura pilsētās ir krietni augstāka.⁸⁵

Ja viens no bērna vecākiem vai abi vecāki mirst no HIV/AIDS, tas uz bērnu atstāj smagākas psiholoģiskas sekas, nekā ja nāvi būtu izraisījusi cita saslimšana. HIV attīstība ir neparedzama un lēna, tādējādi sagādājot papildus stresu un negatīvu emociju pieplūdumu, jo bērns redz, kā viņa vecāki mokoši mirst. Attīstības valstīs pretsāpju medikamenti nereti ir nepieejami, pastiprinot gan pacienta ciešanas, gan līdzcilvēku pārdzīvojumus, jūtot līdzī inficētajam.⁸⁶

Bērnām, kura vienam no vecākiem ir HIV/AIDS, ir īpaši smagi. Ņemot vērā HIV/AIDS izplatības raksturu, ir ļoti liela iespēja, ka ja inficēts ir viens no vecākiem, tiks inficēts arī otrs. Tādējādi bērns ir spiests uzņemties rūpes, kuras tam vēl nebūtu jāuzņemas – jāaizstāj mammas, tēta vai abu vecāku loma, jāparūpējas par citām ģimenes atvasēm, jāveic dažādi mājas pienākumi un jākopj inficētie vecāki. Šādu pienākumu kombinācija būtu apgrūtināša pat pieaugušajam, nemaz nerunājot par bērniem.⁸⁷

Dienvidāfrikā arī ir plaši izplatīta prakse inficētām personām (visbiežāk tie ir vīrieši) biežāk stāties seksuāla rakstura kontaktos ar dažādiem partneriem, lai infekciju izplatītu. Nereti tas notiek, seksuāli izmantojot jaunas sievietes, jo tiek pieņemts, ka jaunākai meitenei pastāv mazāka iespēja, ka viņa ir tikusi inficēta ar HIV. Subsahāras Āfrikas reģionā saskaņā ar tradicionālo ģimenes modeli, vīrietis ģimenē ir pati svarīgākā persona. Tādējādi sievietes tikai daļēji spēj ietekmēt savu intīmo dzīvi, viņu vīriem nereti ir vairākas partneres, kā arī, tām nav pieeja kontracepcijas līdzekļiem.⁸⁸

HIV/AIDS padziļina arī nabadzības līmeni, salīdzinājumā ar to, kāds tas bija pirms infekcijas. Deviņi no desmit HIV/AIDS pacientiem dzīvo apstākļos, kur nabadzība un diskriminācija ir norma. Kā arī, nabadzība palielina kopienas ievainojamību attiecībā pret HIV/AIDS. Tādējādi uzveicot nabadzību, arī HIV/AIDS pacientu skaits dramatiski samazināsies. HIV/AIDS negatīvi ietekmē arī attīstību. Infekcija ir smaga nasta ikvienai veselības aprūpes sistēmai un ārstēšanas izmaksas nereti ir pilnībā nesamērīgas ar indivīda ienākumiem.⁸⁹

Protams, negatīvas sekas infekcija atstāj arī uz indivīdiem, kuri nav nabadzīgi. Kā piemēru var aplūkot situāciju, kurā ģimenes galva – ,piemēram, bankas menedžeris ir HIV/AIDS patients. Brīdī, kad slimība viņam atņems dzīvību, ģimenes iekrājumus būs iztērējis

⁸⁵ Turpat

⁸⁶ Turpat

⁸⁷ Turpat

⁸⁸ Turpat

⁸⁹ Peter Okaalet (2000), "Reducing Poverty Through Combating HIV/AIDS", The Oxford Centre for Mission studies, 142.lpp

medikamentiem un citiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Rezultātā ģimenes locekļi, kuri ir zaudējuši savu ienākumus gūstošo tuvinieku, var iesaistīties riskantā uzvedībā, lai mazinātu pārdzīvojumus un/vai iegūtu papildus ienākumus. Šī riskantā uzvedība var ietvert iesaisti prostitūcijā vai narkotisko vielu lietošanu.⁹⁰

Trūcīgo personu dzīves apstākļi rada pozitīvu vidu slimību izplatībai. Nabadzīgie indivīdi ir pakļauti nelabvēlīgiem laika apstākļiem (lielam aukstumam, vējam, lietum utt), kā arī citu cilvēku pārnēsātajām baktērijām un vīrusiem, tādējādi radot augstos saslimstības rādītājus tieši trūcīgo cilvēku vidū.⁹¹

HIV/AIDS ietekmē arī pārtikas drošību. Cilvēkiem ir tiesības piekļūt pārtikai (gan fiziski, gan ekonomiski) jebkurā laikā. Nereti rodas situācijas, kad ēdiens ir fiziski pieejams, taču ne vienmēr indivīdi spēj par to norēķināties. AIDS nogalina gadus jaunus cilvēkus – īpaši sievietes. Šī grupa ir visspējīgākā cīnīties un pretoties badam. Kā arī, slimības rezultātā daudz lauksaimnieki zaudē dzīvības vai zaudē spēju strādāt. Lai gan HIV/AIDS diez vai spēs radīt resursu šoku pārtikas ražošanā, taču infekcija atstāj negatīvas sekas uz pieejamību pārtikai.⁹²

Sabiedrībai problemātiski ir piekļūt veselības aprūpei. Valstīs, kurās HIV/AIDS izplatība ir augsta, tiek skarta arī veselības aprūpes sistēma. Piemēram, Dienvidāfrikā dēļ augstās HIV/AIDS izplatības, tiek zaudēts ārstniecības iestāžu personāls, darbinieki biežāk neierodas darbā. Kā arī, valstī 46 procenti no visiem valsts slimnīcu pacientiem ir HIV/AIDS slimnieki. Tādējādi pacienti ar citām saslimšanām nereti nevar piekļūt pienācīgai veselības aprūpei. Līdzīgas tendences vērojamas arī citās. Kenijā ārstniecības iestāžu personāls pat pamet darba vietu, baidoties inficēties ar HIV. Svazilendā 80% slimnīcu pacientu ir HIV/AIDS pacienti.⁹³

3.3. Ietekme uz ekonomiku

HIV/AIDS ir negatīvas sekas arī uz uzņēmējdarbību kopumā. Augstās saslimstības rezultātā krītas darbinieku produktivitāte un darba devējam darbinieks izmaksā vairāk. Darba devējam nākas izmaksāt lielākas algas, lai piesaistītu labi apmācītus, izglītotus un pieredzējušus darbiniekus, jo līdz ar augsto cilvēku mirstības rādītāju, darba spēks samazinās. Kā arī, ir aizvien grūtāk piesaistīt ārzemju investīcijas, jo HIV/AIDS radīto seku dēļ investīcijas nenesīs cerētos ieguvumus.⁹⁴

⁹⁰ Turpat

⁹¹ Turpat

⁹² Alan Collins (2013), „*Contemporary Security studies*”, Oxford University Press., 337.lpp

⁹³ Turpat

⁹⁴ Robyn Pharaorah, Martin Schonteich (2003), „*AIDS, Security and Governance in Southern Africa: Exploring the impact*”, Institute for security studies, 8.lpp

HIV/AIDS izplatībai paaugstinoties, arī IKP pieaugs lēnāk, kā arī valsts konkurētspēja samazināsies. Pasaules Ekonomikas Forums (2008) uzskata, ka nepieinācīga veselības aprūpe Dienvidāfrikā kā vienu no būtiskākajiem faktoriem, kāpēc valsts konkurētspēja laika posmā no 2000 – 2008.gadam ir nokritis no 26.uz 44.vietu.⁹⁵

Tiks zaudēta arī darbinieku produktivitāte, jo paaugstināsies saslimstības risks, kā arī nāves gadījumi starp darbiniekiem. Uzņēmumiem arī nāksies saskarties ar paaugstinātiem izdevumiem darbinieku veselības aprūpei, bērēm, apmācībām, dažādiem pabalstiem, slimības lapām un darbinieku maiņu, tādējādi sadārdzinot viena darbinieka nodarbinātības izmaksas. Rezultātā uzņēmumam darbinieks izmaksā vairāk, bet produktivitāte ir zemāka. Lai izlīdzinātu izdevumus, palielināsies preču cena, taču iedzīvotāju pirktspēja nemainīsies.⁹⁶

Ekonomiskās situācijas pasliktināšanās arī veicina ienākumu nevienlīdzību, nabadzību, kā arī var izraisīt sabiedrības nemierus un politiskas problēmas. HIV/AIDS saslimšanas gadījumi ir augsti arī starp profesionāļiem (tostarp ierēdņiem, skolotājiem, mediķiem, policistiem) un gados jauniem cilvēkiem tādējādi skarot tās personu grupas, kuras ir valsts attīstības pamatā. Arī demokrātijas attīstību plaša HIV/AIDS izplatība var ietekmēt negatīvi. Ja valsts nespēj pienācīgi aprūpēt HIV/AIDS pacientus, sabiedrība var sākt negatīvi raudzīties uz valsti, jo šie pacienti ir atkarīgi no regulāras veselības aprūpes saņemšanas. Kā arī, pacienti var tikt izslēgti no darba un/vai sabiedrības un ir lielāka iespēja, ka viņi iesaistīsies noziedzīgos grupējumos.⁹⁷

HIV/AIDS negatīvi ietekmēs arī akciju tirgu. Būtiski tiks ietekmēts pieprasījums pēc akcijām un obligācijām, kā arī valūtas kurss var svārstīties. To izraisīs pieprasījuma samazināšanās, uzņēmumu ražotspējas samazināšanās un palielināts mirstības koeficients. Valdība būs spiesta pielāgot fiskālo un monetāro politiku, lai spētu tikt galā ar palielināto vajadzību pēc tēriņiem sociālajā nozarē.⁹⁸ Pieaugs pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem. Mājsaimniecības koncentrēsies uz veselības aprūpes pakalpojumu apmaksāšanu u.c primārajām vajadzībām, tādējādi pirktspēja samazināsies.⁹⁹

HIV/AIDS izraisīs arī lēnāku iedzīvotāju skaita pieaugumu, kas veicinās darbaspēka trūkumu.¹⁰⁰ Dienvidāfrika lielā mērā paļaujas uz lauksaimniecību. Lauksaimniecības produkcija tiek apdraudēta, jo pietrūks jaunu cilvēku, kuri strādās uz lauka. Tas savukārt noved

⁹⁵ Jay van Wyk (2012), „*HIV/AIDS as Business Risk: A South African Case Study*”, SAGE publications, 287.lpp

⁹⁶ Booysen F. le R., Geldenhuys, J.P.&Marinkov, M. 5.lpp. *The Impact of HIV/AIDS on the South Africa Economy: a review of current evidence*. Izgūts no [http://www.tips.org.za/files/685.pdf]

⁹⁷ Paul D. Williams (2008), *Security studies: An Introduction*”, Routledge, 280.lpp

⁹⁸ Booysen F. le R., Geldenhuys, J.P.&Marinkov, M. 5.lpp. *The Impact of HIV/AIDS on the South Africa Economy: a review of current evidence*. Izgūts no [http://www.tips.org.za/files/685.pdf]

⁹⁹ Turpat, 10.lpp

¹⁰⁰ Turpat, 7.lpp

pie tā, ka laika gaitā sāks trūkt pārtikas resursi, kas apdraud indivīdus, kuri tiešā veidā nav saistīti ar HIV/AIDS.¹⁰¹

3.4. Ietekme uz nacionālo drošību

HIV/AIDS ir cieši saistīts arī ar nacionālo drošību. Šajā kontekstā epidēmija parāda, kā infekcijas slimības vienlaikus var ietekmēt gan cilvēkdrošību, gan nacionālo drošību. Valstscentriskajā nacionālās drošības perspektīvā HIV/AIDS ir saņēmusi vairāk uzmanības kopš deviņdesmito gadu beigām, jo infekcijai ir negatīvs iespaids uz bruņotajiem spēkiem. Ir pierādījumi par to, ka HIV/AIDS rada izaicinājumus bruņoto spēku efektivitātei vairākām Subsahāras Āfrikas valstīm.¹⁰²

Draudus rada arī infekcijas izplatība armijas vidū. HIV/AIDS augsto izplatības rādītāju dēļ karavīri saskarās ar būtiskām problēmām, kuras traucē profesionālajai darbībai. Tostarp, depresiju un negatīvu emocionālo stāvokli. Neapmierinātība karavīrus var novest līdz dezertēšanai, mērķu atmešanai un agresīvai uzvedībai gan pret citiem armijas biedriem, gan sabiedrību kopumā.¹⁰³ Piemēram, Sūb Sahāras Āfrikā ir valstis, kur HIV/AIDS izplatība armijas vidū pārsniedz 50% - Zimbabvē un Malāvijā attiecīgi sasniedzot 75% un 80%, bet Dienvidāfrikā pat 90%. Konflikta laikā infekcijas risks palielinās no 50 līdz 100 reizēm. Šādu radītāju dēļ armijas personāls nespēj pienācīgi veikt savus pienākumus. Kā arī, infekcijas dēļ tiek zaudēti pieredzējuši profesionāļi. Personāla samazināšanās dēļ tiek palielināta darba slodze, kā rezultātā jaunieši neizvēlas pievienoties armijai un militārpersonu vidū rodas aizvien jauni aizspriedumi pret HIV/AIDS pacientiem. Ja armijas efektivitāte tiek samazināta, palielinās iekšēju vai ārēju konfliktu risks. Ir pierādīts, ka konflikti var ieilgt, lai novilcinātu HIV pozitīvo karavīru atgriešanos, lai tie varētu sev nopelnīt pietiekami daudz naudas, lai varētu ārstēties.¹⁰⁴

