
A szegénység megszüntetése és a népességszám stabilizálása

A 21. század ígéretes módon indult, amikor az ENSZ tagországai elfogadták azt a célt, hogy 2015-ig a szegénységben élő emberek számát 50 százalékkal csökkentsék. 2007-ben úgy látszott, a világ jó úton halad a cél elérése felé. Ennek két legfontosabb magyarázata Kína és India. Kína éves gazdasági növekedése az utóbbi húsz esztendőben majdnem 10 százalék volt, míg Indiáé a legutóbbi időkben 7 százalékra gyorsult, és ez a két tényező milliokat emelt ki a szegénységből.¹

A kínai szegények száma az 1981. évi 648 millióról 2001-re 218 millióra csökkent, és ez volt a történelemben a legnagyobb csökkenése a szegénységnek. India gazdasági fejlődése is bámulatos. A 2004-ben hivatalba lépő Manmohan Singh miniszterelnök dinamikus vezetése alatt frontális támadást indítottak a szegénység ellen: modernizálják a falusi infrastruktúrát. A célzott beruházások a szegények legszegényebbein akarnak segíteni.²

Ha a nemzetközi közösség aktívan támogatja a reformszellemiségű India erőfeszítéseit, további több száz millió embert lehet majd kiemelni a szegénységből. Most hogy Indiában dinamikus gazdasági fejlődés bontakozik ki, a világ elkezdhet intenzív figyelmet szentelni a más területeken fennmaradt szegénységnek is, amely leginkább a Szaharától délre fekvő afrikai területeken és Közép-Ázsia kisebb országaiban összpontosul.

Délkelet-Ázsia számos országa is (köztük Tájféld, Vietnám és Indonézia) figyelemre méltó eredményeket ért el. Ha nem következik be sehol sem jelentős visszaesés, akkor ezek az ázsiai eredmények biztosítani fogják, hogy az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Céljai (MDG) között szereplő célkitűzés, amely szerint 2015-ig 50 százalékkal kell csökkenteni a szegények számát, teljesülni fog. Sőt egy 2007. évi felmérés szerint, amelyet a Millenniumi Fejlesztési Céljainak (MDG) megvalósulásáról készítettek, a Világbank megállapítja, hogy, eltekintve a Szaharán túli Afrikától, a fejlődő világ összes régiója jó ütemben halad afelé, hogy 2015-ig 50 százalékkal csökkentse a szegények számát.³

A Szaharán túli Afrikában élő 800 millió ember egyre mélyebb a szegénységbe süllyed. Egyre inkább terjed az éhezés, az írástudatlanság és a betegség, és ez részben felmorzsolja a Kína és India által elért előnyöket. Afrika külön figyelmet érdemel. A működésképtelenné vált államoknak mint csoportnak is folyamatosan romlik a pozíciója. A Világbank törekeny államokról készített nemzetközi felmérése nem tartalmaz biztató adatokat, mivel ezekben az országokban a mélyszegénységben élők aránya 50 százalékos – tehát magasabb, mint 1990-ben.⁴

A szegények számának 2015-ig elérendő 50 százalékos csökkentésén kívül a Millenniumi Fejlesztési Célok (MDG) azt is célul tűzik ki, hogy az éhezők száma 50 százalékkal csökkenjen, hogy az alapfokú oktatás mindenki számára biztosított legyen, továbbá, hogy megállítsák és visszafordítsák a fertőző betegségek, kiváltképp a HIV és a malária, terjedését. A fenti célokkal szoros összefüggésben az ENSZ-tagállamok elkötelezték magukat amellett, hogy háromnegyedével csökkentik a gyermekágyi halandóságot és kétharmadával csökkentik az öt évnél fiatalabb gyermekek halandóságát.⁵

Míg az a célkitűzés, hogy 2015-ig a súlyos szegénységben élők számát 50 százalékkal csökkentsék, úgy tűnik, megvalósul, az éhínségtől szenvedők arányának felére csökkentése nem. Sőt az éhínségtől és alultápláltságtól szenvedők száma hosszan tartó csökkenést követően ismét emelkedni kezdett. Az alapfokú oktatásban részesülő gyermekek száma nagymértékben növekszik ugyan, de legfőképp az Indiában elért haladás következtében.⁶

Amikor az ENSZ meghatározta a millenniumi fejlesztési célokat (MDG), érthetetlen módon minden családtervezéssel kapcsolatos célkitűzést kihagyott. A Christine McCafferty parlamenti képviselő elnöksége alatt működő, népesedéssel, fejlődéssel és reprodukív egészséggel foglalkozó összpárti parlamenti csoport Nagy-Britanniában nemzetközi szakértők bevonásával parlamenti meghallgatásokon vitatta meg ezt a mulasztást. A bizottság következtetéseit ismertető, 2007 januárjában megjelent jelentés arra következtetésre jut, hogy a „a népesedésvölkedés jelenlegi szintjén legkevésbé fejlett országokban és régiókban a millenniumi fejlesztési célok megvalósítása nehéz vagy éppen teljesen lehetetlen”.⁷

Martha Campbell és szerzőtársai a *Science* hasábjain foglalják össze a jelentés következtetéseit. Elmagyarázzák, hogy miért van szükség „a nemzeti családtervezési program támogatásának jelentős növelésére mindenekelőtt annak a 2 milliárd embernek a vonatkozásában, aki jelenleg kevesebb, mint napi két dolláron él.” Igaz, hogy késve, de az ENSZ időközben egy újabb célkitűzést fogadott el, amely arra szólít fel, hogy 2015-ig a reprodukciós, tehát a fogamzással, gyermekszüléssel kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások mindenki számára váljanak hozzáférhetővé.⁸

Szerte a világon az országoknak nem nagyon maradt más hátra, minthogy arra törekedjenek, hogy minden családban átlag két gyermek szülessen. Nem létezik más járható út. Minden olyan népességszám, amely hosszú távon és folyamatosan csökken vagy növekszik nem fenntartható.

Az egyre integráltabb világban, amelyben nő az államesődbe jutott országok száma, a szegénység felszámolása és a népességszám stabilizálása biztonsági kérdéssé vált. A népességnövekedés lelassulása segít a szegénység és rettenetes kísérőjelenségeinek megszüntetésében, de szegénység megszűnése maga is hozzájárul a népességnövekedés lassulásához. Egyre inkább kifutunk az időből, és világos hogy mindkét területen egyszerre kell lépnünk.

Mindenkire kiterjedő alapfokú oktatás biztosítása

Az egyik módszer, amellyel csökkenteni lehet a gazdagok és szegények közötti szakadékot a mindenkire kiterjedő alapfokú oktatás biztosítása. Ez azt jelenti, hogy biztosítani kell, hogy 72 millió, iskolába nem beiratkozott gyermek képes legyen az iskolalátogatásra. A semmiféle hivatalos oktatásban nem részesülő gyermekek óriási hátránnyal kezdik az életüket, egy olyan hátránnyal, ami szinte teljesen bizonyossá teszi, hogy súlyos szegénységben fognak élni és így folytatódik a szegények és gazdagok közötti szakadék tágulása. A fokozódó mértékben integrálódó világban ez a táguló szakadék növeli az instabilitást. Amartya Sen Nobel-díjas közgazdász tömören fogalmaz: „Az írástudatlanság és a számolni nem tudás nagyobb veszélyt jelent az emberiségre, mint a terrorizmus.”⁹

A Világbank Oktatást Mindenkinék nevű programjával vezető szerepet vállalt a mindenkire kiterjedő alapfokú oktatás megvalósításában: minden ország, amely jól átgondolt

tervet készít a mindenkire kiterjedő alapfokú oktatás megvalósítására, jogosulttá válik a Világbank pénzügyi támogatására. A segítség három legfontosabb feltétele egy jól átgondolt terv benyújtása, továbbá az, hogy az adott ország saját forrásaiból jelentős összeget szánjon a tervre és költségvetési és számviteli gyakorlata áttekinthető legyen. A terv maradéktalan megvalósulása esetén 2015-ig a szegény országokban élő összes gyermek alapfokú oktatásban részesül, és ez hozzájárul majd ahhoz, hogy ezek a gyermekek ki tudjanak törni a szegénységből.¹⁰

Bizonyos haladás történt a cél megvalósulásában. Míg 2000-ben a világon élő gyermekek 78 százaléka fejezte be az alapfokú iskolát, 2005-ben már 83 százalék. A javulás jelentős, de országok közötti megoszlása egyenlőtlen, aminek következtében a Világbank kénytelen volt megállapítani, hogy a 152 adatokat rendelkezésre bocsátó, fejlődő ország közül a mindenkire kiterjedő alapszintű oktatás célját csak 95 fogja 2015-ig elérni.¹¹

A szegénység nagyrészt egyik generációról a másikra öröklődik. A napjainkban szegénységben élők túlnyomó többsége olyan emberek gyermeke, akik maguk is szegénységben éltek. A szegénység viselkedési modelljeiből való kilépés legfontosabb tényezője az oktatás—elsősorban a lányok oktatása. A nők iskolázottságának emelkedésével, csökken a születésszám. Az újszülött és csecsemőkori halálozási gyakorisága alacsonyabb azon anyák körében, akik legalább öt évig tanultak, mint azon társaik között, akik semmit sem tanultak. A közgazdász Gene Sperling 2001-ben keletkezett, 72 országra kiterjedő tanulmányában arra a következtetésre jutott, hogy „a nők középiskolai oktatásának kiterjesztése minden bizonnyal az egyetlen és legjobb eszköz a születésszám jelentős csökkentésére.”¹²

Az alapfokú oktatás hatására általában nő a mezőgazdaság termelékenységé. Az olyan mezőgazdasági továbbképzési szolgáltatások, amelyek az információk terjesztése céljából nyomtatott anyagokra tudnak támaszkodni, nyilvánvaló előnnyel rendelkeznek. Az is nagyon előnyös, ha a földművesek képesek elolvasni a növényvédő szerekre nyomtatott használati utasításokat. Adott esetben egy élet múlhat azon a képességen, hogy valaki el tudja-e olvasni egy növényvédő szerek lánán található használati utasítást.