Augsta HIV/AIDS izplatība Dienvidāfrikas Nacionālās Aizsardzības Spēkos ir negatīvs ievads attiecībā uz personāla rekrutāciju un kaujinieku izvietojumu. Katrs karavīrs, kuram ir HIV/AIDS, ar laiku zaudē spēju pildīt savus dienesta pienākumus. Lai gan nav pieejami precīzi dati par inficēto personu skaitu Dienvidāfrikas bruņotajos spēkos, taču var droši uzskatīt, ka bruņoto spēku personāla rindās procentuāli ir vairāk inficēto, nekā vidēji valstī. Šis procents svārstās no 19-24%.¹⁰⁵

¹⁰¹ Turpat, 8.lpp

¹⁰² Alan Collins (2013), „*Contemporary Security studies*”, Oxford University Press, 338.lpp

¹⁰³ Turpat

¹⁰⁴ Turpat

¹⁰⁵ The Threat of HIV/AIDS to the South African Armed Forces [https://www.stratfor.com/the-hub/threat-hiv-aids-south-african-armed-forces]

Karavīri darba specifikas dēļ ietilpst HIV/AIDS riska grupā, taču šo risku vēl vairāk palielina fakts, ka karavīriem konflikta zonās pastāv daudz lielāka iespēja iesaistīties riskantās aktivitātēs: seksuālas vardarbības gadījumi konflikta zonās pieaug, kaujās gūtās traumas var tikt ārstētas ar inficētām asinīm, zināšanas par veselības aprūpi var būt nepietiekamas, karavīri var atgriezties mājās inficējušies ar HIV, konflikti arī rada migrāciju, kas var veicināt HIV izplatību, kā arī bēgļu nometnēs var būt nepietiekama veselības aprūpe. HIV/AIDS arī var kalpot kā šķērslis konflikta beigām, jo karavīri, kuri atgriežas no valstīm, kur saslimstība ar infekciju ir augsta, var radīt bailes par slimības izplatību karavīru dzīves valstī.¹⁰⁶

HIV/AIDS ir kā kara ierocis. Tas ir pārveidojis bruņota konflikta dabu Subsahāras Āfrikā. HIV/AIDS pasliktina kaujas gatavību, karavīru izvietojumu, ilgtspēju, militārās apmācības, rekrutāciju un valsts aizsardzību.¹⁰⁷

Efektīvas militārās organizācijas ir pamatā nacionālajai drošībai, aizsardzībai, politiskajai stabilitātei un humanitārajām operācijām. Daudzām Āfrikas militārajām organizācijām un valstīm, kuras tās aizsargā, pietrūkst līdzekļu un tehnisko resursu, lai cīnītos ar HIV/AIDS izplatību.¹⁰⁸

Efektīviem bruņotajiem spēkiem pieejamie resursi ir jāpārveido kaujasspējā – no fiziski un politiski pieejamajiem resursiem jāizveido maksimāla kaujasspēja. Kaujasspēja ir spēja iznīcināt ienaidnieku maksimāli ierobežojot postu, kuru ienaidnieks var izvērts pretī. Savukārt resursi ir armijai neatņemamas sastāvdaļas: cilvēkresursi, nauda, tehnika, industriālā bāze, pārvaldes struktūra, morāle, socioloģiskās īpatnības, politiskais kapitāls un armijas līderu intelekts.¹⁰⁹

Vairāk nekā 22 miljoni karavīru (no kuriem 1,5 miljoni ir Āfrikā) ir visievainojamākie attiecībā uz saslimšanu ar HIV vai infekcijas pārnēsāšanu. Karavīri galvenokārt ir gados jauni un seksuāli aktīvi, un atrodas tālu prom no ģimenēm. Šie karavīri bieži kļūst par upuriem līdzilvēku spiedienam, stresam un citām niansēm, kuras izraisa neapmierinātību un rezultējas ar palielinātu seksuālo kontaktu. Daudzās attīstības valstīs militārās bāzes blīvi apdzīvotās teritorijās veicina prostitūcijas attīstību.¹¹⁰

Āfrikas armijas ir īpaši ievainojamas attiecībā uz HIV dēļ sociālekonomiskajiem, politiskajiem apstākļiem, mobilitātes, pilsoņu kariem, seksuāla rakstura noziegumiem,

¹⁰⁶ Paul D. Williams (2008), „*Security studies: An Introduction*”, Routledge, 281.lpp

¹⁰⁷ Turpat, 293.lpp

¹⁰⁸ John Kemoli Sagala (2008), „*HIV/AIDS Prevention Strategies in the Armed Forces in Sub-Saharan Africa*”, Northern Arizona University, 292.lpp

¹⁰⁹ Turpat

¹¹⁰ Turpat, 294.lpp

paražām, tradicionālajiem rituāliem, nepilnīgas veselības aprūpes, seksuāli transmisīvo slimību izplatības, biežu partneru maiņas un nepilnīgām zināšanām par kontracepcijas metodēm.¹¹¹

Bažas sagādā arī HIV/AIDS ietekme uz miera uzturēšanas operācijām. Miera uzturētāji ir paaugstināta riska grupā attiecībā uz inficēšanos ar HIV/AIDS, jo daudzi konflikti norisinās reģionos, kuros saslimstība ar infekciju ir augsta. Miera uzturētāji var veicināt HIV/AIDS izplatību savā mītnes valstī, jo top 10 valstis, kurās notiek miera operācijas, ir valstis ar ļoti augstiem HIV/AIDS izplatības rādītājiem.¹¹²

Kā arī, miera uzturētāju personāls seksuāli ekspluatē vietējos iedzīvotājus, palielinās cilvēku tirdzniecība, lai nodrošinātu prostitūciju un palielina HIV/AIDS izplatību.¹¹³ Miera uzturēšanas operācijās iesaistītais personāls galvenokārt sastāv no vīriešiem. Viņiem ir vairāk naudas, nekā vietējiem iedzīvotājiem, kā arī, viņi ir atbrīvoti no kriminālvajāšanas. Šāds apstākļu sajaukums veicina prostitūciju, seksuālo ekspluatāciju un bordeļu rašanos. Miera uzturētāji nāk no dažādām valstīm un katrā no tām pieņemtās normas un attieksmes ir atšķirīgas. Šāda veida problēmas ir saņēmušas pastiprinātu uzmanību, taču ANO efektīvi nespēj uz to reaģēt – ANO sapulces, kurās tiek pārspriestas šīs problēmas, ir simboliskas un tām nav reālu rezultātu. Protams, ir tikuši izvirzīti noteikumi un vadlīnijas attiecībā uz miera uzturētāju uzvedību, bet realitātē tām ne vienmēr tiek sekots.¹¹⁴

Lai cīnītos ar šīm problēmām, ANO izveidoja dzimumu vienības un padomdevējus miera uzturēšanas misijās. Taču ANO trūkst cilvēkresursu. Taču plaši ir izplatīta nostāja, ka situāciju nav iespējams risināt, tādējādi rezultāts izpaliek. 2004.gadā Jordānijas princis Zeids tika iecelts par īpašo padomdevēju seksuālās ekspluatācijas un vardarbības jautājumos. Viņš izveidoja atskaiti ierosinot “nulle tolerances” politiku pret seksuālās ekspluatācijas un vardarbības gadījumiem. Neskatoties uz to, ka izvirzītie ierosinājumi tika apstiprināti ANO ģenerālsekretariātā un Miera uzturēšanas komitejā, ANO Drošības padome ar šo atskaiti nebija apmierināta. Tā vietā, lai realizētu atskaitē minēto politiku, tika dibinātas darba grupas, kuras nebija efektīvas. Kā arī, ANO biedri nebija ieinteresēti situāciju risināt. Tādējādi nebija iespējams veikt konkrētu ANO dalībvalstu pētījumus.¹¹⁵

Ir pierādīts, ka miera uzturēšana ir veicinājusi AIDS izplatību gan iesūtot valstī inficētus miera uzturētājus, gan inficējot miera uzturētājus operācijas laikā. ANO pārstāv pretrunīgas normas. Centieni palielināt informētību par AIDS un veikt preventīvas darbības starp miera uzturētājiem ir veicinājuši to, ka valstis nevēlas savā teritorijā uzņemt miera uzturētājus, kuri

¹¹¹ Turpat, 295.lpp

¹¹² Turpat

¹¹³ Michael Lipson (2007), "Peacekeeping: Organized Hypocrisy?", European Journal of International Relations, 16.lpp

¹¹⁴ Turpat, 16,17.lpp

¹¹⁵ Turpat, 17, 18.lpp

nāk no valstīm ar augstiem HIV izplatības rādītājiem. Tajā pat laikā lai mazinātu diskrimināciju, ANO nepieļauj obligātās HIV pārbaudes miera uzturētājiem. Tā vietā tie var brīvprātīgi pieteikties testiem un pārbaudēm.¹¹⁶

HIV/AIDS arī ietekmē valsts pārvaldību. Lai birokrātiskā iekārta veiksmīgi funkcionētu, ir nepieciešami ne tikai augsti kvalificēti speciālisti, bet arī pieredze un plašs kontaktu tīkls. Arī lai valsts bruņotie spēki varētu darboties, ir nepieciešami tādi paši profesionāļi. Dienvidāfrikas armija ir vislabāk trenētā un vislabāk nodrošinātā visā Āfrikas kontinentā. Taču tajā pat laikā septiņi no desmit karavīru nāves gadījumiem ir dēļ HIV/AIDS.¹¹⁷ Tādējādi armijai ir ļoti nepieciešams papildināt personāla resursus. Šo profesionāļu trūkums neļauj institūcijai attīstīties, kas pārkāpj labas pārvaldības principu un apdraud nacionālo drošību. Personāla trūkums saistās arī ar paaugstinātām izmaksām, lai apmācītu un aizstātu karavīrus, morālo pagrimumu, paaugstinātām veselības aprūpes izmaksām, kas savukārt noved pie organizācijas efektivitātes krišanās.¹¹⁸

Īpaši augstā riska grupā atrodas gan ieslodzītie, gan cietumu darbinieki. Dienvidāfrikas cietumos HIV/AIDS izplatība ir krietni augstāka, nekā sabiedrībā kopumā. Tādējādi iestādes, kuras rūpējas par ieslodzīto veselību, tiek pārslogotas. Kā arī, cietumu darbinieki tiek apdraudēti – Dienvidāfrikā starp ieslodzītajiem ierasta prakse ir kautiņi, košana, skrāpēšana un spļaušana -, kā rezultātā arī darbinieki var inficēties. Starp HIV inficētajiem valda vienaldzība pret savu veselības stāvokli, tādējādi viņi nav ieinteresēti sadarboties ar cietumu personālu.¹¹⁹

Infekcija negatīvas sekas atstāj arī uz tiesu sistēmu. Epidēmijas rezultātā neskaitāmas tiesu prāvas tiek atliktas vai arī spriedumu nākas gaidīt ļoti ilgi, vai atsevišķas prāvas tiek pat izbeigtas. Gan liecinieki, gan tiesneši, gan advokāti, gan apsūdzētie, gan vainīgie var būt infekcijas upuri, tādējādi viņu veselības stāvoklis var neļaut piedalīties tiesas procesā, vai to dzīve var pat aprauties. Epidēmija skar arī policiju, jo policijas darbinieki lielākoties ir jauni vīrieši, tādējādi atrodies riska grupā tikt inficētiem ar HIV/AIDS.¹²⁰

HIV/AIDS postošais raksturs slēpjās tajā, ka infekcijas sekas ir tālejošas – infekcija savus upurus novārdzina vairāku gadu garumā, līdz tie mirst. Kā arī, HIV/AIDS no citām infekcijām atšķiras ar to, ka tā galvenokārt skar ekonomiski aktīvos iedzīvotājus. Infekcijai vispostošākās sekas ir attiecībā uz sabiedrību, ekonomiku un nacionālo drošību (jo īpaši bruņotajiem spēkiem). Sabiedrība visvairāk cieš no lielā bāreņu skaita pieauguma, kas savukārt

¹¹⁶ Turpat

¹¹⁷ Bradly J. Condon, Tapen Sinha (2008), „*Global lessons from AIDS pandemic*”, Springer, 30.lpp

¹¹⁸ John Kemoli Sagala (2008), „*HIV/AIDS Prevention Strategies in the Armed Forces in Sub-Saharan Africa*”, Northern Arizona University, 293,294.lpp

¹¹⁹ Pieter Fourie and Martin Schonteich *The Impact of HIV/AIDS on Human Security in South and Southern Africa*. Izgūts no [http://data.unaids.org/topics/security/canterburypaper_en.htm]

¹²⁰ Turpat

novēd pie noziedzības pieauguma, jo bāreņi ir īpaši ievainojami – viņi lielākoties ir ekonomiski nenodrošināti un lai izdzīvotu, nākas zagt. Kā arī, bērni, kura kādam no vecākiem (vai abiem) ir HIV/AIDS, nereti ir spiesti pamest skolu un doties strādāt. Šie bērni arī ir pakļauti spēcīgam psiholoģiskam spiedienam redzot savu ģimenes locekli mokoties. Individīdi arī saskaras ar nopietniem ekonomiskiem šķēršļiem – ārstniecība ir ļoti dārga, tādējādi padziļinot nabadzības līmeni. Augsto HIV/AIDS izplatības rādītāju gadījumā arī darbinieki zaudē produktivitāti, uzņēmējiem darba spēks izmaksā dārgāk, kā arī valsts ekonomiskā attīstība tiek bremsēta. Tādējādi cieš arī valsts konkurētspēja.

Nacionālo drošību HIV/AIDS ietekmē vairākos līmeņos. Pirmkārt, tā ir valsts pārvalde. Birokrātiskajā sistēmā trūkst darbinieku, kā arī valsts tiesu sistēmas darbu apgrūtina tiesnešu, advokātu, apsūdzēto un apsūdzētāju slimošana un pat nāve, kā rezultātā vairākas lietas netiek atrisinātas. Otrkārt, negatīvi tiek ietekmēts armijas darbs. Karavīru efektivitāte ir krietni samazinājusies, ir problemātiski piesaistīt jaunus karavīrus, kā arī, tiek zaudēti pieredzējuši profesionāļi. Treškārt, cieš arī miera uzturēšanas operācijas, jo sūtot miera uzturētājus uz valsti, kur infekcijas rādītājs ir augsts, ir risks, ka šie indivīdi infekciju atvedīs atpakaļ arī uz mītnes valsti.

4. IZAICINĀJUMI VESELĪBAS APRŪPĒ

Ņemot vērā, ka ikvienas slimības ārstēšana ir cieši saistīta ar veselības aprūpi, ir nepieciešams iepazīties ar problēmām, no kurām cieš veselības aprūpes sistēma Dienvidāfrikā. Nodaļā aplūkoti gan vēsturiskie faktori, gan faktori, kuri ir bijuši aktuāli pēc pārejas uz demokrātiju, gan faktori, kuri attiecināmi uz mūsdienām.

Veselības aprūpes sektors apartheīda laikā bija rīks, lai uzturētu un pastiprinātu balto kontroli. Rase kļuva par noteicošo faktoru veselības aprūpes pieejamībai, pārspējot pat tādus faktorus kā atrašanās vieta (pilsēta vai reģions) un ienākumi. Veselības aprūpes pakalpojumi tika segmentēti balstoties uz rasi – afrikāņi, indiāņi un baltie. Katra grupa saņēma attiecīgu daļu no veselības aprūpes resursiem no valdības. Protams, baltie saņēma lielāko daļu no resursiem, bet afrikāņi – mazāko. Apartheīda plaukumā baltie saņēma četras reizes lielāku finansējumu veselības aprūpei, nekā afrikāņi. Indiāņi un citu rasu pārstāvji tika pieskaitīti vidusšķirai un tiem bija lielākas priekšrocības, nekā afrikāņiem.¹²¹

Septiņdesmitos un astoņdesmitos gados veselības aprūpe tika liberalizēta. Valdība ticēja, ka šāds solis mudinātu iedzīvotājus uzņemties individuālu atbildību par veselības aprūpi, samazinātu valdības izdevumus un atvieglotu fiskālo spiedienu. Iznākums bija ienesīgs brīvais tirgus, kurš akcentēja strukturālo nevienlīdzību un paradoksāli papildus apgrūtināja valsti. Privātais sektors attīstīja ļoti ienesīgas shēmas un uzlaboja veselības aprūpes kvalitāti. Taču tas aprūpēja tikai 20% no iedzīvotājiem. Kā arī, privātais veselības aprūpes sektors piedāvāja pārāk daudz pakalpojumu un kļuva pārspīlēti dārgi. Atlikušos 80% iedzīvotājus jo projām apkalpoja valsts veselības aprūpes iestādes. Šo cilvēku vidū bija personas, kuras nebija iespējams apdrošināt dēļ vecuma, hroniskām saslimšanām un pārāk zemiem ienākumiem.¹²²

Nozīme ir arī ģeogrāfiskajai atrašanās vietai. Konkrētāk, pilsētām un lauku teritorijām. Vēsturiski pilsētās veselības aprūpes pakalpojumi vienmēr ir bijuši pieejamāki. Šo uzskatu atbalsta vairāki faktori, taču Dienvidāfrikas gadījumā divi ir visbūtiskākie. Pirmkārt, veselības aprūpes iestāžu izvietojumu koloniālajā Dienvidāfrikā ietekmēja nepieciešamība apkalpot kalnrūpniecības nozarē strādājošos un citus industrializācijas centrus, kuri ietekmēja Dienvidāfrikas urbanizācijas tendences. Otrs faktors ir rase. Valdība par prioritāti padarīja baltās sabiedrības daļu, kura galvenokārt dzīvoja pilsētās.¹²³

¹²¹ Charles Ngwena (2000), „*Substantive Equality in South African Health Care: The Limits of Law*”, Medical law international, 112.lpp

¹²² Turpat, 112,113.lpp

¹²³ Turpat, 113.lpp

Veselības aprūpes sektors piedzīvoja pārmaiņas tikai pēc Apartheidā beigām, kad pirmajās demokrātiskajās vēlēšanās pie varas nāca Āfrikas Nacionālais Kongress, kurš ieviesa jaunu konstitūciju, uzsverot vienlīdzības nozīmi.¹²⁴ Apartheidā režīma ietvaros valdība nepievērsa uzmanību HIV/AIDS problēmai, jo režīma prioritāte bija baltie un viņu intereses. Taču HIV/AIDS galvenokārt bija zemāko šķiru, proti, melno problēma.¹²⁵

4.1 Izaicinājumi veselības aprūpē post-Apartheidā periodā

Jau pirms Afrikāņu Nacionālais Kongress nāca pie varas, jau tika domāts par īpašas HIV/AIDS politikas izveidi. Jaunais prezidents Nelsons Mandela pēc nākšanas pie varas izrādīja iniciatīvu uzveikt HIV/AIDS, uzskatot to par steidzami risināmu problēmu un saprotot, ka HIV/AIDS ir problēma arī starp valsts pārvaldes darbiniekiem. Balstoties uz šo apņemšanos, jaunā valdība pieņēma nacionālo AIDS programmu. Prezidents paziņoja īpaša projekta izstrādi, kurš iekļāva 20 sociāla rakstura problēmas, tostarp AIDS. Jaunajai valdībai bija sagatavotas konsultatīvās struktūras, AIDS politikas ietvars, daudzsološa izpētes programma un pozitīvas attiecības ar veselības aprūpes darbiniekiem.¹²⁶

Jaunā režīma ietvaros, sabiedriskās organizācijas un grupas varēja piedalīties un strādāt kā galvenie aktieri valdības struktūrās AIDS politikas veidošanas procesa laikā. Tādējādi valdība strādāja kopā ar pilsonisko sabiedrību, lai izveidotu pēc iespējas labākus un abām pusēm pieņemamākus risinājumus. Ņemot vērā valdības apņēmību risināt situāciju ar HIV/AIDS un mierīgo režīma maiņu, šķietami Dienvidāfrika spētu attīstīt un realizēt efektīvu HIV/AIDS politiku. Taču realitātē izveidotā politika cieta neveiksmi. Dienvidāfrika palaida plašu anti-AIDS programmu, taču tā nedeva cerētos rezultātus.¹²⁷

Antiretroviālā terapija (ART) bija valdības politikas sastāvdaļa. Šī terapija arī ir vienīgais efektīvais līdzeklis, kā palīdzēt HIV/AIDS pacientiem. ART programmai bija divas būtiskas sastāvdaļas: samazināt iespēju, ka bērni nāk pasaulē jau inficējušies un īpaši aktīvo ART, kas bija spēcīgu medikamentu kokteilis, kurš aizkavē HIV attīstību.¹²⁸

Galvenā problēma, kāpēc Dienvidāfrikas valdības plāni attiecībā uz HIV/AIDS izgāzās, bija valsts nespēja piegādāt nepieciešamos medikamentus. 1998.gada sākumā šķita, ka plānu būs iespējams realizēt, jo farmācijas uzņēmumi ART izmaksas samazināja. Taču saprotot, ka tas ir neizdevīgi, tā paša gada beigās cenas tika strauji paaugstinātas. Valdība paziņoja, ka tā drīzāk izmantos līdzekļus plašām AIDS informatīvajām kampaņām, nevis nodrošinās ART.¹²⁹

¹²⁴ Turpat

¹²⁵ Young Soo Kim (2015), „*Obstacles to the response to HIV/AIDS in South Africa: Historical legacies in perception and policy environment in 1994-2006*”, SAGE publications, 201.lpp

¹²⁶ Turpat, 202.lpp

¹²⁷ Turpat, 202,203.lpp

¹²⁸ Turpat, 204.lpp

¹²⁹ Turpat

Valdības nespēja nodrošināt ART saskāras ar vairākiem izaicinājumiem gan starptautiski, gan iekšpolitiski. Iekšpolitiski būtiska loma bija organizācijai Ārstēšanas Kampana, kura 2000.gadā mainīja ART politikas virzienu. Šī organizācija tika dibināta 1998.gadā, kad bija skaidrs, ka sākotnējais valdības plāns ir izgāzies.¹³⁰

Valdības daudzsološie plāni izgāzās, jo post-aparteīda Dienvidāfrika bija mantojusi neauglīgu politisko un institucionālo augsni, tostarp administrāciju, kura savstarpēji nesadarbojas un nesakārtotu birokrātisko sistēmu, un nefunkcionējošu veselības aprūpes infrastruktūru. Astoņdesmitos gados aparateīda režīms izjuta spiedienu no reliģiskajiem un profesionālajiem sektoriem, kuri vēlējās demokrātisku režīmu. Demokrātiskās kustības rezultātā Afrikāņu Nacionālais Kongress (nacionālistu partija Dienvidāfrikā) drīkstēja atgriezties Dienvidāfrikā 1990.gadā. Starp aparateīda režīmu un Afrikāņu Nacionālo Kongresu notika diskusijas, kā rezultātā 1994.gadā tika realizēta režīma maiņa. Sarunu laikā abām partijām bija atšķirīgas nostājas attiecībā uz AIDS politikas īstenošanu, tādējādi radot nelabvēlīgus apstākļus AIDS problēmas risināšanai.¹³¹

Pirmais nosacījums bija, ka baltie aparateīda režīma ierēdņi savus amatus var paturēt piecus gadus pēc jaunās valdības nākšanas pie varas. Jaunā ANK valdība mantoja neefektīvu, autoritāru administratīvo sistēmu, kurai nerūpēja sociālās problēmas valstī. Kā arī, starp vecajiem un jaunajiem ierēdņiem notika cīņa par varu. Vecie ierēdņi izmantoja savas zināšanas un pieredzi, lai pazemotu jaunus ierēdņus un aizsargātu savas darba vietas, parādot, ka viņi ir neaizstājami. Tādējādi jaunajiem ierēdņiem nebija iespēja mācīties un ņemt piemēru no vecajiem ierēdņiem, jo viņi nebija ieinteresēti, lai jaunie ierēdņi veiksmīgi iejustos jaunajos amatos un efektīvi strādātu.¹³²

Cīņa par varu bija noteicošā AIDS politikai. Jaunajiem AIDS koordinatoriem kooperācija ar vecajiem ierēdņiem bija nepieciešama, jo viņiem bija lielāka autoritāte un vairāk resursu. Taču vecie ierēdņi nebija ieinteresēti palīdzēt īstenot AIDS politiku. Kā arī, AIDS koordinatori, kuri nāca no lauku reģioniem, tika iecelti zema līmeņa amatos, kuri galvenokārt tika saistīti ar slimības kontroli un kuriem bija minimāla ietekme.¹³³

Otrs faktors slēpās jaunajā kvazi-federālajā politiskajā sistēmā, kura sastāvēja no vienas federālas un deviņām reģionālajām valdībām. Šajā kvazi-federālajā sistēmā federālā valdība bija atbildīga par atsevišķām stratēģiskajām funkcijām, piemēram, bruņotajiem spēkiem, sodu sistēmu un augstāko izglītību. Tai bija loma arī resursu pārdalē. Taču federālajai valdībai bija

¹³⁰ Turpat, 205.lpp

¹³¹ Simon Rushton (2011), „*Global Health Security: Security for Whom? Security from What?*”, Political Studies Association, 786.lpp

¹³² Y.S. Kim (2015), „*Obstacles to the response to HIV/AIDS in South Africa: Historical legacies perception and policy environment in 1994-2006*”, SAGE, 209.lpp