Olyan időkben, amikor a HIV-vírus terjed, az iskolák megteremtik azokat az intézményi feltételeket, amelyek lehetővé teszik a fiatalok tájékoztatását a fertőzés veszélyeiről. A gyermekeket nem akkor kell tájékoztatásban és nevelésben részesíteni a vírusról és a vírus terjedéséhez hozzájáruló életmódról, amikor már megbetegedtek, hanem akkor, amikor még fiatalok. A fiatalokat arra is mozgósítani lehet, hogy a társaikat részesítsék oktatókampányokban.

A fejlődő országokban, kiváltképp azokban az országokban, amelyekben az AIDS-járvány megtizedeli a tanárokat, óriási szükség van a tanárképzésben résztvevők számának növelésére. A szegény családokból származó, ígéretes tehetségű fiatalok tanárképzésben való részvételének ösztöndíjjal történő támogatása azzal a feltétellel, hogy a kedvezményezettnek kötelezettséget kell vállalnia arra, hogy például legalább öt évig tanítani fog, jelentős haszonnal járó befektetés lehet. Ez többek között segítene abban, hogy rendelkezésre álljanak azok az oktatási erőforrások, amelyek lehetővé teszik a mindenkire kiterjedő alapfokú oktatás biztosítását továbbá azt is, hogy a társadalom legszegényebb rétegeiben is nagy számban meg lehessen találni a tehetségeket.

Gene Sperling álláspontja szerint minden tervnek gondoskodnia kell arról, hogy a társadalom legnehezebben megközelíthető rétegeit, különösképp a vidéki területeken élő szegény hajadonokat, is elérhessék. Megjegyzi, hogy Etiópia úttörő szerepet játszott a lányok számára szervezett tanácsadó bizottságokkal. A bizottságok képviselői felkeresik azokat a szülőket, akik lányukat már korai korban férjhez szeretnék adni, és arra bátorítják őket, hogy tartsák még lányukat az iskolában. Néhány országban, pl. Braziliában és Bangladesben, a lányoknak szükség esetén kisebb összegű ösztöndíjat vagy szüleiknek rendszeres anyagi juttatást adnak, ezzel segítve a szegény családból származókat abban, hogy alapfokú oktatásban részesüljenek.¹³

Ahogy a világ gazdasága egyre inkább integráltabbá válik, majdnem 800 millió írástudatlan felnőttje súlyos hátrányokat szenved el. Ezt a negatív jelenséget úgy lehet leginkább felszámolni, hogy a felnőttek számára önkéntesek széleskörű bevonásával írást-olvasást tanító tanfolyamokat szerveznek. Ahol szükséges, a nemzetközi közösség felkínálhatná azokat az indító összegeket, amelyek az oktatási anyagok létrehozásához és külső tanácsadók bevonásához szükségesek. Bangladesben és Iránban sikeres írást-olvasást tanító felnőttoktatási programok léteznek, amelyek modellként szolgálhatnak.¹⁴

A világnak becslések szerint a jelenlegi kiadásokon felül 10 milliárd dollárra van szüksége ahhoz, biztosítsa a mindenkire kiterjedő alapfokú oktatást. Olyan időszakban amikor az oktatás nemcsak azt jelenti, hogy a gyermekek kezébe könyvet adunk, hanem azt is, hogy hozzáférhetnek az internethez is, elfogadhatatlan, hogy vannak olyan gyermekek, akik sosem mennek iskolába.¹⁵

A gyermekek iskolába járását elérni akaró ösztönzők közül kevés annyira hatékony, mint az iskolai ebédet biztosító programok, és ez leginkább a legszegényebb országokban igaz. Az Egyesült Államokban 1946 óta minden állami iskolába járó gyermek ebédprogramban vehet részt, ami lehetővé teszi a gyermekek számára, hogy naponta legalább egy alkalommal egy jó étkezésben legyen részük.¹⁶

Azok a gyermekek, akik éheznek vagy betegek, sokat hiányoznak az iskolából. És amikor elmennek az iskolába, akkor sem teljesítenek annyira jól, mint többi társuk. A Columbia Egyetemen működő Föld Intézet vezetője, Jeffrey Sachs megállapítja: „A beteg gyermekek gyakran egész életükben lecsökkent teljesítményt nyújtanak, mert iskolai pályafutásukban olyan törések keletkeznek, amelyet a kognitív és fizikai képességeiknek a sérülése kísér.” Amikor azonban az alacsony jövedelmű országokban elindítják az iskolai ebédeltetési programokat, nő az iskolába beiratkozott gyermekek száma, javul a tanulmányi előmenetelük, és az iskolában eltöltött évek száma is nő.¹⁷

A változások főleg a lányoknak kedveznek. Mivel az iskolai ebéd lehetősége az iskolába vonzza őket, hosszabb ideig járnak iskolába, később mennek férjhez, és kevesebb gyermekük születik. Mind az egyénnek, mind a társadalomnak kedvező ez a helyzet. Ha a világ 44 legszegényebb országában elindítanák az iskolai ebédeltetést biztosító programokat, akkor ez az ENSZ éhezést csökkentő programjának költségein kívül a becslések szerint évente további 6 milliárd dollárba kerülne.¹⁸

Nagyobb erőfeszítésekre van szükség az iskoláskornál fiatalabb gyermekek táplálásának javításában is, annak érdekében hogy a későbbiek során ezen gyermekek ki tudják használni az iskolai étkeztetés előnyeit. George McGovern egykori demokrata párti szenátor megjegyzi, hogy „az asszonyokat, csecsemőket és gyermekeket támogató WIC-programnak,

amely magas tápértékű táplálék-kiegészítőket kínál terhes, illetve újszülöttüket gondozó anyáknak” a szegény országokban is hozzáférhetőnek kell lenniük. Harminchárom év tapasztalatait leszűrve kétségtelen, hogy az egyesült államokbeli WIC-program jelentős sikereket ért el az alacsony jövedelmű családokból származó iskoláskor előtti korosztályok élelmezésében, egészségmegőrzésében és fejlődésében. Ha ezt a programot kiterjesztenék a 44 legszegényebb ország terhes, illetve gyermekét gondozó anyáira és kisgyermekükre, akkor ez olyan időkből segítené sok millió kisgyermek éhezésének megszüntetésében, amikor ezzel óriási eredményeket lehetne elérni.¹⁹

Ezek az erőfeszítések költségesek ugyan, de nem drágák ahhoz képest, hogy az éhezésre visszavezethető termelékenységsökkenés évente mekkora kárt okoz. McGovern úgy véli, hogy ez a kezdeményezés „segítene az éhínség és kétségbeesés teremtette ingoványnak, adott esetben a terroristák toborzóterületének, a megszüntetésében.” Egy olyan világban, amelyben hatalmas gazdagság halmozódik fel a gazdagok kezén, alig érthető, hogy miért járnak gyermekek éhesen iskolába.²⁰

A népességszám stabilizálása

Körülbelül 43 ország van, ahol a népesség már lényegében stabil vagy lassan csökken. A legalacsonyabb termelékenységi rátájú országokban, s ezek közt van Japán, Oroszország, Németország és Olaszország, a népesség valószínűleg némiképp csökkenni fog a következő fél évszázadban.²¹

Az országok egy nagyobb csoportja a termelékenységet a reprodukciós szintre vagy az alá csökkentette. De a népesség majd csak akkor stabilizálódik, amikor a nagy létszámú fiatal korosztályok túljutnak a reprodukciós éveiken. Ebbe a csoportba tartozik Kína és az Egyesült Államok. Az országoknak egy harmadik csoportja, mint pl. Etiópia, a Kongói Demokratikus Köztársaság és Uganda, viszont várhatóan több mint megduplázza népességét 2050-re.²²

Az ENSZ előrejelzései a világ népességnövekedéséről három különböző termelékenységi szintet feltételeznek. A közepes termelékenységi szintet feltételező, legáltalánosabban használt előrejelzés szerint a világ népessége 2050-re eléri a 9,2 milliárdot, a legmagasabb termelékenységi szinttel számolt becslés szerint pedig a 10,8 milliárdot. Az alacsony termelékenységre épített becslés szerint a világ népességszaporulata gyorsan a reprodukciós ráta alá süllyed, azaz minden házaspárnak átlagosan 1,6 gyermeke születik. Ebben az esetben a népességszám 2041-ben kicsivel 8 milliárd alatt tetőzik és utána csökkenni kezd. Ha meg akarjuk szüntetni a szegénységet, éhezést és írástudatlanságot, nem marad sok választásunk: mindenképp az alacsony termelékenységgel számoló scenárió megvalósítására kell törekednünk.²³

A népességnövekedés fékezése azt jelenti, hogy minden nőnek, aki szabályozni akarja születendő gyermekei számát, elérhető legyenek a számára szükséges családtervezési szolgáltatások. Sajnos jelenleg kb. 201 millió pár nem tud hozzáférni az igényelt családtervezési szolgáltatásokhoz. Az Amerikai Nemzetközi Fejlesztés Hivatal korábbi tisztviselője, J. Joseph Speidel leírja: „Ha olyan antropológusokat kérdezzük, akik a falvakban... együtt élnek és dolgoznak a szegényekkel, gyakran arról számolnak be, hogy az asszonyok rettegnek egy újabb terhességtől. Egyszerűen nem akarnak teherbe esni.” A globális akciótervben a legsürgetőbb pont a családtervezési szolgáltatások hiányának megszüntetése. A családtervezés mérhetetlen előnyökkel jár, míg költségei minimálisak.²⁴

Jó hír, hogy az olyan országok, amelyek akarják segíteni a párokat a családméret csökkentésében, ezt gyorsan megtehetik. Kollegám, Janet Larsen írja, hogy mindössze egy évtized alatt Irán a majdnem rekord szintű népességnövekedését a fejlődő világ egyik legalacsonyabb növekedési rátájára csökkentette. Amikor Khomeini Ayatollah 1979-ben az ország vezetője lett, azonnal leállította a jól megalapozott családtervezési programokat, és a nagycsaládot támogatta. Mivel az ország 1980 és 1988 között háborúban állt Irakkal, Khomeini azt akarta, hogy az iráni családok nagyok legyenek, hogy növelhessék a hadsereg létszámát. A 20 milliós hadsereg volt a célja. A közvéleményhez intézett felhívásai nyomán a termékenységi ráta nekirugaszkodott: a 80-as évek elején Irán évenkénti népességnövekedése 4,2 %-os csúcst ért el, ami megközelíti a biológiai maximumot. Amikor ez az óriási növekedés elkezdte túlterhelni a gazdaságot és környezetet, az ország vezetői felismerték, hogy a túlszűfolttság, a környezet pusztulása és a munkanélküliség Irán jövőjét ássa alá.²⁵

1989-ben a kormány hátraarcot csinált, és visszaállította családtervezési programját. 1993 májusában nemzeti családtervezési törvényt fogadtak el. Több minisztérium (pl. oktatási, kulturális, egészségügyi) költségvetését mozgósították, hogy a kisebb családokat népszerűsítse. Az iráni állami média felelősséggel tartozott azért, hogy a népesedési kérdések és a rendelkezésre álló családtervezési szolgáltatások közismertté váljanak. Mintegy 15000 „egészségközpontot” vagy klinikát állítottak fel a vidéki lakosság egészségügyi és családtervezési ellátására.²⁶

A vallási vezetőket közvetlenül bevonták, szinte kereszties hadjárat fejlődött ki a kiscsaládokért. Irán a fogamzásgátlási eszközök teljes skáláját elérhetővé tette, beleértve – elsőként az iszlám országok közül – a férfiak sterilizálását is. A születésszabályozás minden formája, ideértve a fogamzásgátlás különféle formáit a tablettától a sterilizációig, ingyenes lett. Irán a fogamzásgátlás területén tényleg úttörő politikát folytatott, mivel az egyetlen olyan ország, ahol a leendő házaspároknak tanfolyamot kell elvégezniük a modern fogamzásgátlásról, mielőtt engedélyt kapnak a házassághoz.²⁷

Az egészségügyi szolgáltatások közvetlen fejlesztése mellett nagyszabású erőfeszítéseket tettek a nők írni olvasni tudásának növeléséért, ami az 1970-es 25 százalékról 2000-re több mint 70 százalékra nőtt. A lányok iskolai beiratásának aránya 60 százalékról 90 százalékra ugrott. A televízió a családtervezési információk országos terjesztésében kapott nagy szerepet, kihasználva annak előnyét, hogy a vidéki háztartások 70 százalékában van tv-készülék. A kezdeményezés eredményeképpen az átlagos családméret 7 gyermekesről kevesebb, mint 3 gyermekesre csökkent. 1987-től 1994-ig Iránban a népesség növekedési rátája a felére csökkent. 2006-ban 1,3 százalék volt, ami egy kicsivel magasabb az USA népességnövekedésénél.²⁸

Miközben a kutatók figyelme a termékenység csökkentésével kapcsolatban a hivatalos oktatás felé fordul, a rádiók és televíziók szappanoperái az oktatás különféle formáinál is gyorsabban meg tudják változtatni az emberek hozzáállását a reproduktív egészség, a nemek közti egyenlőség, a családméret és környezetvédelem kérdéseikhez. Egy jól megírt szappanopera rövid időn belül nagy hatást gyakorolhat a népesedési folyamatokra. Költsége viszonylag kisebb, mint az oktatásé, és a sorozatot a hivatalos oktatási rendszereket bővítésének idején is lehet folytatni.

Ennek a megközelítésnek a hatékonyságát Miguel Sabido, a mexikói országos tévéhálózat alelnöke fedezte fel, amikor egy szappanoperát készítettek az írástudatlanságról. A sorozat egyik szereplője elkezdte az oktatási központ látogatását, mert meg akart tanulni írni és

olvasni. A kérdéses epizód levetítését követően, másnap negyedmillió ember jelent meg Mexikó City oktatási irodáiban. Összesen 840 ezer ember jelentkezett írás-olvasás tanfolyamra a sorozat megtekintése után.²⁹

Sabido foglalkozott a fogamzásgátlással az „Acompáneme” (Gyere velem) c. szappanoperájában. Egy évtized alatt Mexikóban ez a sorozat segítette abban, hogy elérjék a születési ráta 34 százalékos csökkenését.³⁰

Más szervezetek gyorsan átvették ezt a módszert. A William Ryerson vezette amerikai Népesedés Média Központ (PMC) már mintegy 15 országban kezdeményezett és számos országban tervez projekteket. Említésre méltó a PMC az utóbbi években Etiópiában kibontakozó tevékenysége. A szervezet Amharicban és Oromiffában sugárzott rádiójáték sorozata a reprodukív egészség és a nemek közötti egyenlőség kérdéseit feszegette. Olyan témákkal foglalkoztak, mint pl. a HIV/AIDS, a családtervezés és a lányok iskolázása. Két évvel az adás 2002-es elindítása után egy felmérés azt mutatta, hogy a 48 etiópiai központ új, reprodukív egészségügyi szolgáltatásait kereső látogatóinak 63 százaléka a PMC valamelyik rádiójátékát hallgatta.³¹

Amhara tartományban a műsor hatására a férjezett asszonyok közt 55 százalékkal nőtt a nem kívánt terhesség ellen védekezők száma. A műsort hallgató férfiak közül négyszer annyian mentek el HIV-tesztre, s a nők közt háromszorosra nőtt ez az arány. Az egy nőre jutó gyermekszülések száma 5,4-ről 4,3-ra csökkent, és 157 százalékkal növekedett a fogamzásgátlók iránti kereslet.³²

A fogalmazással, gyermekszüléssel és családtervezéssel kapcsolatos szolgáltatások költsége elenyésző azok hasznához képest. Joseph Speidel becslése szerint a fejlődő és fejlett országoknak közel 17 milliárd dollárjába kerülne, hogy a fejlődő országokban minden nő számára elérhetővé lehessen tenni ezeket a szolgáltatásokat.³³

Az ENSZ becslései szerint, ha 201 millió érintett nő hozzáférhetne a számára szükséges fogamzásgátláshoz, akkor évente 52 millió nem kívánt terhesség, 22 millió titokban végzett abortusz és 1,4 millió csecsemőhalál lenne elkerülhető. Egyszerűen megfogalmazva: a családtervezés hiányának társadalmi terhe valószínűleg már magasabb, mint amit el tudunk viselni.³⁴

A kisebb családlétszámra való áttérés óriási előnyökkel jár. Szakértők kiszámították: ha az állam Bangladesben 62 dollárt költ egy nem kívánt terhesség megelőzésére, az 615 dollár költségmegtakarítást eredményez a közszolgáltatások más területein. A reprodukív egészségi és családtervezési szolgáltatásokba történő befektetés, megnöveli az egy gyermekre jutó képzésére és egészségügyi ellátására költendő összegeket, és így felgyorsul a szegénység leküzdése. Ha a donor országok a hiányzó 7,9 milliárd dollárt teljes egészében rendelkezésre bocsátanák, és ezzel minden pár számára elérhetővé tennék az általuk igényelt születésszabályozási szolgáltatásokat, akkor ennek óriási társadalmi haszna lenne: javulna az oktatás és az egészségügyi ellátás színvonala.³⁵

Jobb egészséget mindenkinek

Míg a fejlett országok egészségügyi problémái között a szívbetegséget a rákot (ezek nagymértékben az öregedés betegségei), az elhízást és a dohányzást lehet megemlíteni, a fejlődő országokban a fertőző betegségek adnak okot a legtöbb aggodalomra. Az AIDS-en

kívül a legfontosabb gondot jelentő betegségek között megemlíthetjük a fertőző hasmenést, a légzőszervi megbetegedéseket, a tuberkolózist, a maláriát és a kanyarót. A gyermekhalandóság is magas.

Súlyos késedelmet szenvedett az a millenniumi fejlesztési cél (MDG), amely szerint 2015-ig a kétharmadával kell csökkenteni az öt év alatti gyermekhalandóságot. 2005-ben 147 ország közül csak 32 fejlődő ország volt jó úton a célkitűzés megvalósítása felé. Huszonhárom országban a gyermekhalandóság nem változott, sőt emelkedett. A Világbank törekenynek minősített 35 állama közül csak 2 van jó úton a cél 2015-ig történő megvalósítása felé.³⁶

Az éhezés megszüntetésével együtt a biztonságos vizet szolgáltató és megbízható ivóvízellátás (ezt a becslések szerint 1,1 milliárd ember kényszerül nélkülözni) feltétlenül szükséges ahhoz, hogy mindenki egészségi állapota javulhasson. Sok városban az egyetlen reálisan megvalósítható lehetőség az, ha elkerülik a drága vízre alapozott szennyvíztisztítók és szennyvízkezelők megépítését és ehelyett a vízmentes szennyvíztisztítást választják, amely nem terjeszti a betegségeket okozó kórokozókat. (A 10. fejezetben leírjuk vízöblítés nélkül működő, száraz komposztáló toalettet.) Ez az átállás egyszerre könnyítene a vízhiányon, és csökkentené a vízrendszerekben a betegséget terjesztő anyagok terjedését, és hozzájárulhatna a tápanyag körforgásának lezárásához—olyan megoldás az, melynek minden következménye haszonnal jár.³⁷

Az egyik legimponálóbb eredményt egy kevés hírverést kapott bangladesi civilszervezet, a BRAC érte el, amely a hasmenés otthoni kezelésére az országban élő összes anyának megtanította a szájon át bevihető rehidratáló oldat (forralt vízben elkevert só és cukor) készítését. A Fazle Hasan Abed által alapított BRAC-nak sikerült óriási mértékben csökkenteni a csecsemő és gyermekhalálozást egy sűrűn lakott, szegénység által sújtott és alacsony iskolázott országban.³⁸