¹³³ Turpat

neliela kontrole pār sociālajiem tēriņiem un politikas īstenošanu -, piemēram, veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu, tostarp, AIDS programmas. Tādējādi federālā valdība kontrolēja AIDS programmas tikai vispārīgi – galvenokārt, piešķirot finansējumu. Tikai reģionālajām valdībām bija kontrole pār politisko lēmumu detaļām un federālās valdības piešķirto līdzekļu sadalīšanu.¹³⁴

Šādā kvazi-federālā sistēmā administrācijai bija problemātiski definēt kompetences un koordinēt darbības starp valdības sfērām, jo starp reģionālajām valdībām pastāvēja nevienlīdzība cilvēkresursos un tehnoloģiskajā nodrošinājumā. Aparteīda režīma ietvaros vecajā centralizētajā birokrātiskajā sistēmā dažiem reģioniem bija privilēģijas attiecībā uz cilvēkresursiem un tehnoloģijām, taču citas reģionālās valdības nespēja pilnvērtīgi strādāt, jo tām pietrūka resursu.¹³⁵

Rasu diskriminācija resursu pārdalē reģioniem kļuva turpināja pastāvēt arī jaunajā sistēmā. Reģionālās valdības, kurām netrūka resursu, nevēlējās traucēt federālās valdības darbu, jo tās varēja atļauties autonomi risināt sava reģiona problēmas. Taču reģionālās valdības, kuras cieta no resursu trūkuma, centās uzvelt atbildību uz federālās valdības pleciem, jo to kapacitāte pārvaldē bija ierobežota. Rezultātā neskaidrās kompetences, reģionālo un federālās valdības lomu pārklāšanās padarīja tā jau apgrūtinātās reģionālās valdības nespējīgas realizēt AIDS programmu. Nevienlīdzīgā resursu sadale post-aparteīda režīmā netika atvieglota.¹³⁶

Aparteīda režīms teorētiski nodrošināja visai pietiekamu centralizētu veselības aprūpes infrastruktūru. Tika izveidots slimnīcu tīkls, kā arī uz 100 000 cilvēku bija 56 ārsti. Taču resursu pārdalījums veiksmīgi izveidotajai infrastruktūrai bija balstīts uz iedzīvotāju rasi – reģionos, kur mīta baltie, veselības aprūpes infrastruktūrā tika ieguldīti gana daudz līdzekļi. Jaunā valdība ierosināja strukturālās izmaiņas veselības aprūpes sistēmā, lai uzlabotu piekļuvi pamat aprūpei ar jaunu likumu izveidi. Taču daudzas slimnīcas, kuras tika ietvertas jaunās valdības plānos, nebija spējīgas pildīt savus uzdevumus aparteīda mantojuma dēļ. Veselības aprūpes iestādes saskārās ar finansiālo resursu trūkumu un cilvēkresursu trūkumu.¹³⁷

Cilvēkresursu trūkums un līdzekļu nepietiekamība tika saasināta aparteīda režīma laikā, kā arī, pēdējos aparteīda gados strauji pieauga privātais veselības aprūpes sektors. Privātajā veselības sektorā tika ieguldītas 2/3 no 8,5 no IKP, kuri tika atvēlēti veselības aprūpei. 2/3 ārstu bija nodarbināti privātajā sektorā, bet apdrošināta bija tika 1/5 daļa no iedzīvotājiem.¹³⁸

¹³⁴ Turpat, 210.lpp

¹³⁵ Turpat

¹³⁶ Turpat

¹³⁷ Turpat, 210.-211.lpp

¹³⁸ Turpat 211.lpp

Tādējādi veselības aprūpes sistēmā ieviest reformas bija ļoti sarežģīti. Jaunā valdība izveidoja divu līmeņu veselības aprūpes sistēmu, lai attīstītu valsts medicīnas aprūpes sistēmu, bet tajā pat laikā lai privātais veselības aprūpes sektors netiktu pamests novārtā. Veselības budžeta reformas rezultātā līdzekļi veselības aprūpes iestādēm tika sadalīti līdzīgi. Taču slimnīcas, kuras bija pieradušas pie lielāka finansējuma, nespēja trūcīgajiem un neapdrošinātajiem iedzīvotājiem nodrošināt pietiekamu apjomu valsts finansēto veselības aprūpes pakalpojumu.

Nevienlīdzības mantojums bija tik būtisks un tik dziļi iesakņojies veselības aprūpes infrastruktūrā, ka veselības aprūpes reforma nespēja atrisināt primārās veselības aprūpes nodrošināšanu melnādainajiem. Vēsturiskais apartheīda režīma mantojums neļāva ne birokrātiskajai sistēmai, ne veselības aprūpes infrastruktūrai ieviest AIDS politiku.¹³⁹

Kopš Dienvidāfrika pārgāja uz konstitucionālas demokrātijas iekārtu, ir noticis liels progress, lai atbrīvotos no diskriminējošās politikas. Taču jo projām liela daļa Dienvidāfrikas iedzīvotāju cieš no smagām infekcijas slimībām. Kā arī sabiedrība ir pakļauta sociālai nevienlīdzībai un nepietiekamiem resursiem, jo valstī aizvien palielinās bēgļu un ekonomisko migrantu skaits.¹⁴⁰

Veselības aprūpe saskaras ar vairākiem izaicinājumiem. Sabiedrības veselības stāvokli negatīvi ietekmē visnepieciešamāko resursu nepieejamība – tīrs ūdens, pietiekams un uzturvielām bagāts uzturs, mājoklis, pieeja vakcīnām un izglītība.¹⁴¹

Pēdējo 20 gadu laikā Dienvidāfrikā ir strauji pieaugusi ekonomika, afrikāņu vidusšķira ir palielinājusies, kā arī materiāli nenodrošinātās personas saņem pabalstus. Sociālās garantijas ir mazinājušas absolūto nabadzību, bet aptuveni 45% iedzīvotāju jo projām pārtiek no diviem dolāriem dienā. 10 miljoni iedzīvotāju pārtiek no viena vai pat mazāk nekā viena dolāra dienā. Pie šādiem iztikas līdzekļiem cilvēks nav spējīgs sevi nodrošināt ar pietiekamu pārtikas daudzumu. Pat ar četriem dolāriem dienā dzīves kvalitāte nebūtu ne tuvu tāda, uz kādu dienvidāfrikāņi bija cerējuši apartheīda beigās. 10% no vistrūcīgākajiem Dienvidāfrikas iedzīvotājiem nopelna 58% no nacionālā gada ienākuma, savukārt 70% no vistrūcīgākajiem iedzīvotājiem nopelna 17%. Tādējādi valstī ir viena no vislielākajām nevienlīdzības plaisām pasaulē, kura arī ir lielākais šķērslis veselības aprūpes attīstībai.¹⁴²

¹³⁹ Turpat, 211-212.lpp

¹⁴⁰ The New England Journal of Medicine (2014). *Health care in South Africa – 20 years after Mandela*. Izgūts no [http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr1405012#t=article]

¹⁴¹ Turpat

¹⁴² Turpat

4.2 Izaicinājumi veselības aprūpē mūsdienās

Dienvēstāfrīkas iedzīvotāji veido 0,7% no visas pasaules iedzīvotājiem un 17% no visiem pasaules HIV/AIDS inficētajiem ir Dienvēstāfrīkas iedzīvotāji. Slimībai ir postoši efekti gan uz indivīdiem, gan ģimenēm, gan sabiedrību kopumā.¹⁴³

2003.gadā pēc ilgstoša valdības nolieguma attiecībā uz papildus finansējuma piešķiršanu HIV pacientiem, tika izveidota un nodrošināta terapijas programma HIV pacientiem. Lielā mērā to ietekmēja ne tikai vietējais, bet arī starptautiskais spiediens. Laika posmā no 1999 līdz 2005.gadam tēriņi veselības aprūpei pieauga par 25% un HIV tika vēltīti 400 miljoni dolāru. 40% no šīs summas ieplūst no ārzemēm. No 6 miljoniem HIV pacientu 2 miljoni saņem izveidoto terapijas programmu¹⁴⁴.

Privātajā sektorā uz vienu dienvēstāfrīkas iedzīvotāja veselības aprūpi tiek tērēti 1400 dolāri gadā, bet publiskajā sektorā – 140 dolāri gadā. Valsts veselības aprūpes sektorā strādā 30% ārstu, kuri apkalpo 40 miljonus cilvēku, kuri nav apdrošināti un sastāda 84% no kopējā iedzīvotāju skaita. Aptuveni 16% (8 miljoni) no iedzīvotājiem ir apdrošināti. 25% iedzīvotāju apmaksā privātos medicīnas pakalpojumus no saviem līdzekļiem. Kā arī, daudzas valsts slimnīcas ir krīzes stāvoklī – slimnīcām nepietiek līdzekļu un piešķirtie līdzekļi tiek nepārdomāti iztērēti.¹⁴⁵

Sākot no 2000.gada līdz 2012.gadam medicīnas studentu skaits ir pieaudzis par 34%. Īpaši ir pieaudzis melnādaino studentu skaits un sieviešu skaits. Šāda tendence novērojama dēļ tā, ka atsevišķām sabiedrības grupām apartheīda režīma ietvaros tika liegta pieeja studijām. Arī valsts aizvien vairāk ir ieinteresēta finansēt ar medicīnu saistītus pētījumus.¹⁴⁶

Arī medicīnas studiju absolventu skaits attiecīgi ir pieaudzis par 18% laika posmā no 2000. līdz 2012.gadam un sieviešu un melnādaino absolventu skaits ir palielinājies, taču balto absolventu skaits ir samazinājies. Taču neskatoties uz to, ka aizvien vairāk jauniešu pabeidz medicīnas studijas, mediķu skaits tāpat nespēj apkalpot augošo iedzīvotāju skaitu.¹⁴⁷

Mediķi nereti izvēlas emigrēt uz Austrāliju, Kanādu, Lielbritāniju un ASV. Mediķa izglītība Dienvēstāfrīkā ir dārga (respektīvi valstij medicīnas studenti sagādā lielus izdevumus), bet rezultātā jaunais speciālists dodas prom. Kopumā aptuveni 30% no Dienvēstāfrīkas ārstiem ir devušies uz citām valstīm, bet 58% šādu ideju apsver. Ārstu migrācija sasniedza maksimumu

¹⁴³ Turpat

¹⁴⁴ Turpat

¹⁴⁵ Turpat

¹⁴⁶ Turpat

¹⁴⁷ Turpat

2006.gadā maksimumu – 427 speciālisti devās prom. Šobrīd gan migrācijas process ir strauji samazinājies, jo valsts jauno mediķu aizbraukšanas procesu sarežģīja.¹⁴⁸

Veselības sektors savulaik tika izmantots kā rīks apartheīda varas uzturēšanai, tādējādi finanses veselības aprūpei tika sadalītas atbilstoši rasēm. Centieni situāciju labot noveda pie tā, ka valsts veselības aprūpes sektorā strādāja vien 20% no personāla, taču atlikušie 80% bija nodarbināti privātajā veselības aprūpes sektorā. Būtiskas pārmaiņas tika piedzīvotas tikai pēc pārejas uz demokrātisku pārvaldes sistēmu 1994.gadā.

Valdībai bija grandiozi plāni un ieceres, kā uzlabot esošo situāciju, taču tā nebija rēķinājusies ar iepriekšējās valdības atstātajiem parādiem. Tādējādi, neskatoties uz Dienvidāfrikas zemes bagātībām un ekonomisko uzplaukumu, attīstībai, tostarp veselības aprūpes sistēmai, varēja veltīt visai nelielu summu. Post-apartheīda periodā Dienvidāfrika cieta arī no tā, ka birokrātiskā sistēma nebija pienācīgi izstrādāta un starp valsts reģioniem pastāvēja nevienlīdzība. Respektīvi, citos reģionos veselības aprūpes infrastruktūra bija ļoti labā stāvoklī, citos nē utt. Nevienlīdzība pastāvēja ne tikai starp reģioniem, bet arī iedzīvotājiem, kā rezultātā lielākā daļa sabiedrības nespēj apmaksāt privātos veselības aprūpes pakalpojumus.

Savukārt mūsdienās Dienvidāfrikas veselības aprūpes sistēma cieš no personāla trūkuma. Konkrētāk, jaunie speciālisti izvēlas emigrēt, nevis strādāt Dienvidāfrikā. Kā arī, jo projām ir aktuāla gan veselības aprūpes struktūras nevienlīdzība dažādos reģionos un iedzīvotāju nespēja norēķināties par veselības aprūpes pakalpojumiem.

¹⁴⁸ Turpat

5. HIV/AIDS DROŠĪBISKOŠANA DIENVIDĀFRIKĀ 1994-2004

Šī nodaļa aplūkos centienus risināt augstos HIV/AIDS izplatības rādītājus Dienvidāfrikā, kā arī iemeslus, kāpēc šie centieni nav nesuši cerētos rezultātus un infekcijas izplatības līmenis laika posmā ir tikai pieaudzis. Nodaļa ietver arī vēsturisko faktoru apskatu, kas palīdzēs izprast pašreizējo situāciju.