Látva a nagy sikert, a UNICEF úgy döntött, hogy az egész világra kiterjedő hasmenés kezelését célzó programjában a BRAC modelljét fogja használni. Ennek a feltűnően egyszerű rehidratáló oldatnak az egész világra kiterjedő alkalmazása roppant hatásos volt: míg 1980-ban 4,6 millió gyermek halt meg hasmenés miatt, 2006-ban már csak 1,6 millió. A rehidratáló oldatra támaszkodó terápiával Egyiptom 1982 és 1989 között 82 százalékkal csökkentette a hasmenésre visszavezethető gyermekhalálozást. Kevés olyan befektetésről tudunk, amely ilyen alacsony ráfordítás mellett ennyi életet tudott megmenteni.³⁹

A fertőző betegségek elleni harcot széles fronton vívják. A magánforrásból finanszírozott életmentő programok közül talán a legfontosabb a gyermekoltási program. A program hiányosságait leküzdendő, a Bill és Melinda Gates Alapítvány 2006-ig több mint 1,5 milliárd dollárt fektetett be, hogy a gyermekeket olyan fertőző betegségektől védje meg, mint például a kanyaró.⁴⁰

További befektetések segítséget nyújthatnak annak a jelentős számú országnak, amely képtelen kifizetni a gyermekbetegségek elleni oltások árát, és ezért lemarad a gyermekoltási programokban. Mivel az érintett országok napjainkban nem rendelkeznek a szükséges összegekkel, később sokkal nagyobb árat fizetnek mulasztásaikért. Nem sok olyan helyzet létezik, ahol az egy gyermekre jutó szinte filléres kiadásoknak olyan nagy a haszna, mint az oltási programok esetében.⁴¹

A nemzetközi közösség egyik legörömteljesebb pillanata akkor jött el, amikor az ENSZ keretén belül működő Egészségügyi Világszervezet (WHO) erőfeszítései nyomán a fekete himlőt felszámolták. A rettegett betegség végleges felszámolása, amely egy az egész világra kiterjedő oltási programot igényelt, nemcsak életek millióit menti meg, hanem–mivel nincs szükség oltásra és nem merülnek fel a fekete himlővel kapcsolatban egészségügyi kiadások–dollármilliók, illetve dollár milliárdok megtakarítását teszi lehetővé. Ez a teljesítmény önmagában is igazolja az ENSZ fennállásának szükségességét.⁴²

A WHO vezetésével az ENSZ Gyermekalapja (UNICEF), az USA Betegségfelügyeleti és Megelőzési Központja (CDC), továbbá Ted Turner ENSZ Alapja az egész világra kiterjedő kampányt indított a gyermekek millióit nyomorékká tevő gyermekbénulás felszámolására. 1988 óta a Rotary International szokatlanul nagy összeget, 600 millió dollárt áldozott a cél elérésére. Az említett szervezetek koalíciója létrehozta a Globális Kampányt a Gyermekbénulás Megszüntetésére, és a gyermekbénulásos esetek száma az 1988. évi 350000-ről 2003-ra kevesebb, mint 700-ra csökkent.⁴³

2007 végén már csak 10 ország, köztük Afganisztán, India, Mianmar, Pakisztán és számos közép-afrikai és Afrika szarván elhelyezkedő ország, jelentett gyermekbénulásos megbetegedéseket. Az egész világon bejelentett esetek száma 2006-ban 2000 volt, míg 2007 első kilenc hónapjában már csak 545. Nigériában a betegség elleni programok újabb lendületet vettek, és az országot már csak egy lépés választja el őket a gyermekbénulás teljes felszámolásától.⁴⁴

A gyermekbénulás ellenes koalíció közel került a betegség teljes felszámolásához. De újra keményvonalas egyházi személyek avatkoztak közbe–ezúttal Pakisztán távoli régióiban. Azt hangoztatták, hogy az oltási program amerikai összeesküvés azzal a céllal, hogy az embereket meddővé tegyék. Pakisztán Észak-Nyugati Határvidéki Tartományában a vírus még mindig létezik, és a régió egyes részeiben megtámadták és elkergették az egészségügyi dolgozókat. Az incidensek során két munkatárs életét veszítette. Fennáll tehát az a lehetőség, hogy egy kis létszámú, a gyermekbénulás elleni kampánnyal való együttműködést megtagadó csoport megakadályozhatja, hogy ezt a rettegett betegséget egyszer és mindenkorra felszámolják.⁴⁵

Az egészségügy egyik sikertörténete az a Jimmy Carter volt amerikai elnök és a Carter-központ által vezetett kampány, amellyel fonalféreg (dracunculiasis) parazita által okozott betegséget szinte teljesen felszámolták. Ezek a paraziták, amelyeknek petéi a tavak és folyók tisztítatlan vizének megivásával kerülnek be a szervezetbe, az emberi testben nőnek nagyra (hosszúságuk néha akár a 60 centimétert is meghaladja), majd lassú, akár több hétig tartó időtartamban rettenetes fájdalmat és legyengülést okozva a bőrön keresztül távoznak a testből.⁴⁶

Mivel nem létezik oltás a betegség megelőzésére, és kezelés sincs rá, a betegség felszámolása attól függ, hogy meg tudják-e tisztítani az ivóvizet, hogy ne kerülhessen be az emberi szervezetbe ez a lárva, amely csak emberi szervezetben képes fennmaradni. Hat évvel azután, hogy a USA Betegségfelügyeleti és Megelőzési Központja (CDC) 1980-ban elindította a betegség elleni harcot, a kampány vezetését a Carter-központ vette át, és azóta a központ áll a kampány élén, és olyan partnerektől kap további támogatást, mint a WHO, a UNICEF és Gates-Alapítvány. A parazita által megfertőzöttek száma az 1986. évi 3,5 millióról 2006-ra 25217 esetre csökkent–a megbetegedések bámulatos mértékben, 99 százalékkal csökkentek. Indiában, Pakisztánban és Jemenben, tehát abban a három országban, ahol a betegség Afrikán

kívül is létezett, a kór teljesen felszámolták. A még létező esetek csak néhány országban (leginkább Szudánban és Gánában) fordulnak elő.⁴⁷

A korai halálozás néhány vezető oka az életmóddal, pl. a dohányzással kapcsolatos. A WHO becslései szerint 2005-ben 5,4 millió ember halt meg dohányzással kapcsolatos betegségekben; ez nagyobb szám, mint az összes, fertőző betegség által okozott halálozás. Napjainkban 25 ismert, dohányzással kapcsolatos betegség létezik köztük az agyvérzés, légzésszervi megbetegedések, a rák különféle formái és a férfiak impotenciája. A cigarettafüst több ember halálát okozza, mint az összes levegőben lévő szennyező anyag—míg az előbbi 5 millió, az utóbbi 3 millió emberét.⁴⁸

Napjainkban jelentős előrelépések történnek a dohányzás visszaszorításában. Száz esztendőn keresztül egyre terjedt a dohányzás, de napjainkban a világ, a WHO dohányzásellenes kezdeményezéseit követve, egyre inkább elfordul tőle. Ez további lendületet nyert akkor, amikor 2003 májusában egyhangúlag elfogadták a WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményét, az első olyan nemzetközi megállapodást, amely teljes egészében egy egészségügyi kérdéssel foglalkozik. Az egyezmény többek között a cigarettára kivetett adók felemelésére, a dohányzás nyilvános helyeken történő korlátozására szólít fel, továbbá arra is, hogy határozott figyelmeztetés kerüljön fel a cigarettásdobozokra a dohányzás veszélyeiről. A WHO kezdeményezésén kívül, a New York-i polgármester által finanszírozott Bloomberg Nemzetközi Kezdeményezés a Dohányzás Visszaszorításáért, azon fáradozik, hogy az alacsony és közepes jövedelmű országokban, ideértve Kínát is, csökkentsék a dohányzást.⁴⁹

A helyzet iróniája az, hogy az az ország áll a dohányzás visszaszorítására irányuló törekvések élén, ahonnan a dohányzás származik. Az Egyesült Államokban az egy lakosra jutó évente elszívott átlagosan elszívott cigaretták száma az 1976. évi 2814 szálról 2006-ra 1225-re csökkent—tehát 56 százalékos a csökkenés. A számokat az egész világra kivetítve a csökkenés üteme elmarad az Egyesült Államokétól: a cigarettázás az 1988. évi 1027 szálról 2004-ig öszéig 859-re esett vissza—a csökkenés tehát 16 százalékos. A folyamatos csökkenéshez hozzájárult, hogy a tömegmédiák beszámoltak a dohányzás káros hatásairól (kötelező lett a cigarettásdobozokon felhívni a figyelmet a dohányzás kockázatára), továbbá az is, hogy megemelték a cigarettaértékesítésre kivetett adót.⁵⁰

A dohányzás az összes nagy cigarettafogyasztó országában, beleértve az olyan nagy cigarettafogyasztó országokat, mint Franciaország, Kína és Japán, visszaszorul, Franciaországban az 1991. évi csúcs óta 20%-os, Kínában az 1990. évi csúcs óta 5 százalékos, míg Japánban az 1992. évi csúcs óta 20 százalékos csökkenés következett be az egy főre jutó fogyasztásban.⁵¹

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének jóváhagyását követően 2004-ben számos ország intézkedéseket hozott a dohányzás csökkentésére. Írország egész területén betiltották a munkahelyeken, bárókban és vendéglőkben a dohányzást; India betiltotta a nyilvános helyeken; Norvégia és Új-Zéland betiltotta a dohányzást a bárókban és vendéglőkben; és Skócia betiltotta a dohányzást a középületekben. Egy kicsi országban, a Kína és India között található, Himalája-belli Bhutáni Királyságban teljesen betiltották a dohánytermékeket forgalmazását.⁵²

2004 óta egy sor ország különféle intézkedéseket hozott a dohányzásnak, illetve a nemdohányzók dohányfüstnek való kitettségének korlátozására. Bangladeszben 2005-ben betiltották a dohányzást a közterületeken, Olaszország tiltást vezetett be minden zárt

közterületen ideértve a bárókat és vendéglőket is. Nemrégén Angliában is betiltották a dohányzást a munkahelyeken és minden zárt közterületen, Franciaország pedig jelenleg fokozatosan hasonló tiltást vezet be.⁵³

Az Egyesült Államokban, ahol már amúgyis roppant szigorú dohányzás elleni szabályokat léptettek életbe, a Union Pacific Corporation gazdasági megfontolásokból kiindulva és azzal a céllal, hogy csökkentse egészségügyi kiadásait, hét államban megszüntette a dohányzó dolgozók felvételét. General Mills a dohányzó munkatársak esetében az egészségügyi biztosítás díjait havi húsz dollár pótlólagos befizetéssel emelte meg. Mindkét intézkedés abban segít, hogy a piaci viszonyok pontosabban tükrözzék a dohányzás költségeit.⁵⁴

A tágabb képet szemügyre véve a WHO egy 2001-ben készített és az egészségügyi ellátás közgazdaságtanát elemző tanulmánya arra a következtetésre jut, hogy a legalapvetőbb egészségügyi szolgáltatások biztosítása, tehát olyanoké, amelyeket egy egyszerű falusi klinika is képes nyújtani, óriási nagy gazdasági előnnyel járna mind a fejlődő országok, mind az egész világ számára. A szerzők becslése szerint a fejlődő országokban a mindenkire kiterjedő alapvető egészségügyi szolgáltatások biztosítása a támogatást adó országoknak 2007-ben 27 milliárd dollárba került volna, és ugyanez a támogatás 2015-ben 38 milliárdba kerülne, tehát éves átlagban 33 milliárd dollár lenne a támogatás költsége. Ez a 33 milliárd dollár az alapvető szolgáltatásokon kívül tartalmazza a Globális Alap az AIDS, a Tüdőbaj és a Malária Elleni Küzdelemhez költségvetését és a minden gyermekre kiterjedő gyermekoltási programot is.⁵⁵

A HIV járvány megfékezése

Bár haladást érnek el a HIV-járvány terjedésének fékezésében, 2006-ban az újonnan megfertőződötték száma 4,3 millió volt. Eddig több mint 40 millió embert fertőzött meg az AIDS; és kétharmaduk a járvány központjának számító Afrikában él.⁵⁶

Az Afrika gazdasági és társadalmi haladását olyan nagymértékben visszavető AIDS-járvány megfékezésének kulcsa a megelőzésre való nevelés. Tudjuk, hogy hogyan terjed a betegség, ez ma már nem orvosi rejtély. Afrikában, ahol valaha még azt is stigmatizálták, aki megemlítette a betegséget, a kormányok megkezdték a hatékony megelőzésre való nevelési programok kialakítását. Az első cél az új fertőzések gyors csökkentése azzal a céllal, hogy számuk alacsonyabb legyen, mint a betegségből eredő halálozás és így csökkenjen azok száma, akik képesek másokat megfertőzni.

Kiváltképp hatékony, ha azokra a csoportokra koncentrálunk, akik a legnagyobb valószínűséggel terjesztik a betegséget. Afrikában a fertőzést hordozó kamionsofőrök, akik hosszabb ideig tartózkodnak távol otthonuktól és gyakran keresnek fel prostituáltakat, egyik országból a másikba hurcolják a fertőzést. A szexmunkások is kulcsszerepet játszanak a betegség terjesztésében. Indiában például óriási haszna van annak, hogy az ország 2 millió női szexmunkását, akik naponta átlag két ügyfelet fogadnak, oktatásban részesítik a HIV kockázatairól és arról, hogy a kondom használata életet menthet.⁵⁷

Egy másik célcsoport a hadsereg. Miután a katonák, rendszerint prostituáltakkal való kapcsolatteremtést követően, megfertőződnek, visszatérnek otthoni közösségeikbe és tovább terjesztik a vírust. Nigériában, ahol a felnőtt lakosság fertőzöttségi aránya 4 százalék, a korábbi elnök, Olusegun Obasanjo bevezette az óvszerek ingyenes kiosztását a katonaság tagjainak körében. A negyedik célcsoport tagjai olyan intravénás droghasználók, akik közös tűhasználat

miatt kaptak HIV-fertőzést. Ez a csoport a volt szovjet tagköztársaságokban roppant jelentős szerepet játszik a betegség terjedésében.⁵⁸

A legalapvetőbb szinten a HIV-fenyegetéssel való megbirkózáshoz évente mintegy 13,1 milliárd kondomra van szükség a fejlődő világban és Kelet-Európában. Ha figyelembe vesszük a fogamzásgátláshoz szükséges óvszereket, akkor további 4,4 milliárdra van szükség. De 17,5 milliárd szükséges kondomból csak 1,8 milliárdot osztanak szét ingyen, így tehát kelletnél 15,7 milliárddal kevesebbet. Egy kondom ára csak 3,5 cent, így 550 millió dollárra van szükség: az óvszerekhez való hozzájutás biztosításával életeket lehet megmenteni, és mindennek költsége minimálisnak tekinthető.⁵⁹

Az óvszerhiány óriási, de annak költsége, hogy ez az állapot megszűnjön alacsony. A Nemzetközi Népesedési Akciócsoport kiváló tanulmánya, amely *Az óvszerigény kielégítése a HIV/AIDS járvány korszakában* címmel jelent meg, megállapítja: „A felhasználókhöz való eljuttatás, amely magában foglalja hozzáférés, szállítás és kiosztás feltételeinek javítását és az óvszerhasználat népszerűsítését is, többszöröse az előállítási költségeknek.” Ha feltételezzük, hogy az eljuttatás költségei hatszor magasabbak az előállítási költségeknél, a hiányzó kondomok rendelkezésre bocsátásának teljes költsége évente mindössze 3 milliárd dollár.⁶⁰

Sajnálatos tény, hogy bár az óvszer az egyetlen eszköz a HIV-vírus szexuális úton való terjedésének megakadályozására, az amerikai kormány nem emeli ki eléggé kondomhasználat fontosságát, és ragaszkodik ahhoz az álláspontjához, hogy a kampányokban az absztinencia hangsúlyozása az első helyen szerepeljen. Noha a szexuális absztinencia népszerűsítése kívánatos célnak tekinthető, a HIV visszaszorítására törekvő kampány nem nélkülözheti a kondomot.⁶¹

Uganda az egyike azon afrikai országoknak, amelyeknek a járvány elterjedését követően sikerült csökkentenie a fertőzöttségi rátákat. Joweri Museveni elnök határozott és személyes irányításával az 1990-es évek során lényegesen lecsökkent a felnőttek fertőzöttségi aránya és 2000 óta stabil maradt. Szenegál követendő példa a többi afrikai ország számára, mivel már a járvány korai szakaszában határozott intézkedéseket hozott a vírus terjedése ellen, és az ország felnőtt fertőzöttségi aránya 1 százalék alatt van.⁶²

A már HIV-pozitív betegek kezelésére jelenleg rendelkezésre álló pénzügyi eszközök és egészségügyi erőforrások jóval elmaradnak az igények mögött. Például 2006-ban a Szaharán túli Afrikában élő 4,6 millió, a betegség tüneteit mutató személy közül mindössze alig több mint 1 millió beteg kapta meg az ipari országokban teljesen elterjedt az antiretrovírusos kezelést. Noha 2007-ben csak negyedannyi személy kapott kezelést, mint amennyire szükség lett volna, a korábbi évhez képest a kezelt betegek száma megduplázódott.⁶³

Egyre több a bizonyítékunk van arra nézve, hogy ha az emberek tudják, hogy van esély a betegség kezelésére, ez arra sarkallja őket, hogy AIDS-szűrővizsgálaton vegyenek részt. A szűrővizsgálat tudatosítja a lakosságban az AIDS létezését, és segít abban, hogy megértsük a betegséget és magát a járvány terjedését is. Ha az emberek tudják, hogy fertőzöttek, van esély arra, hogy megpróbálják elkerülni mások megfertőzését. A kezelés meghosszabbítja a várható élettartamot (a betegek átlagos élettartam hosszabbodása az Egyesült Államokban 15 év), és ezért látnunk kell, hogy nemcsak arról van szó, hogy ez az egyetlen humanitárius megközelítés, hanem arról is, hogy gazdasági szempontból is előnyös. Ha egy társadalom már befektetett az egyének felnevelésébe, oktatásába és munkahelyi képzésébe, a munkában eltöltött évek idejének meghosszabbítása jelentős értékkel bír.⁶⁴

A HIV-fertőzött egyének kezelése viszonylag költséges, de a kezelés iránti igény figyelmen kívül hagyásával stratégiai hibát követünk el, mivel maga a kezelés lehetősége lendületet ad a megelőzésnek. Afrika súlyos árat fizet azért, hogy késlekedve válaszolt a járványra. Afrika esete rávilágít arra, hogy Indiának és Kínának milyen kihívással kell szembenéznie a jövőben, ha nem hoz időben intézkedéseket egy olyan vírus feltartóztatására, amely már nagyonis megvetette a lábát ebben a két országban.⁶⁵

A mezőgazdasági támogatások és adósságok csökkentése

A szegénység megszüntetése a nemzetközi segélyezési programoknál sokkal többet jelent. Sok fejlődő ország számára még a segélyeknél is fontosabb lehet az, hogy a segélyező országok saját, mezőgazdasági támogatási rendszere megváltozzon, és az adósságkönnyítésre kerüljön sor. Az olyan sikeres exportvezérelt mezőgazdaság, amely a jövedelmek növelése és a devizabevételek érdekében kihasználja az alacsony munkaköltségeket, továbbá a termőföld, a víz és az éghajlat nyújtotta természeti adottságokat, gyakran kínál lehetőséget a szegénységtől való megmenekülésre. Sajnálatos módon azonban sok fejlődő ország számára ez a fejlődési út nem adott, azok miatt a mezőgazdasági támogatások miatt, amelyekkel a gazdag országok saját mezőgazdaságukat védik. Az ipari országok 280 milliárd dollárt költenek mezőgazdaságuk támogatására és ez durván 2,5-szerese az ugyanezen országok által nyújtott fejlesztési támogatásoknak.⁶⁶