HIV/AIDS piemīt unikālas īpašības, kuras to padara par drošības problēmu. Atšķirībā no, piemēram, malārijas vai tuberkulozes, HIV/AIDS vismagāk neskar gados vecus cilvēkus, bērnus vai cilvēkus ar novājinātu veselības stāvokli – tā skar visproduktīvākos sabiedrības locekļus vecumā no 15 līdz 49 gadiem. Dienvidāfrikā HIV/AIDS pacients vidēji mirst 37 gadu vecumā visbiežāk aiz sevis atstājot bērnus, kuri vēl nav pienācīgi izaudzināti. Nereti bērni ir spiesti pārtraukt skolas gaitas, lai palīdzētu saslimušajam ģimenes loceklim un veiktu dažādus mājas pienākumus.¹⁴⁹

Dienvidāfrikā HIV/AIDS epidēmija ir iespaidīga gan apmēros, gan radītajā postā. Taču šiem postījumiem nebūtu jābūt tādiem, kādi tie ir, ja valdība spētu atbilstoši reaģēt un risināt šo situāciju. Iespējamie risinājumi varētu ietvert AIDS kampaņas, preventīvas programmas, sabiedrības izglītošana, konsultācijas un medicīniska palīdzība inficētajām personām.

2000.gadā ASV viceprezidents Al Gors ANO drošības padomes sanāksmē paziņoja, ka Dienvidāfrikā HIV/AIDS izplatība ir tik augsta, ka tā apdraud institūcijas, kuras definē un aizsargā sabiebrību. Viens no iemesliem, kāpēc Dienvidāfrikā AIDS krīze ir tik smaga, ir saistīts ar AIDS izcelsmi. Infekcija ir nākusi no primātiem un tā tika atklāta Āfrikas kontinentā, tādējādi tai ir bijis vairāk laika izplatīties. Kā arī, ir ļoti liela iespējamība, ka vēl pirms HIV/AIDS tika oficiāli atklāta, Āfrikā cilvēki no šīs slimības jau mira, nezinādami, kas īsti ir šī slimība un kā to ārstēt.¹⁵⁰ Tādējādi slimība netraucēti varēja izplesties aizvien vairāk.

Visefektīvākā HIV/AIDS ārstēšanas metode ir antiretrovīrusu terapija, kura parādījās deviņdesmito gadu vidū. Ar šo terapiju HIV/AIDS ir iespējams kontrolēt. Taču kamēr citās valstīs šos medikamentus pēc iespējas ātrāk un lielākos apjomos padarīja pieejamus, Dienvidāfrikas valdība to nav darījusi. Iemesli, kāpēc Dienvidāfrikā pie varas esošās valdības ir bijuši dažādi – daļa no tiem racionāli, bet daļa ļoti strīdīgi. Kā racionālus iemeslus var minēt finansiālos apstākļus, taču kā strīdīgus un neracionālus – medikamentu ietekme uz cilvēka veselību un fakta, ka AIDS ir HIV pēdējā stadija, apstrīdēšanas.

¹⁴⁹ Robyn Pharaorah, Martin Schonteich (2003), „*AIDS, Security and Governance in Southern Africa: Exploring the impact*”, Institute for security studies, 2.lpp

¹⁵⁰ Bradly J. Condon, Tapen Sinha (2008), „*Global lessons from AIDS pandemic*”, Springer, 31.lpp

Līdz 2008.gada beigām, neskatoties uz to, ka vairāk nekā tūkstoš dienvidāfrikāņu mirst no AIDS katru dienu, medikamentu pieejamība bija nepieņemami zema. 2007.gada decembrī tikai 28%, kuriem bija nepieciešama antiretrovīrusu terapija, to saņēma. Tajā pašā laikā Botsvānā šo terapiju saņēma 79% pacientu, bet Namībijā – 88%. Kā arī, tikai 57% HIV pozitīvo grūtnieču saņēma medikamentus, lai gan Botsvānā šos medikamentus saņēma 96% sievietes, bet Namībijā -64%.

Tik katastrofāli rādītāji ir radušies no Dienvidāfrikas valdības pieņemtās „strausa politikas”, jeb izlikšanās, ka šī problēma neeksistē. ANO vairākkārt ir uzsvēris, ka Dienvidāfrikas valdība ir vienīgā valdība Āfrikas kontinentā, kura aizkavē medikamentu piegādi un kurai acīm redzami nerūp tās sabiedrība. Laika posmā no 2000 līdz 2005.gadam aptuveni 333 000 dzīvību varēja tikt glābtas, ja valdība būtu atbilstoši reaģējusi.¹⁵¹

Būtiskākie izaicinājumi slēpjas lēmumu realizēšanā. Problēmas risināšana nenoslēdzas ar likuma pieņemšanu – ir nepieciešams rūpīgi apdomāt, kā likums praktiski tiks izpildīts un realizēts, un kādi resursi tam būs nepieciešami. Tieši pieņemto likumu realizēšana Dienvidāfrikai neizdodas. Piemēram, preventīvā programma, kura cenšas samazināt HIV nodošanu no mātes mazulim, cieš no medikamentu un personāla trūkuma. Lai gan Dienvidāfrikā ir ļoti plašas informatīvas kampaņas par zīdaiņu barošanu, lielākā daļa māmiņu dzīvo trūkumā un viņām nav pieeja pat tīram ūdenim, kā arī, pieeja pārtikai ir ierobežota. Tādējādi māmiņām ir grūti izvairīties no sava zīdaiņa inficēšanas. Attiecībā uz bāreņiem problēma slēpjas tajā, ka šiem bērniem nereti nav personu apliecinoši dokumenti un tādējādi tiem nav piekļuves valsts palīdzībai un aizsardzībai.¹⁵²

Kā minēts iepriekš, Dienvidāfrikā sievietes loma sabiedrībā nereti sievietes cieš no seksuāla rakstura uzbrukumiem, kuru rezultātā sievietei ir ļoti augsts risks inficēties ar HIV. Šādās situācijās uzbrucēji nereti paliek nesodīti, pat neskatoties uz to, ka viņu vaina tiek atklāta un pierādīta. Tādējādi šāda veida noziegumi skaitās noziegumi tikai formāli. Realitātē noziedznieki sodu nesaņem un rodas iespaids, ka šādas darbības vispār netiek uztvertas kā noziegums.¹⁵³

Dienvidāfrikas valdība ir pieņēmusi dažādus likumus un veidojusi dažādas programmas, lai cīnītos ar augstajiem HIV/AIDS izplatības rādītājiem¹⁵⁴. Kā piemērus var minēt Nacionālo Veselības aktu (2003), kurš paredzēja bezmaksas veselības aprūpi grūtniecēm,

¹⁵¹Robyn Pharaorah, Martin Schonteich (2003), „*AIDS, Security and Governance in Southern Africa: Exploring the impact*”, Institute for security studies, 8.lpp

¹⁵²Conrad Chibango (2012), „*South Africa's HIV and AIDS policy and Legislation: An Analysis*”, Greener Journals, 242.lpp

¹⁵³Turpat, 243

¹⁵⁴The World bank (2015). *Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)*. Izgūts no [http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS?end=2015&locations=ZA&start=1990&view=chart]

bērniem līdz sešu gadu vecumam un bezmaksas neatliekamo palīdzību ikvienam, taču 2004.gadā HIV/AIDS izplatība jo projām saglabājās īpaši augstā līmenī, kas liecina, ka šī politika nav vainagojusies panākumiem. Arī 2007.gadā bija manāmi centieni risināt seksuālās vardarbības problēmu. Taču lai saņemtu likumā minētās procedūras (piemēram, pieprasīt, lai upurim veic HIV pārbaudes), par uzbrukumu nepieciešams ziņot. Taču vairums izvarošanas gadījumi notiek tieši mājas apstākļos vai arī sievietei tiek uzbrukts grupā.¹⁵⁵ Tādējādi rodas iespaids, ka Dienvidāfrikas pieņemtie risinājumi ir nepārdomāti un pavirši izstrādāti, kā arī to efektivitāte ir minmāla.

Viens no iemesliem, kāpēc HIV/AIDS politiku neizdodas realizēt, ir Dienvidāfrikas līderu principiālie uzskati un pasaules redzējums. Dienvidāfrikas lēmumu pieņemšanas sistēmā vara ir centralizēta atsevišķu ietekmīgu indivīdu rokās. Šīs personas bloķē centienus drošībiskot HIV/AIDS.¹⁵⁶

Afrikāņu Nacionālā Kongresa izveidotā demokrātiskā valdība jau sākotnēji demonstrēja hierarhiskas un centralizētas pārvaldes tendences. Jau pēc pārejas uz demokrātiju sabiedrības mobilizācija tika uzskatīta kā nestabilitātes avots, nevis kā leģitīma demokrātiskās pārvaldes manifestācija. Šādas tendences pastiprinājās līdz ar nākamā prezidenta Mbeki nākšanu pie varas 1999.gadā. Publiskā kritika pret valdību tika uzskatīta par rasistisku un revolucionāru (respektīvi tā tika redzēta kā drauds pašreizējai valdībai). Mbeki noraidošā attieksme pret sabiedrības mobilizāciju un tiesībām protestēt veicināja to, ka lēmumus pieņēma prezidents un valdībā esošie viņam lojālie atbalstītāji. Tā vietā, lai censtos integrēt demokrātiskās pārvaldes tradīcijas, kas ir visnotaļ grūti izpildāms uzdevums, lēmumus pieņēma neliela politiķu grupa kopā ar prezidentu.¹⁵⁷

Valdība HIV/AIDS uztver kā apartheīda blakus parādību. Respektīvi HIV/AIDS izplatība samazināsies līdz ar vienlīdzības palielināšanos sabiedrībā. Prezidents savās uzrunās ļoti bieži atsaucas uz dziļo apartheīda mantojumu, kā cēloni sociālajām un ekonomiskajām problēmām, kā arī domstarpībām starp valdību un sabiedrību.¹⁵⁸ Šāda pieeja gan nav absolūti neracionāla, jo valdība fokusējas uz ilgtermiņa risinājumiem. Taču praktiski šāda nostāja izraisa zināmu apjukumu. Kā minēts iepriekš, tik augsta HIV/AIDS izplatība, kāda tā ir Dienvidāfrikā, atstās postošas sekas uz sabiedrību ilgtermiņā un risinājums ir nepieciešams steidzami. Prezidents šai epidēmijai atņem steidzamības un ārkārtas elementus, kuri acīm redzami ir

¹⁵⁵ Conrad Chibango (2012), „South Africa's HIV and AIDS policy and Legislation: An Analysis”, Greener Journals, 243.lpp

¹⁵⁶ M.A.M. de Carvalho Vieira (2006), „Southern Africa's responses to international HIV/AIDS norms: The politics of assimilation”, London School of Economics and Political Science, 231.lpp

¹⁵⁷ Turpat, 232.lpp

¹⁵⁸ Turpat, 233.lpp

nepieciešami. Gan starptautiskie, gan vietējie aktieri vairākkārt ir uzsvēruši un aicinājuši epidēmiju drošībiskot.¹⁵⁹

Starptautisko aktieru centieni ieviest un veicināt HIV/AIDS normu iestrādi valsts politikā ir saskaņusies ar Dienvidāfrikas birokrātiju, kura jo projām ir izveides procesā. Birokrātiskajā iekārtā jo projām strādā apartheīda ēras ierēdņi un, protams, arī jauni ierēdņi, kuriem savstarpēji ir problemātiski sastrādāties. Kā arī, birokrātiskā sistēma kopumā ir visai haotiska un slikti organizēta.¹⁶⁰

Taču starptautiskās intervences arī ne vienmēr ir pārdomātas un nes cerētos rezultātus. Sabiedrības veselības pētnieki un aktīvisti, kuri veido dažādas HIV/AIDS intervences trūcīgās Dienvidāfrikas kopienās, ir nepieciešams pievērst uzmanību dzimuma, ekonomiskajai un rasu nevienlīdzībai. Tā vietā pētnieki koncentrējās uz individuāliem faktoriem, kuri izraisa HIV. Kā piemēru var minēt seksuālo partneru skaitu. Individu uzvedība ir uzmanības centrā, jo šī uzvedība sakrīt ar mikro līmeņa kategorijām, kuras epidemiologi izmanto, lai identificētu riska grupas. Intervences tādējādi tiek veidotas, lai uzlabotu indivīda zināšanas, attieksmi un uzskatus, nevis lai uzsvērtu sociālo vai ekonomisko nevienlīdzību, kuras ierobežo indivīdu spēju pieņemt veselīgus lēmumus.¹⁶¹

„Veselības uzskatu modelis” ir risku samazināšanas piemērs, kuru bieži izmanto starptautiskās veselības aģentūras un nevalstiskās organizācijas. Šis modelis ir balstīts psiholoģijā un darbojas, balstoties uz ideju, ka cilvēkam vienkārši saprot, kādi lēmumi ir veselīgi, tas izvairīsies no riskantas uzvedības. Taču šādā modelī netiek ņemts vērā, ka indivīdiem, kuri dzīvo trūcumā, nav tik lielas kontroles pār savas dzīves apstākļiem. Cilvēka spēja pieņemt veselīgus lēmumus ir atkarīga no daudziem faktoriem un situācijām.¹⁶²