Az Európai Unió mezőgazdasági költségvetése iradatlanul nagy: az EU teljes költségvetésének egyharmadánál is nagyobb összegről van szó. Nemzetközi mércével mérve is jelentős összeg ez. 2005-ben a világ gazdag országai összesen 280 milliárd dollárt költöttek saját mezőgazdasági termékeik támogatására, és ebből az EU részesedése 134 milliárd dollár volt. Az Egyesült Államok saját mezőgazdasági termékeinek támogatására 43 milliárdot költött. Ezek a támogatások arra ösztönöznek, hogy a mezőgazdasági termékekből a szükségesnél többet termeljenek, majd ezt a többletet további exporttámogatással külföldre szállítsák. Ennek következtében a világpiaci árak alacsonyak. Kiváltképp igaz ez a gyapotra, amely az egyik olyan árucikk, amelynek esetében a fejlődő országok a legtöbbet veszíthetik.⁶⁷

Az Európai Unió a világ összes fejlesztési segélyének, 104 milliárd dollárnak, több mint a felét adja. Az eddig nyújtott segélyekből származó előny nagy részét azonban semmissé tette az a tény, hogy az Európai Unió évente 6 millió tonna cukorral árasztotta el a világpiacot. Pedig ez az egyik olyan mezőgazdasági termék, amelynek termelésében a fejlődő országok erős komparatív előnyökkel rendelkeznek, és meg kellene engedni, hogy ezeket az előnyöket kihasználják. Örvendetes tény, hogy az EU 2005-ben bejelentette, hogy a mezőgazdáknek fizetett támogatott cukorárát 40 százalékkal fogja csökkenteni, és ezzel lelohasztotta azt a termelési kedvet, amely miatt korábban az alacsony árral járó fölösleges készletek jöttek létre. A gazdag világ már nem engedheti meg többé, hogy olyan mezőgazdasági politikája legyen, amely milliókat ítél állandó szegénységre azzal, hogy elvágja az érintett gazdák elől a szegénységből való kitörés legfontosabb lehetőségét.⁶⁸

A cukorárak emelkedésében egy hirtelen létrejött és előre nem látott körülmény is közrejátszhat. A növekvő olajárak, úgy tűnik, a cukor árát is megemelik, mivel egyre több cukornád felhasználásra támaszkodó etanolgyártó üzemet építenek. Valójában előfordulhat az, hogy a cukor ára követi majd az olaj emelkedő árát, és ennek következtében gazdasági lendületet kaphatnak azok a fejlődő világban lévő gazdaságok, amelyek ahol a világ majdnem összes cukornádját megtermelik.⁶⁹

A legutóbbi fejlemények a gyapot árát is növelhetik. Az amerikai farmereknek adott termelési támogatások a történelem során lehetővé tették számukra, hogy a gyapotot alacsony áron exportálják. Ezek a mindössze 25000 amerikai gazdának juttatott támogatások magasabb összeget képviselnek, mint az Egyesült Államok által a Szaharán túl élő 800 millió afrikainak nyújtott teljes segélyösszeg. Mivel az Egyesült Államok a világ vezető gyapotexportálója, az amerikai termelési támogatás csökkenti a világ összes többi gyapotexportálója által elérhető árat.⁷⁰

Közép-Afrika négy gyapottermelő országa, Benin, Burkina Faso, Csád és Mali határozott kihívást intézett az amerikai gyapottermelőknek nyújtott támogatásokkal szemben. Brazília pedig a Kereskedelmi Világszervezet (WTO) keretein belül sikeresen lépett fel az amerikai gyapottermelési támogatási rendszer ellen. Brazília az amerikai Mezőgazdasági Minisztérium adataira támaszkodva meggyőzte a WTO bizottságát, hogy az amerikai gyapottermelési támogatási rendszer lenyomja a világpiaci árakat és kárt okoz a brazíliai gyapottermelőknek. A bizottság 2004-ben Brazília keresetének helyt adva úgy határozott, hogy az Egyesült Államoknak meg kell szüntetnie ezt a támogatást.⁷¹

A WTO 2004. évi határozatát követően az Egyesült Államok visszavont néhány exporthitel-garanciát és a hazai gyáraknak, illetve exportálóknak amerikai gyapot vásárlására juttatott összeget. Ezt követően Brazília azzal érvelt, hogy a farmereknek juttatott amerikai kifizetések továbbra is lenyomják a világpiaci árakat. A WTO ismét helyt adott a Brazil keresetnek. A döntése ellenére az amerikai Képviselőház által 2007 nyarán elfogadott Mezőgazdasági Törvény a WTO szabályait megszegve gyapottermelési támogatási rendszert is tartalmazott.⁷²

A káros hatású mezőgazdasági támogatások megszüntetése mellett a szegénység elleni harc egy másik alkotóeleme az adósságok elengedése. Figyelembe véve például, hogy a Szaharától délre elterülő Afrikában az adósságszolgálat terhei négyszer magasabbak, mint az egészségügyi ellátásra fordított összegek, a szegénység ezen utolsó szigetén az adósságelengedés segíthet az életszínvonal emelésében.⁷³

2005 júliusában a világ legfejlettebb ipari államainak vezetői, a G8-ak, gleneagles-i találkozójukon megállapodtak abban, hogy a legszegényebb országok közül egy sor országnak törlik a Világbankkal, a Nemzetközi Valutaalappal és az Afrikai Fejlesztési Bankkal szemben fennálló tartozását. Ez a kezdeményezés, amely azonnali hatállyal a világ 18 legszegényebb (14 afrikai és 4 latin-amerikai) államát érintette, új életlehetőséget adott a kérdéses országoknak. A legszegényebb országok csoportjából további 20 nemzet élvezheti az adósságelengedés előnyeit, ha megfelelnek a követelményeknek. A szegénység csökkentését célul kitűző törekvések sikere legfőképp az adósság elengedésért harcoló nem kormányzati szervek nyilvános nyomásgyakorlásának és az angol kormány határozott fellépésének köszönhető.⁷⁴

Gleneagles-i G8-csúcstalálkozót követő esztendőben az Oxfam International arról számolt be, hogy a Nemzetközi Valutaalap 19 állam fennálló adósságát megszüntette, és ez volt az első jelentős lépés a G8 találkozón elfogadott adósságelengedés megvalósítása felé. Zambia esetében a 6 milliárd dolláros adósságelengedés Levy Mwanawasa elnöknek lehetővé tette, hogy bejelentse az alapvető egészségügyi ellátások ingyenességét. Az Oxfam szavaival ez azt jelentette, hogy „a kevesek előjoga mindenki jogává lett”. Kelet-Afrikában Burundi bejelentette, hogy eltörli a tandíjat, ami 300000 szegény családból származó gyermek számára

tette lehetővé, hogy beiratkozzon az iskolába. Nigériában az adósságelengedést arra használták fel, hogy szegénység ellenes küzdelmet támogató alapot hozzanak létre, és az alapból származó összegek egy részét több ezer tanár kiképzésére fogják fordítani.⁷⁵

Ha a nemzetközi közösség folytatja az adósságok elengedését, akkor ez határozott lépés lesz a szegénység felszámolásának irányában. De még mindig van mit tenni. A Gleneagles-ben tett vállalások a szegény országok nemzetközi szervezetekkel szemben fennálló adósságának csak a kisebb részét szüntetik meg. Az eddig adósságelengedésben részesült 19 országon kívül még legalább negyven olyan alacsony jövedelmű ország van, amelynek rettentő nagy szüksége van a segítségre. Olyan adósságkönnyítésért lobbizó szervezetek, mint például az Oxfam International, úgy vélik, hogy alig napi egy dolláron élő embereket embertelen adósságszolgálatra kényszeríteni. Ezek a szervezetek megfogadták, hogy addig folytatják a nyomásgyakorlást, amíg a legszegényebb országok összes adósságát el nem engedték.⁷⁶

A szegénység felszámolásának költségvetése

Sok olyan ország, amelyik évtizedeken keresztül gyors népességnövekedésen ment keresztül, jelenleg demográfiai elfáradás jeleit mutatja. Szinte kibíratatlan terheléssel kell szembenéznük azoknak az országoknak, amelyeknek egyszerre kell megküzdeniük olyan kihívásokkal, mint egyre több gyermek felnevelése, a munkahelyteremtés a fiatal álláskereső tömegeinek és a népességnövekedés környezeti hatásainak kezelése. Ha egy jelentős új fenyegetés, mint pl. a HIV-járvány tűnik fel, a kormányok gyakran képtelenek megbirkózni a helyzettel.

Az ipari társadalmakban rutinszerűen kezelt problémák a fejlődő országokban súlyos humanitáriánus válsággá válnak. Számos afrikai országban nő a halálozás, és ez a demográfia jelenségek világában tragikus új fejleménynek tekinthető. Ha a nemzeti kormányok és a nemzetközi közösség képtelenek az összehangolt fellépésre annak érdekében, hogy megtörténjen az átállás a kisebb méretű családokra, sok országban elveszithetjük az események feletti ellenőrzést, és ez a halálozás további növekedéséhez és a politikai stabilitás hiányához és gazdasági hanyatláshoz vezethet.

Létezik alternatívája ezeknek a komor kilátásoknak, és pedig az, hogy segítséget nyújtunk a népességnövekedést lelassítani akaró országoknak, hogy ezt gyorsan megtehessek. Ez gyorsan elvezet ahhoz a jelenséghez, amit a közgazdászok „demográfiai jutalomnak” hívnak. Amikor az országok gyorsan átállnak a kisebb családnagyságra, a nevelést és oktatást igénylő fiatal eltartottak számának növekedése a munkakorú felnőttek számának növekedéséhez képest lelassul. Az ilyen helyzetben a termelékenység megugrik, nő a megtakarítás és a befektetés, és gyorsul a gazdasági növekedés.⁷⁷

Japán 1951 és 1958 között felére csökkentette a népességnövekedést, és ez volt az egyike azon országoknak, amelyik élvezhette a „demográfia jutalom” előnyeit. Majd Dél-Korea és Taiwan következett és a legutóbbi időkben Kína, Tájféld és Kína egy hamarabb bekövetkező és meredek születési ráta csökkenés előnyeit élvezhette. Ez a hatás általában csak egynéhány évtizedig tart, de ennyi idő elég arra, hogy egy országot elindítson a modernitás korszakába. Sőt, talán néhány olajban gazdag ország kivételével, elmondható, hogy egyetlen fejlődő ország sem modernizált sikeresen anélkül, hogy lelassította volna a népességnövekedését.⁷⁸

Világos, hogy milyen lépések szükségeltetnek a szegénység megszüntetése és a kisebb családnagyságra való áttéréshez. Számos területen meg kell szüntetni az elégtelen finanszírozást. A finanszírozási igény tartalmazza a mindenkire kiterjedő alapszintű oktatást, az olyan fertőző betegségek elleni harcot, mint az AIDS, a tuberkolózis és a malária, a reprodukív egészséggel foglalkozó szolgáltatásokat és a HIV-járvány feltartóztatását. A jelen fejezetben tárgyalt kezdeményezések teljes finanszírozási igénye évi 77 milliárd dollár. (Lásd 7-1. Táblázat)⁷⁹

7-1. Táblázat *B-Terv Költségvetés: Az alapvető társadalmi célok eléréséhez szükséges pótlólagos éves költségigény*

Cél	Költségigény (milliárd dollárban)
Mindenkire kiterjedő alapszintű oktatás	10
A felnőtt írástudatlanság felszámolása	4
Iskolai ebédprogram a világ 44 legszegényebb országában	6
Iskolás kornál fiatalabb gyermekek és a terhes nők támogatása a világ 44 legszegényebb országában	4
Fogamzással, gyermekszüléssel kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások	17
Mindenkire kiterjedő alapszintű egészségügyi ellátás	33
A kondomhiány megszüntetése	3
Összesen	77

Forrás: lásd 79. számú lábjegyzetet

Ezen erőfeszítés legnagyobb összegű befektetései legfőképp az egészségüggyel és az oktatással kapcsolatosak—márpedig ezek az emberi életminőség javulásának és a népességszám stabilizálásának alapfeltételei. Az oktatásüggyel kapcsolatos teendők magukban foglalják a mindenkire kiterjedő alapszintű oktatást, továbbá az írástudatlanság felszámolását. Az egészségügy teendői pedig tartalmazzák azokat az alapvetően fontos lépéseket, amelyekkel (a gyermekoltással kezdve) gátat lehet szabni a fertőző betegségek terjedésének.⁸⁰

Jeffrey Sach rendszeresen figyelmeztet bennünket arra, hogy az emberiség történelmében először állnak rendelkezésünkre azok a technológiák és pénzügyi erőforrások, amelyekkel meg lehet szüntetni a szegénységet. Már korábban megemlítettük, hogy az utolsó 15 évben figyelemre méltó előrelépésnek lehettünk tanúi. Például Kína nemcsak hogy drámaian csökkentette a szegények számát, hanem kereskedelmi és befektetési kezdeményezéseivel a nálánál szegényebb országok fejlődését is támogatja. Kína jelentős összegeket fektet be Afrikában—gyakran olyan befektetésekről van szó, amelyek segítséget adnak az afrikai országoknak, hogy kiaknázhassák az ásványi nyersanyagaikban és energetikai erőforrásaikban rejlő gazdag potenciált. Erre pedig Kínának is szüksége van.⁸¹

Ha az alacsony jövedelemmel rendelkező országok segítséget kapnak a demográfiai csapdából való kitöréshez, akkor ez a világ jómódú nemzetei számára roppant jövedelmező befektetés, és egyben módszer arra is, hogy csökkentjük az államcsődök számát. Az ipari országok befektetései az oktatásba, az egészségügybe, és az iskolai ebédeltetési programokba bizonyos értelemben humanitárius választ jelentenek a világ legszegényebb országainak siralmas állapotára. De ennél is fontosabb, hogy ezek a befektetések jelentős hatással lesznek arra a világra, amelyben gyermekeink fognak felnőni.

¹ U.N. General Assembly, “United Nations Millennium Declaration,” resolution adopted by the General Assembly, 8 September 2000; World Bank, *Global Monitoring Report 2007: Millennium Development Goals* (Washington, DC: 2007), p. 39; International Monetary Fund (IMF), World Economic Outlook, electronic database, www.imf.org, updated March 2007.

² World Bank, *World Development Report 2005* (New York: Oxford University Press, 2004); Jeffrey D. Sachs, “India Takes the Lead,” *Korea Herald*, 4 August 2004.

³ United Nations, “Poverty, Percentage of Population Below \$1 (PPP) Per Day, Percentage,” *Millennium Development Goals Indicators Database*, updated 27 July 2007; World Bank, op. cit. note 1, pp. 1, 3.

⁴ U.N. Population Division, *World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database*, at esa.un.org/unpp, updated 2007; G-8 leaders, “Gleneagles Communiqué on Africa, Climate Change, Energy and Sustainable Development,” document from G-8 Summit, Gleneagles, Scotland, July 2005; fragile states from World Bank, op. cit. note 1, p. 4.

⁵ U.N. General Assembly, op. cit. note 1.

⁶ World Bank, op. cit. note 1, pp. 1–6; U.N. Food and Agriculture Organization (FAO), *Number of Undernourished Persons*, at www.fao.org/faostat/foodsecurity, updated 30 June 2006; UNICEF, *Excluded and Invisible: The State of the World’s Children 2006* (New York: 2005), pp. vii, 114–17.

⁷ All Party Parliamentary Group on Population Development and Reproductive Health, *Return of the Population Growth Factor: Its Impact on the Millennium Development Goals* (London: Her Majesty’s Stationery Office, January 2007), pp. 1, 3–9; Martha Campbell et al., “Return of the Population Growth Factor,” *Science*, vol. 315 (16 March 2007), pp. 1501–02.

⁸ Campbell et al., op. cit. note 7; Martha Campbell, discussion with Janet Larsen, Earth Policy Institute, 8 October 2007; All Party Parliamentary Group, op. cit. note 7, p. 4.

⁹ United Nations, Millennium Development Goals Report 2007 (New York: 2007), p. 11; Hilaire A. Mputu, *Literacy and Non-Formal Education in the E-9 Countries* (Paris: UNESCO, 2001), p. 5; Polly Curtis, “Lack of Education ‘a Greater Threat than Terrorism’: Sen,” *Guardian* (London), 28 October 2003.

¹⁰ Paul Blustein, “Global Education Plan Gains Backing,” *Washington Post*, 22 April 2002; World Bank, “World Bank Announces First Group of Countries for ‘Education For All’ Fast Track,” press release (Washington, DC: 12 June 2002); Gene Sperling, “The G-8—Send 104 Million Friends to School,” *Bloomberg News*, 20 June 2005.

¹¹ World Bank, op. cit. note 1, pp. 5, 24.

¹² Gene Sperling, “Toward Universal Education,” *Foreign Affairs*, September/ October 2001, pp. 7–13.

¹³ Gene Sperling, “Educate Them All,” *Washington Post*, 20 April 2002.

¹⁴ UNESCO, *EFA Global Monitoring Report 2007: Strong Foundations* (Paris: 2006), p.2; U.N. Commission on Population and Development, Thirty-sixth Session, Population, Education, and Development, press releases, 31 March–4 April 2003; UNESCO, “Winners of UNESCO Literacy Prizes 2003,” press release, 27 May 2003.

¹⁵ U.K. Treasury, *From Commitment to Action: Education* (London: Department for International Development, September 2005).

¹⁶ George McGovern, *The Third Freedom: Ending Hunger in Our Time* (New York: Simon & Schuster: 2001), chapter 1.

¹⁷ Jeffrey Sachs, “A New Map of the World,” *The Economist*, 22 June 2000; George McGovern, “Yes We CAN Feed the World’s Hungry,” *Parade*, 16 December 2001.

¹⁸ McGovern, op. cit. note 17.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ Countries with stable or declining populations retrieved from Population Reference Bureau (PRB), *Datafinder*, electronic database, at www.prb.org/DataFind/datafinder7.htm, updated 2007; U.N. Population Division, op. cit. note 4.

²² U.N. Population Division, op. cit. note 4; United Nations, “Total Population (Both Sexes Combined) By Major Area, Region and Country, Annually for 1950–2050,” table in *World Population Prospects: The 2006 Revision, Extended Dataset*, CD-ROM (Rome: 15 June 2007).

²³ U.N. Population Division, op. cit. note 4.

²⁴ Program for Appropriate Technology in Health (PATH) and U.N. Population Fund (UNFPA), *Meeting the Need: Strengthening Family Planning Programs* (Seattle: 2006), pp. 5–11; quote from All Party Parliamentary Group, op. cit. note 7, p. 22.

²⁵ Janet Larsen, “Iran’s Birth Rate Plummeting at Record Pace,” in Lester R. Brown, Janet Larsen, and Bernie Fischlowitz-Roberts, *The Earth Policy Reader* (New York: W. W. Norton & Company, 2002), pp. 190–94; see also Homa Hoodfar and Samad Assadpour, “The Politics of Population Policy in the Islamic Republic of Iran,” *Studies in Family Planning*, March 2000, pp. 19–34, and Farzaneh Roudi, “Iran’s Family Planning Program: Responding to a Nation’s Needs,” *MENA Policy Brief*, June 2002; Iran population growth rate from United Nations, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (New York: 2005).

²⁶ Larsen, op. cit. note 25.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid; population growth rates from PRB, *2005 World Population Data Sheet*, wall chart (Washington, DC: August 2005), and from U.N. Population Division, op. cit. note 4.

²⁹ Pamela Polston, “Lowering the Boom: Population Activist Bill Ryerson is Saving the World—One ‘Soap’ at a Time,” *Seven Days*, at www.populationmedia.org/archives/archives2.html, viewed 5 October 2007.

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

³² Ibid.

³³ Additional spending from J. Joseph Speidel et al., *Family Planning and Reproductive Health: The Link to Environmental Preservation* (San Francisco: Bixby Center for Reproductive Health and Research Policy, University of California, 2007), p. 10, and from J. Joseph Speidel, discussion with J. Matthew Roney, Earth Policy Institute, 16 October 2007.

³⁴ PATH and UNFPA, op. cit. note 24, p. 18.