Autores izvēlētajā laika posmā Dienvidāfrikā noritēja trīs vēlēšanas – 1994., 1999. un 2004.gadā. Visās trijās vēlēšanās vislielāko atbalstu saņēma Afrikāņu Nacionālā Kongresa partija – attiecīgi 62,6% (252 vietas no 400), 66,4% (266) un 69,7% (279). Izvēlētajā laika posmā Dienvidāfrikā nomainījās divi prezidenti – Nelsons Mandela un Tabo Mbeki, kuri arī piederēja pie Afrikāņu Nacionālā Kongresa partijas.¹⁶³

Pirmais demokrātiskās Dienvidāfrikas prezidents bija Nelsons Mandela. Kā tiks paskaidrots darba turpmākajā daļā, pēc pārejas uz demokrātiju, Dienvidāfrika atradās vairāku izaicinājumu priekšā, tostarp iepriekšējās valdības parāda likvidēšana, jaunas konstitūcijas

¹⁵⁹ Turpat, 236, 237.lpp

¹⁶⁰ Turpat, 239.lpp

¹⁶¹ Margaret Cunha (2007), „*South African politics, inequalities and HIV/AIDS Applications for Public Health Education*”, SAGE publications, 213.lpp

¹⁶² Turpat, 213,214.lpp

¹⁶³ *Election Resources on The Internet: Republic of South Africa General Election Lookup*. Izgūts no [<http://electionresources.org/za/provinces.php?election=1994&province=ZA>]

izveide u.c. Protams, jaunā valdība apzinājās HIV/AIDS epidēmiju, taču centieni šo situāciju uzlabot nebija veiksmīgi galvenokārt dēļ finansējuma trūkuma un tā, ka valsti tobrīd būtībā bija jāizveido no jauna, balstoties demokrātiskajās tradīcijās. Respektīvi, jaunajai, demokrātiskajai valdībai bija citas prioritātes. Tādējādi nekas neliecina par ārkārtas mēru pieņemšanu attiecībā uz HIV/AIDS problēmas risināšanu.¹⁶⁴ Jāņem vērā, ka visos trijos vēlēšanu rezultātos Afrikāņu Nacionālā Kongresa partija bija izteikta līdere vēlētāju atbalsta ziņā. Tādējādi šai partijai attiecīgi ir lielāka ietekme. Taču ņemot vērā, ka šī partija nav vienīgais politiskais spēks, tiek pieņemti tādi lēmumi, kuru vairākums no Parlamenta atbalsta. Valdības oficiālā un vienotā nostāja ir ka nepieciešams fokusēties uz ilgtermiņa risinājumiem. Iepazīstoties ar literatūru, autore nesaskata, ka minētajā laika posmā kāda partija īpaši būtu centusies drošbiskot HIV/AIDS problēmu.

Taču konkretizējot sabiedrības neapmierinātības izpausmes, nepieciešams uzsvērt nevalstiskās organizācijas Ārstniecības Kampanas (*Treatment Action Campaign*) aktivitātes. Organizācija tika dibināta 1998. gadā ar mērķi nodrošināt pieeju HIV/AIDS medikamentiem. Šī organizācija ir viena no ietekmīgākajām organizācijām starp attīstības valstīm. Ārstniecības Kampanas viens no lielākajiem sasniegumiem bija 2002 gadā, kad konstitucionālā tiesa nolēma piešķirt antiretrovīalos medikamentus, lai nodrošinātu, ka HIV pozitīva grūtniece nenodod HIV savam mazulim.¹⁶⁵

Šī organizācija ir gana aktīva, veidojot dažādus samitus, konferences un kampaņas, izsniedzot bezmaksas medikamentus, kā arī, piekļūst savu interešu lobēšanu valdībā un regulāri uztur kontaktu gan ar reģionālajām, gan federālajām valdībām. Neskatoties uz šiem centieniem, HIV/AIDS rādītāji autores izvēlētajā laika posmā ir tikai pieauguši. Jāuzsver, ka organizācija nav centusies HIV/AIDS drošbiskot, bet gan koncentrējusies uz problēmas risināšanu. Būtisks iemesls tam, ka HIV/AIDS nav tikusi drošbiskota ir, ka starp valdību un sabiedrību nepastāv vienots skatījums. Dienvidāfrikā vairāk ir HIV/AIDS upures – sievietes, tādējādi vīrieši pret šo problēmu izturas nevērīgi (tas skaidrojams ar valstī pastāvošajām tradicionālajām dzimumu lomām – resp., vīrietis ir ģimenes galva, bet sieviete ir viņa pakļautībā). Arī valdības reakcija uz organizācijas aktivitātēm nav bijusi konsekventa, tādējādi apgrūtinot organizācijas darbību.

166

¹⁶⁴ Apartheid. Izgūts no [<http://www.history.com/topics/apartheid>]

¹⁶⁵ Treatment Action Campaign. *About us*. Izgūts no [http://www.tac.org.za/about_us]

¹⁶⁶ Eduard J. Beck, Lynn-Marie Holland (2006) *"The HIV Pandemic: Local and Global Implications"*, OUP Oxford 730-731.lpp

5.1. Vēsturiskie faktori

HIV/AIDS situācija Dienvidāfrikā nav samilzusi ne pēdējo desmit, ne divdesmit gadu laikā. Pašreizējā situācija ir cieši saistīta ar Dienvidāfrikā kādreiz pastāvošo Aparteīda režīmu un vēl krietni pirms tam.

Desmitgadēm ilgušie kari, konflikti un migrācijas viļņi bija noveduši pie situācijas, kurā atsevišķas dzimtas ieguva iespēju uzspiest savu varu uz iedzīvotājiem vai nu ar agresijas palīdzību, vai arī piedāvājot aizsargāt bēgļus. Jaunās autoritātes varēja iegūt darbaspēku un citus resursus no iepriekš decentralizētās lauksaimniecības ekonomikas, lai izveidotu centralizētas politijas. Taču šī agrīnā valsts izveide nenotika vienmērīgi. Birokratizācija notika ātrāk balto cilvēku politijās. Taču neskatoties uz to, arī balto cilvēku politijās birokrātija krietni atpalika no Eiropas valstīm. Valsts galvas izmantoja valsti kā līdzekli privātu interešu realizēšanai ar spekulēšanas, kukuļošanas un sev izdevīgu personu iecelšanas konkrētos amatos. Savukārt citas politijas cieta no neefektīvas nodokļu iekasēšanas sistēmas un vāji attīstītas birokrātijas.¹⁶⁷ Taču Keipas un Transvālas kolonijās (mūsdienu Dienvidāfrikas teritorija), kuru pārvaldīja Briti, ieviesa daudz stingrākas prasības un ieviesa administratīvās reformas.¹⁶⁸ Tādējādi var secināt, ka nevienlīdzība, kurš, pēc autores domām, ir viens no būtiskākajiem faktoriem, kas saasinājis HIV/AIDS saasināšanos, ir veidojusies vēl laiku pirms mūsdienu Dienvidāfrikas dibināšanas.

Dienvidāfrikas valstij no četrdesmito gadu beigām līdz 1994.gadam bija unikāla iezīme – valsts struktūra tika veidota pēc formālas sistēmas, kura balstījās uz rasu atšķirībām un hierarhiju.¹⁶⁹ Taču līdzīgas tendences bija vērojamas visā kontinenta dienvidu daļā. Līdz afrikāņu nacionālisma uzplaukumu, baltās minoritāšu valdības Āfrikas dienvidu daļā pastiprināja kontroli, lai noturētu politisko varu un resursus savās rokās. Āfrikā parādījās jauna robeža, kura nošķīra “melnos” ziemeļus no “baltajiem” dienvidiem, padarot kontinenta dienvidu daļu par baltās varas cietoksni.¹⁷⁰

Soli pa solim melnādainie iedzīvotāji sāka saskarties ar aizvien lielāku valdības kontroli un tika nošķirti no baltajiem kur vien iespējams. Katrs melnādaino cilvēku dzīves aspekts – mājvieta, nodarbinātība, izglītība, politika un komunālie pakalpojumi – tika stingri kontrolēts, lai viņi apzinātos savu otršķirīgo lomu. Aparteīda vārdā vairāk nekā trīs miljoni cilvēku tika izlikti no savām mājām un vairāki miljoni tika apcietināti, lai realizētu valdības politiku.¹⁷¹

¹⁶⁷ Daryl Glaser (2001), „*Politics and Society in South Africa*”, SAGE publications, 72.lpp

¹⁶⁸ Turpat

¹⁶⁹ Turpat, 84.lpp

¹⁷⁰ Martin Meredith (2006), „*The State of Africa*”, Simon&Shuster UK, 116,117.lpp

¹⁷¹ Turpat, 117.lpp

Četrdesmitajos gados afrikāņi sāka masveidā pārcelties uz industriālajiem centriem, jo reģionu fermās balto cilvēku fermās bija ļoti smagi apstākļi. Melnādainie saskārās arī ar smagu dzīvesvietu trūkumu un strauju pārtikas cenu pieaugumu. Tas noveda līdz plašākajiem protestiem Dienvidāfrikas vēsturē pret algu un darba apstākļiem.¹⁷²

1950.gadā valdība bija aizliegusi laulības starp baltajiem un melnajiem, kā arī starp baltajiem un citu rasu pārstāvjiem. Iedzīvotāju reģistra aktā tika ietverts apartheīda rāmis, klasificējot visus dienvidāfrikāņus atbilstoši rasei – melnos afrikāņus, “krāsainos” (dažādu rasu pārstāvju sajaukums), baltos un vēlāk tika pievienoti arī aziāti. Lai ierobežotu kontaktu starp rasēm, tika izveidotas atsevišķas publiskās iestādes baltajiem un citu rasu pārstāvjiem. Citu rasu pārstāvjiem nebija atļauts veidot biedrības un līdzdarboties valdībā. Valdība arī piespieda melnos dienvidāfrikāņus pārdot sev piederošo zemi baltajiem fermeriem. Laika posmā no 1961.līdz 1994.gadam vairāk nekā 3,5 miljoni iedzīvotāju piespiedu kārtā atstāja savas mājas. Rezultātā vairāk, nekā 90% no zemes nonāca balto rokās.¹⁷³

Kā redzams, Dienvidāfrikas valdības piekoptā Apartheīda politika bija visai drastiska, strikti nošķirot rases. Apartheīda režīms Dienvidāfrikā oficiāli pastāvēja kopš 1948.gada, taču apartheīda politikas elementi bija manāmi jau iepriekš. Apartheīda režīms beidza pastāvēt 1994.gadā. Tādējādi vairāk, nekā 40 gadus rūpīgi tika izkopta rasu nevienlīdzība. Šāds laika posms ir gana ilgs, lai tā seku izskaušanai nepietiktu vien ar demokrātiskas valdības izveidi.

5.1.1 Dienvidāfrika pēc pārejas uz demokrātiju

Izaicinājums pārveidot Dienvidāfriku par demokrātiju pēc gadsimtiem ilgušās balto pārvaldes nebija viegli izpildāms. Visa sistēma bija tikusi pielāgota, lai kalpotu balto interesēm – viņi pārvaldīja praktiski visas institūcijas sākot no drošības spēkiem un beidzot ar medijiem, un universitātēm. Jāņem vērā, ka sistēmas rezultātā visa valsts bija atkarīga no balto ekspertīzes, kapitāla un iemaņām. Veidojot jauno sistēmu, bija nepieciešams pārliecināt arī baltos par viņu vietu un nākotni jaunajā Dienvidāfrikā.¹⁷⁴

Nepieciešama bija ne tikai jauna administrācija, kura spēj uzņemties plašas ekonomikas un sociālās attīstības programmas, bet arī jauna pašvaldību struktūra. Policijai bija nepieciešams pilnībā mainīt savu taktiku, jo līdz šim tā bija aktīvi veicinājusi apartheīda likumu ievērošanu. Arī izglītības sistēmu bija skārusi rasu diskriminācija. Valsts skolās baltajiem bija pieejama pietiekami kvalitatīva izglītība, taču valsts skolās, kuras paredzētas melnajiem, situācija bija pretēja. Daudzām skolu ēkām bija būtiski bojājumi, trešdaļai skolu nebija

¹⁷² Turpat, 118.lpp

¹⁷³ Apartheid. Izgūts no [<http://www.history.com/topics/apartheid>]

¹⁷⁴ Turpat

elektrības, ceturtdaļai nebija ūdens un labierīcību, trešdaļā skolu pasniedzējiem nebija pietiekama kvalifikācija, lai vadītu mācību stundas.¹⁷⁵

Viens no smagākajiem aparēda mantojumiem bija ienākumu nevienlīdzība sabiedrībā. Vidējie balto ienākumi bija astoņas reizes lielāki, nekā vidējie melno ienākumi. Baltie, kuri sastādīja 13% no kopējā iedzīvotāju skaita, nopelnīja 61%. Tikai 2% no privātajā sektorā gūtās peļņas bija melnādainajiem. 1994.gadā no 40 miljonu lielā iedzīvotāju skaita 22 miljoniem nebija pieeja pienācīgai veselības aprūpei. 7,5 miljoni no viņiem bija pilsētu iedzīvotāji. 12 miljoniem nebija pieejams tīrs dzeramais ūdens, 23 miljoniem nebija pieejama elektrība un 2 miljoni bērnu bija neizglītoti.¹⁷⁶

Taču Dienvidāfrikai ir pietiekami daudz resursu, lai cīnītos ar šīm problēmām. Valsts teritorijā atrodas 44% no pasaules dimantu rezervēm, 82% no mangāna rezervēm un 64% no platīna rezervēm. Dienvidāfrika tobrīd arī bija pasaulē vadošā zelta ražotāja. Finanšu, banku un juridiskās sistēmas bija efektīvas, Johannesburgas birža bija desmitā lielākā pasaulē. Ražošanas bāze nebija konkurētspējīga, bet tai bija ļoti daudz kur augt un izplesties. Ceļu, dzelzceļu, ostu un lidostu infrastruktūra bija labi attīstīta. Arī elektrība un telekomunikācijas bija stabilas. Universitāšu absolventi bija kompetenti savās nozarēs. Dienvidāfrikas ekonomika bija piektā lielākā pasaulē un tās iekšzemes kopprodukts bija mērāms 120 miljardos dolāru.¹⁷⁷

Nemot vērā šos rādītājus, Mandela bija cerību pilns, ka jaunās administrācijas plānus varēs īstenot, nesaskaroties ar finansiālām problēmām. Patiesībā viņa administrācija ar šo faktu bija rēķinājusies. Taču realitātē iepriekšējā valdība bija atstājusi 8,6% no IKP lielu budžeta deficītu. Tādējādi valdības iekšējais parāds bija milzīgs. Parāda atmaksa kombinācijā ar pašreizējiem izdevumiem atstāja tikai 8% no resursiem, kurus varēja veltīt attīstībai. Mandelas valdībai nepietika naudas, lai realizētu savus plānus.¹⁷⁸

Mandela saprata, ka viņa rīcībā ir ne tikai slikts ekonomiskais stāvoklis, bet arī viņa attīstības plāni lielā mērā ir atkarīgi no spējas piesaistīt ārzemju investīcijas. Vietējie resursi nebija pietiekami lieli, lai izlīdzinātu ekonomisko situāciju. Dienvidāfrika ilgstoši bija praktizējusi nacionalizāciju un valsts kontroli pār ekonomiku, tādējādi Mandelam nācās pārliecināt gan vietējos, gan ārzemju investorus par saviem plāniem.¹⁷⁹

Pirmajos desmit demokrātijas gados Dienvidāfrika uzrādīja būtiskus panākumus. Tā bija politiski stabila pēc ļoti ilgas un vardarbīgas konkurences pār varu. Ekonomika tika pārveidota par starptautiski konkurētspējīgu. Tā vairs nebija atkarīga no derīgajiem

¹⁷⁵ Martin Meredith (2006), "The State of Africa" Simon&Shuster UK, 648.lpp

¹⁷⁶ Turpat

¹⁷⁷ Turpat, 649.lpp

¹⁷⁸ Turpat

¹⁷⁹ Turpat, 650.lpp

izrakteņiem. Tā vietā attīstījās ražošana, tūrisms un banku sektors. Arī valsts finanses tika sakārtotas. Izglītības sistēmas sakārtošana valdības budžetā aizņēma lielāko daļu. Aizvien lielākai iedzīvotāju daļai bija pieejami mājokļi, tīrs ūdens, elektrība, pensijas un pabalsti, kā arī pamata veselības aprūpe.¹⁸⁰

Neskatoties uz pozitīvajiem rādītājiem un iespaidīgajiem uzlabojumiem, Dienvidāfrika jo projām atradās smagu problēmu priekšā. Bezdarba rādītāji sasniedza 40%. Mazāk nekā 7% no absolventiem spēja atrast formālu darbu. Reģionos bezdarbs sasniedza līdz pat 95%. Reizēm vairāki iedzīvotāji bija spiesti iztikt no vienas pensijas. Vairāk nekā 3 miljoni iedzīvotāju mitinājās skvoteru nometnēs. 18 miljoniem iedzīvotāju jo projām nebija pieeja nekāda veida veselības aprūpei. 5 miljoniem nebija pieejas tīram dzeramajam ūdenim. 7 miljoni atradās zem nabadzības līmeņa. Daudziem noziedzība bija vienīgais veids kā izdzīvot. Tādējādi Dienvidāfrika sasniedza vienu no augstākajiem noziedzības rādītājiem pasaulē.¹⁸¹

Viens no iemesliem, kāpēc HIV/AIDS izplatības rādītāji Dienvidāfrikā ir tik augsti, ir ka infekcija ir izcēlusies Dienvidāfrikas reģionā. Tādējādi tā sāka izplatīties vēl pirms šī infekcija tika atklāta un zinātniski izpētīta. Rezultātā indivīdi mira no neidentificētas slimības, padarot neiespējamu tās ārstēšanu. Taču pats būtiskākais iemesls, kāpēc HIV/AIDS izplatības rādītāji jo projām saglabājas tik augsti, ir Dienvidāfrikas valdības pieņemtā “strausa politika”, kura ir pat novedusi līdz absurda zinātnisku faktu apstrīdēšanai.

Dienvidāfrika arī cieš no dziļi iesakņojušās nevienlīdzības, kura rūpīgi ir tikusi veidota aparateīda laika posmā. Pāreja uz demokrātisku pārvaldes iekārtu notika tikai 1994.gadā, tādējādi pašreizējā demokrātiskā sistēma ir pavisam jauna – valsts vēl tikai veido savas demokrātiskās tradīcijas. Arī šis faktors apgrūtina efektīvu HIV/AIDS apkarošanas izstrādi, jo demokrātiskā pārvalde ir izstrādēs stadijā un tajā vēl nepieciešams ieguldīt darbu. Tādējādi valsts pārvalde ir īpaši noslogota, cenšoties pilnveidoties un paralēli atrisināt HIV/AIDS radīto postu.

Protams, ir vērojami centieni šo situāciju uzlabot un risināt, ieviešot dažādas kampaņas un palīdzības programmas. Taču šie centieni nerezultējas panākumiem, jo minēto kampaņu un programmu realizēšanā ir nepārdomātas nianšes. Tas attiecas arī uz starptautisko aktieru centieniem.

Attiecībā uz mēģinājumiem drošībiskot HIV/AIDS, autore nesaskata konsekventus mēģinājums to izdarīt. Savu neapmierinātību ir paudusi sabiedrība, kā arī starptautiskie aktieri vairākkārt ir uzsvēruši, ka ir nepieciešami ārkārtas mēri, lai šo samilzušo situāciju risinātu. Taču

¹⁸⁰ Turpat, 674.lpp

¹⁸¹ Turpat, 675.lpp

Dienvīdāfrikas valdība aizbildinās ar to, ka fokusējas uz ilgtermiņa risinājumiem izskaust nevienlīdzību, kas, viņuprāt, novedīs pie HIV/AIDS izplatības rādītāju samazināšanās. Šāda valdības nostāja ir šķērslis arī vietējo organizāciju darbam, jo tās nesaņem nepieciešamo atbalstu. Taču ņemot vērā autores izpētīto un apkopoto informāciju, risinājums ir nepieciešams steidzami, jo šīs infekcijas sekām ir potenciāls sagraut valsts stabilitāti.

SECINĀJUMI

Salīdzinot ar Aukstā kara periodu, mūsdienās drošības jēdziens ir ieguvis jaunu izpratni, kura ir krietni plašāka un vairs neaprobežojas tikai ar militāriem draudiem. Savu ieguldījumu drošības jēdziena pārdefinēšanā ir sniegusi konstruktīvisma tradīcijās balstītā Kopenhāgenas starptautisko attiecību skola. Šīs skolas ietvaros tika izveidots drošībiskošanas koncepts, kas paredz, ka ikvienu eksistenciālu apdraudējumu var padarīt par drošības problēmu, tādējādi pieņemot ārkārtas mērus, lai šo apdraudējumu likvidētu. Viens no šādiem netradicionālajiem draudu veidiem ir HIV/AIDS.

Sīkāk aplūkojot Dienvidāfrikas gadījumu, atklājās, ka HIV/AIDS epidēmija vissmagāk skar ekonomisko un nacionālo drošību, kā arī personisko drošību. Individīdi visvairāk cieš no tā, ka infekcijas rezultātā tiek padziļināts nabadzības līmenis augsto ārstniecības izmaksu dēļ. Arī ja ģimenē ir kāda inficēta persona, tas atstāj nopietnas psiholoģiskas sekas uz bērniem. Bērni nereti arī ir spiesti atstāt skolu un rūpēties par inficēto vai arī vecāku nāves gadījumā pat rūpēties par jaunākajiem ģimenes locekļiem. Tādējādi sabiedrībā arī palielinās bāreņu skaits, kas veicina noziedzības pieaugumu, jo bāreņi ir īpaši ievainojami – pastāv liela iespēja, ka tie iesaistīsies noziedzīgos grupējumos. Sabiedrība saskaras arī ar ekonomiskām grūtībām. Uzņēmējiem darbinieks izmaksā dārgāk, samazinās produktivitāte, kā rezultātā arī valsts konkurētspēja sarūk un ekonomiskā attīstība palēninās. Negatīvas sekas epidēmija atstāj arī uz nacionālo drošību – gan uz valsts pārvaldi, gan bruņotajiem spēkiem. Karavīru efektivitāte samazinās un nav viegli piesaistīt jaunus kareivjus, jo karavīri ietilpst augsta riska grupā tikt inficētiem ar HIV/AIDS. Arī miera uzturēšanas operācijas tiek apgrūtinātas, jo kareivji, tiekot nosūtīti uz valsti, kurā HIV/AIDS izplatības rādītāji ir augsti, var šo infekciju atvest atpakaļ uz savu mājvietu. Arī birokrātiskā sistēma strādā ar grūtībām, jo daļa darbinieku nemitīgi slimo. Kā arī, tiesu sistēma saskaras ar sarežģījumiem, jo nereti apsūdzētais, apsūdzētājs, liecinieki un pat tiesneši infekcijas dēļ nespēj lietu pilnvērtīgi izskatīt un pasludināt spriedumu.

Pētījuma gaitā atklājās, ka problēmas ne-drošībiskošana ir izraisījusi starptautisko aktieru neapmierinātību un piesaistījusi papildus uzmanību šīs problēmas attīstībai Dienvidāfrikā. Starptautisko aktieru izdarītais spiediens ir viens no iemesliem, kāpēc Dienvidāfrika ir spiesta reaģēt un censties risināt HIV/AIDS epidēmiju. Arī starptautiskie aktieri (piemēram, UNAIDS) ir centušies Dienvidāfrikai palīdzēt, veidojot dažādas kampaņas un palīdzības programmas. Taču arī šīs programmas nereti nenes cerētos rezultātus, jo šo programmu būtība nav pielāgota Dienvidāfrikas sociālekonomiskajiem apstākļiem.

Arī Dienvidāfrikas valdības veidotās palīdzības programmas un kampaņas ir nepārdomātas. Idejiski šīm programmām nav ne vainas, taču to izpildījums nerezultējas

panākumiem. Kā gan ir iespējams īstenot bezmaksas HIV/AIDS medikamentu nodrošināšanu, ja valdība finansiāli to nevar atļauties? Vai arī kā gan bāreņi var saņemt sociālo palīdzību, ja tiem nav pienācīga personu apliecinoša dokumentācija, tādējādi nespējot pierādīt savu bāreņa statusu? Kā arī, valdība nav padomājusi, ka veselības aprūpes sistēma saskaras ar vairākiem izaicinājumiem: trūkst speciālisti, kuri strādātu valsts veselības aprūpes sektorā, nereti mediķi izvēlas emigrēt uz citām valstīm. Kā arī, vairums iedzīvotāju dzīvo trūkumā un nespēj apmaksāt privātos veselības aprūpes pakalpojumus, kas sagādā zināmas problēmas, jo tikai 20% mediķu strādā valsts veselības aprūpes sektorā.

Valdība HIV/AIDS saista ar aparteīda mantojumu, tādējādi valdības pieņemtā politika koncentrējās uz ilgtermiņa risinājumiem, kuri samazinās nabadzību un līdz ar to, arī HIV/AIDS izplatības rādītājus. Šāda pieeja gan nav absolūti neracionāla, taču Dienvidāfrikā nevienlīdzība ir ļoti dziļa – tā ir tikusi kultivēta gadu desmitiem, tāpēc to nav reāli izskaust īsā laika posmā. Kamēr valdība realizē politiku, kura ir vērsta uz ilgtermiņa risinājumiem, simtiem cilvēku mirst no HIV/AIDS un tās izraisītajām komplikācijām ik gadu.

Atbildot uz darba ievadā minēto izpētes jautājumu, HIV/AIDS drošībiskošanas procesu ir ietekmējuši šādi faktori:

- Kultūra/tradīcijas – Dienvidāfrikas sabiedrībā valda patriarhāli uzskati, taču HIV/AIDS upuri galvenokārt ir sievietes, tādējādi vīrieši nereti šo problēmu neuztver nopietni. Ja sabiedrībā nepastāv vienots viedoklis par kādu problēmu, to drošībiskot nebūs reāli, jo drošībiskošanas aktierim ir nepieciešams morālais atbalsts arī no sabiedrības puses.
- Valdības piekoptā „strausa politika” – valdība HIV/AIDS problēmu neuztver pietiekami nopietni. Darba autorei radās iespaids, ka valdība situāciju cenšas uzlabot nevalstisko organizāciju un starptautisko aktieru izdarītā spiediena. Kā minēts iepriekš, valdība uzsver ilgtermiņa risinājumus, kuri ir vērsti uz iedzīvotāju nevienlīdzības samazināšanu. Taču lai šādi risinājumi sniegtu rezultātus, būs jāpaiet ilgam laikam. HIV/AIDS epidēmija Dienvidāfrikā ir gana samilzusi, kā arī tā ir pietiekami postoša, lai risinājumu meklētu steidzami.
- Režīma nomaiņa – 1994.gadā Dienvidāfrikā noritēja pāreja uz Demokrātisku režīmu, kas radīja gana daudz izaicinājumu, tādējādi nobīdot HIV/AIDS epidēmiju malā. Protams, jau pirmajos jaunās valdības gados tika izveidota politika, lai palīdzētu HIV/AIDS pacientiem, taču šo politiku nebija iespējams īstenot dēļ tā brīža finansiālās situācijas valstī. Ja režīma nomaiņa nebūtu bijusi nepieciešama un jaunajai valdībai nebūtu bijušas citas nozīmīgas problēmas, kuras risināt, HIV/AIDS draudi tiktu atrisināti citādāk.

Autores izvirzītā hipotēze ir apstiprinājusies. Lēmumi attiecībā uz HIV/AIDS epidēmijas atrisināšanu tiek pieņemti kā ikdienišķi lēmumi un nekas neliecina par šo lēmumu steidzamu virzīšanu vai ka valdība HIV/AIDS draudus uztvertu kā kaut ko tādu, kam nepieciešams piemērot ārkārtas risinājumus.

Runas akts ir ticis veikts – gan sabiedrība, gan starptautiskie aktieri ir pauduši savu neapmierinātību. Taču drošībiskošana nav notikusi, jo runas akts nav acīm redzami nav spējis pārliecināt valdību, uz ko norāda tas, ka nav tikuši pieņemti nekādi ārkārtas mēri, lai atrisinātu HIV/AIDS epidēmijas draudus. Jāuzsver arī tas, ka sabiedrībā nepastāv viennozīmīgs viedoklis, kā rezultātā nav notikusi pietiekama sabiedrības iesaiste šajā procesā.

PIELIKUMI

1.tabula.

10 valstis ar augstāko HIV/AIDS izplatības rādītāju un šo valstu IKP

Valsts	HIV/AIDS izplatība vecumā no 15-49 (procentuāli no iedzīvotāju skaita minētajā vecumā) ¹⁸²	Iekšzemes kopprodukts (IKP) miljonos dolāru 2015 ¹⁸³
1.Svazilenda	27.37 %	159.vieta pasaulē; 4 118
2. Botsvāna	25.16 %	115. vieta; 14 390 milj.dolāru
3.Lesoto	23.39 %	169. vieta; 2 278 milj.dolāru
4. Dienvidāfrika	18.92 %	32. vieta; 314 572 milj.dolāru
5.Zimbabve	16.74 %	114.vieta ;14 419 milj.dolāru
6. Namībija	15,97 %	128 vieta.; 11 492 milj.dolāru
7.Zambija	12,37 %	105.vieta ; 21 154 milj.dolāru
8.Mozambika	10,58 %	113. vieta ;14 087 milj.dolāru
9.Malāvija	10,04 %	149.vieta ; 6 404 milj.dolāru
10. Uganda	7,25 %	98. vieta; 27 529 milj.dolāru

6. tabula

Hroma, platīna, pallādijs un dimanta krājumi (2015)¹⁸⁴

Hroms (tonnas)	Platīns (kilogrami)	Pallādijs (kilogrami)	Dimants (karāti)
1. Dienvidāfrika 15,684,481	1. Dienvidāfrika – 139,125	1.Dienvidāfrika – 82,691	1. Krievija – 41,912,390
2. Turcija 6,600,000	2. Krievija – 20,800	2. Krievija – 75,500	2. Botsvāna – 20,824,000
3. Kazahstāna 5,382,800	3. Kanāda – 12,800 3. Zimbabve – 12,800	3. Kanāda – 22,000	3. Kongo Demokrātiskā republika – 14,284,000
			6. Dienvidāfrika – 8,232,627

¹⁸²Central Intelligence Agency. *The World Factbook*. Izgūts no [<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2155rank.html>]

¹⁸³ Worldbank (2015). *Gross Domestic Product*. Izgūts no [<http://databank.worldbank.org/data/download/GDP.pdf>]

¹⁸⁴ Minerals UK. *World Mineral Statistics Archive*. Izgūts no [<http://www.bgs.ac.uk/mineralsuk/statistics/worldArchive.html>]

3.tabula

IKP Āfrikas valstīs (un salīdzinājumam piecas valstis ar lielāko IKP pasaulē)¹⁸⁵

Valsts nosaukums	IKP miljonos dolāru (2015) ¹⁸⁶
1.Amerikas Savienotās valstis	18 036 648
2.Ķīna	11 064 665
3.Japāna	4 383 076
4.Vācija	3 363 447
5.Lielbritānija	2 861 091
10 Āfrikas valstis ar lielāko IKP miljonos dolāru (2015)	
31 Ēģipte	330 779
32 Dienvidāfrika	314 572
54 Alžīrija	164 779
59 Angola	102 627
60 Maroka	102 593
62 Sudāna	97 156
71 Kenija	63 794
73 Etiopija	61 540
84 Tanzānija	45 628
93 Kongo Demokrātiskā Republika	35 238
98 Uganda	27 529

¹⁸⁵ Worldbank (2015). *Gross Domestic Product*. Izgūts no [http://databank.worldbank.org/data/download/GDP.pdf]

IZMANTOTIE INFORMĀCIJAS AVOTI

Aids.gov. *What is HIV/AIDS?* Izgūts no [<https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/what-is-hiv-aids/>]

Aids.gov. *A Timeline of HIV/AIDS*. Izgūts no [<https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/index.html>]

Aids.gov. *How do You get HIV/AIDS?* Izgūts no [<https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/how-you-get-hiv-aids/index.html>]

Apartheid. Izgūts no [<http://www.history.com/topics/apartheid>]

Eduard J. Beck, Lynn-Marie Holland (2006) *"The HIV Pandemic: Local and Global Implications"*, OUP Oxford 730-731.lpp

Barry Buzan, Lene Hansen (2009), „*The Evolution of International Security Studies*”, Cambridge University Press, 212 -213.lpp

B.Buzan, M. Albert(2011), „*Securization, sectors and functional differentiation*”, SAGE, 415.lpp

Barry Buzan, Ole Wæver, Jaap de Wilde (1998), “*Security: A New Framework For Analysis*”, Lynne Rienner Publishers, 21, 22-24, 30, 36.lpp

Booyesen F. le R., Geldenhuys, J.P.&Marinkov, M. 5,7,8,10.lpp. *The Impact of HIV/AIDS on the South Africa Economy: a review of current evidence*. Izgūts no [<http://www.tips.org.za/files/685.pdf>]

Thierry Balzacq (2010), *"How Security Problems Emerge and Dissolve"*, Routledge, 1.nod.,2.lpp

Margaret Cunha (2007), „*South African politics, inequalities and HIV/AIDS Applications for Public Health Education*”, SAGE publications, 213 – 214.lpp

M.A.M. de Carvalho Vieira (2006), „*Southern Africa's responses to international HIV/AIDS norms: The politics of assimilation*”, London School of Economics and Political Science, 231- 233, 236-237, 239.lpp

Bradly J.Condon, Tapen Sinha (2008), „*Global lessons from AIDS pandemic*”, Springer, 30-31.lpp

Conrad Chibango (2012), „*South Africa's HIV and AIDS policy and Legislation: An Analysis*”, Greener Journals, 242 – 243.lpp

- Alan Collins (2013), „*Contemporary Security studies*”, Oxford University Press, 335 – 337, 338 – 339.lpp
- Central Intelligence Agency. *The World Factbook*. Izgūts no [https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2155rank.html]
- Election Resources on The Internet: Republic of South Africa General Election Lookup*. Izgūts no [http://electionresources.org/za/provinces.php?election=1994&province=ZA]
- Peter Fourie and Martin Schonteich *The Impact of HIV/AIDS on Human Security in South and Southern Africa* Izgūts no [http://data.unaids.org/topics/security/canterburypaper_en.htm]
- Daryl Glaser (2001), „*Politics and Society in South Africa*”, SAGE publications, 72.lpp 84
- Iwelunmor, Airhihenbuwa, Okoror, Brown, Belue (2008), „*Family systems and HIV/AIDS in South Africa, Baywood publishing*”, 325 – 326, 333.lpp
- Y.S. Kim (2015), „*Obstacles to the response to HIV/AIDS in South Africa: Historical legacies perception and policy environment in 1994-2006*”, SAGE, 201 – 205, 209 – 212.lpp
- Michael Lipson (2007), „*Peacekeeping: Organized Hypocrisy?*”, European Journal of International Relations, 16 -18.lpp
- Minerals UK. *World Mineral Statistics Archive* Izgūts no [http://www.bgs.ac.uk/mineralsuk/statistics/worldArchive.html]
- C. McInnes, S. Rusthton (2011), „*HIV/AIDS and securitization theory*”, SAGE publications, 2011, 116, 124-126.lpp
- Martin Meredith (2006), „*The State of Africa*”, Simon&Shuster UK, 49-50, 74-75, 116-118, 648.lpp
- Charles Ngwena (2000), „*Substantive Equality in South African Health Care: The Limits of Law*”, Medical law international, 112-113.lpp
- Peter Okalet (2000), „*Reducing Poverty Through Combating HIV/AIDS*”, The Oxford Centre for Mission studies, 142.lpp
- Žaneta Ozoliņa (2014), „Ziņojums par cilvēkdrošības koncepcijas ieviešanu kopienu līmenī”, 6-7.lpp
- Robyn Pharaorah, Martin Schonteich (2003), „*AIDS, Security and Governance in Southern Africa: Exploring the impact*”, Institute for security studies, 2., 8-9.lpp

- Simon Rushton (2011), „*Global Health Security: Security for Whom? Security from What?*”, Political Studies Association 781.-784, 786.lpp
- Simon Rushton, Jeremy Youde (2014), „*Routledge Handbook of Global Health Security*”, Routledge 1.nodaļa 4.lpp
- John Kemoli Sagala (2008), „*HIV/AIDS Prevention Strategies in the Armed Forces in Sub-Saharan Africa*”, Northern Arizona University, 292 – 295.lpp
- Craig A. Snyder (2011), „*Contemporary Security and Strategy*”, Palgrave Macmillan, 91 – 92.lpp
- Sarah Tarry, „*Deepening and Widening: An Analysis of Security Definitions in the 1990s*”, University of Calgary, 1.lpp
- Treatment Action Campaign. *About us*. Izgūts no [http://www.tac.org.za/about_us]
- United Nations Trust Fund for Human Security. *Human Security in Theory and Practice, 12-14.lpp*. Izgūts no [http://www.un.org/humansecurity/sites/www.un.org.humansecurity/files/human_security_in_theory_and_practice_english.pdf]
- N.K. Singh, William Nunes (2016), „*Nontraditional Security: Redefining State-centric Outlook*”, SAGE publications, 109 – 110.lpp
- Paul D. Williams (2008), „*Security studies: An Introduction*, Routledge”, 68,72,230 – 232, 280-281, 293.lpp
- The World bank (2015) *Gross Domestic Product*. Izgūts no [<http://databank.worldbank.org/data/download/GDP.pdf>]
- The World bank (2015) *Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)*. Izgūts no [<http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS?end=2015&locations=ZA&start=1990&view=chart>]
- Jay van Wyk (2012), „*HIV/AIDS as Business Risk: A South African Case Study*”, SAGE publications, 287.lpp

Bakalaura darbs

„HIV/AIDS un drošbiskošanas koncepts: Dienvidāfrikas piemērs”
izstrādāts LU Sociālo zinātņu fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti.

Darba apjoms (neskaitot titullapu, satura rādītāju, apzīmējumu sarakstu, izmantotās informācijas avotu sarakstu, pielikumus, dokumentāro lapu un zemsvītras atsauces) ir 117 526 rakstu zīmes (ieskaitot intervālus).

Autors: Elīna Bērziņa

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

(atbilstošo pasvītrot)

Vadītājs: Asociētais profesors Dr.sc.pol Toms Rostoks _____ 18.05.2017.
(personiskais paraksts)

Recenzents: Dokt. Ieva Daniela Beinaroviča _____
(personiskais paraksts)

Darbs iesniegts Politikas zinātnes nodaļā 18.05.2017.

Dekāna pilnvarotā persona: metodiķe Inga Poļaka

Darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

____.06.2017. prot. Nr. ____

Komisijas sekretārs: _____ *(personiskais paraksts)*