³⁵ “Bangladesh: National Family Planning Program,” *Family Planning Programs: Diverse Solutions for a Global Challenge* (Washington, DC: PRB, 1994); gaps from Speidel et al., op. cit. note 33, p. 10, and from Speidel, op. cit. note 33.

³⁶ World Bank, *op. cit.* note 1, p. 5.

³⁷ Lack of access to safe water from *ibid.*, p. 13.

³⁸ Mustaque Chowdhury, *Health Workforce for TB Control by DOTS: The BRAC Case, Joint Learning Initiative Working Paper 5-2* (Global Health Trust, 2004).

³⁹ Jeffrey D. Sachs and the Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* (Geneva: World Health Organization (WHO), 2001); “UNICEF Lists Top Causes of Child Deaths,” *Reuters*, 13 September 2007; Ruth Levine and the What Works Working Group, *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (Washington, DC: Center for Global Development, 2004).

⁴⁰ Bill and Melinda Gates Foundation, “Vaccine-Preventable Diseases,” at www.gatesfoundation.org/GlobalHealth, viewed 13 September 2007.

⁴¹ John Donnelly, “Us Seeks Cuts in Health Programs Abroad,” *Boston Globe* 5 February 2003

⁴² Sachs and Commission on Macroeconomics and Health, *op. cit.* note 39; WHO, “Smallpox,” fact sheet at www.who.int, viewed 10 October 2005.

⁴³ WHO, “Polio Eradication: Now More Than Ever, Stop Polio Forever,” at www.who.int/features/2004/polio/en, viewed 17 September 2007; Rotary International, “About PolioPlus,” at www.rotary.org/foundation/polioplus/index.html, viewed 17 September 2007.

⁴⁴ Polio cases from “Wild Poliovirus 2000–2007,” in WHO Global Polio Eradication Initiative, “Wild Poliovirus Weekly Update,” at www.polioeradication.org, updated 2 October 2007; Nigeria from WHO, *Global Polio Eradication Initiative: Annual Report 2006* (Geneva: 2007), p. 6.

⁴⁵ “Pakistan Polio Drive is Suspended,” *BBC News*, 8 August 2007.

⁴⁶ Michele Barry, M.D., “The Tail of Guinea Worm-Global Eradication Without a Drug or Vaccine,” *New England Journal of Medicine*, vol. 356, no. 25 (21 June 2007), pp. 2561–64.

⁴⁷ *Ibid.*; country information from “Reported Cases of Dracunculiasis by Country, 1972–2005,” in Peter H. Gleick, *The World’s Water 2006–2007* (Washington, DC: Pacific Institute, 2006), pp. 293–97.

⁴⁸ Tobacco deaths from WHO, “Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD),” fact sheet (Geneva: November 2006); “The Tobacco Epidemic: A Crisis of Startling Dimensions,” in Message From the Director-General of the World Health Organization for World No-Tobacco Day 1998, at www.who.int; air pollution from WHO, “Air Pollution,” fact sheet 187 (Geneva: rev. September 2000).

⁴⁹ Alison Langley, “Anti-Smoking Treaty Is Adopted by 192 Nations,” *New York Times*, 22 May 2003; information on WHO Tobacco Free Initiative at www.who.int/tobacco/index.cfm; treaty goals and Bloomberg from Alexi A. Wright and Ingrid T. Katz, “Tobacco Tightrope—Balancing Disease Prevention and Economic Development in China,” *New England Journal of Medicine*, vol. 356, no. 15 (12 April 2007), pp. 1493–96.

⁵⁰ Cigarette consumption from U.S. Department of Agriculture (USDA), *Production, Supply and Distribution*, electronic database, at www.fas.usda.gov/psdonline, updated 31 August 2006, and from Tom Capehart, *Tobacco Outlook* (Washington, DC: USDA Economic Research Service, 24 April 2007); per capita estimates made with population from U.N. Population Division, *op. cit.* note 4; Daniel Yee, “Smoking Declines in U.S.—Barely,” *CBS News*, 10 November 2004.

⁵¹ USDA, *op. cit.* note 50; per capita estimates made using population from U.N. Population Division, *op. cit.* note 4.

⁵² “Smoking Bans Around the World,” *Reuters*, 10 January 2005; “New Zealand Stubs Out Smoking in Bars, Restaurants,” *Reuters*, 13 December 2004.

⁵³ “Bangladesh Bans Smoking in Many Public Places,” *Reuters*, 15 March 2005; Italy from “Europeans Back Public Smoking Ban,” *BBC News*, 31 May 2006; “England Smoking Ban Takes Effect,” *BBC News*, 1 July 2007; France from Howard K. Koh et al., “Making Smoking History Worldwide,” *New England Journal of Medicine*, vol. 356, no. 15 (12 April 2007), pp. 1496–1498.

⁵⁴ Bernard Wysocki, Jr., “Companies Get Tough With Smokers, Obese to Trim Costs,” *Wall Street Journal*, 12 October 2004.

⁵⁵ Sachs and Commission on Macroeconomics and Health, op. cit. note 39.

⁵⁶ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and WHO, *2006 AIDS Epidemic Update* (Geneva: December 2006), p. 3; total deaths calculated using UNAIDS statistics in Worldwatch Institute, *Signposts 2004*, CD-Rom (Washington, DC: 2004), and in UNAIDS and WHO, *AIDS Epidemic Update* (Geneva: various years).

⁵⁷ Nita Bhalla, “Teaching Truck Drivers About AIDS,” *BBC*, 25 June 2001; C. B. S. Venkataramana and P. V. Sarada, “Extent and Speed of Spread of HIV Infection in India Through the Commercial Sex Networks: A Perspective,” *Tropical Medicine and International Health*, vol. 6, no. 12 (December 2001), pp. 1040–61, cited in “HIV Spread Via Female Sex Workers in India Set to Increase Significantly by 2005,” *Reuters Health*, 26 December 2001.

⁵⁸ Mark Covey, “Target Soldiers in Fight Against AIDS Says New Report,” press release (London: Panos Institute, 8 July 2002); “Free Condoms for Soldiers,” *South Africa Press Association*, 5 August 2001; HIV prevalence rate from UNAIDS, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic* (Geneva: May 2006), p. 421.

⁵⁹ Condoms needed from UNFPA, *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2005* (New York: 2005); cost per condom from UNFPA, *Achieving the ICPD Goals: Reproductive Health Commodity Requirements 2000–2015* (New York: 2005); Nada Chaya and Kai-Ahset Amen, with Michael Fox, *Condoms Count: Meeting the Need in the Era of HIV/AIDS* (Washington, DC: Population Action International, 2002).

⁶⁰ Chaya and Amen, with Fox, op. cit. note 59; cost per condom from UNFPA, *Achieving the ICPD Goals*, op. cit. note 59.

⁶¹ Chaya and Amen, with Fox, op. cit. note 59; cost per condom from UNFPA, *Achieving the ICPD Goals*, op. cit. note 59. Communications Consortium Media Center, “U.N. Special Session on Children Ends in Acrimony,” *PLANetWIRE.org*, 14 May 2002; Adam Clymer, “U.S. Revises Sex Information, and a Fight Goes On,” *New York Times*, 27 December 2002.

⁶² UNAIDS, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* (Geneva: June 2000), pp. 9–11; UNAIDS, op. cit. note 58, pp. 20, 446, 487; UNAIDS, “Uganda: Country Situation Analysis,” at www.unaids.org/en/Regions_Countries, viewed 14 September 2007.

⁶³ UNAIDS and WHO, op. cit. note 56, p. 10; treated patients in 2005 from UNAIDS and WHO, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: An Update on “3 by 5”* (Geneva: 2005), pp. 7, 13. 64. Clive Bell, Shantayanan Devarajan, and Hans Gersbach, “The Longrun Economic Cost of AIDS: Theory and an Application to South Africa,” Policy Research Working Paper Series (Washington, DC: World Bank, 2003); “AIDS Summit: The Economics of Letting People Die,” *Star Tribune*, 16 July 2003; Deborah Mitchell, “HIV Treatment: 2 Million Years of Life Saved,” *Reuters Health*, 28 February 2005.

⁶⁴ Clive Bell, Shantayanan Devarajan, and Hans Gersbach, “The Longrun Economic Cost of AIDS: Theory and an Application to South Africa,” Policy Research Working Paper Series (Washington, DC: World Bank, 2003); “AIDS Summit: The Economics of Letting People Die,” *Star Tribune*, 16 July 2003; Deborah Mitchell, “HIV Treatment: 2 Million Years of Life Saved,” *Reuters Health*, 28 February 2005.

⁶⁵ “AIDS Summit,” op. cit. note 64.

⁶⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Agricultural Policies in OECD Countries: At a Glance 2006* (Paris: 31 July 2006), pp. 18, 19; OECD, “Development Aid from OECD Countries Fell 5.1% in 2006,” press release (Paris: 3 April 2007); “The Hypocrisy of Farm Subsidies,” *New York Times*, 1 December 2002.

⁶⁷ European Commission, *General Budget of the European Union for the Financial Year 2007: The Figures* (Brussels: February 2007), p. 4; OECD, *Agricultural Policies*, op. cit. note 66, pp. 18–22; “The Hypocrisy of Farm Subsidies,” op. cit. note 66.

⁶⁸ OECD, “Development Aid,” op. cit. note 66; “South Africa: Weaning States Off Subsidies,” *Africa News*, 19 August 2005.

⁶⁹ See Chapter 2 for further discussion of oil prices and ethanol.

⁷⁰ Number of farmers from Oxfam International, “Oxfam Dismisses US Cotton Market Access Offer as ‘Empty Promise’,” press release (London: 15 December 2005); Julian Alston et al., *Impacts of Reduction in US Cotton Subsidies on West African Cotton Producers* (Boston: Oxfam America, 2007); OECD, *OECD Statistics*, electronic database, at stats.oecd.org/wbos, updated 25 September 2007; U.N. Population Division, op. cit. note 4.

⁷¹ Elizabeth Becker, “Looming Battle Over Cotton Subsidies,” *New York Times*, 24 January 2004; Elizabeth Becker, “U.S. Will Cut Farm Subsidies in Trade Deal,” *New York Times*, 31 July 2004; Randy Schnepf, *U.S. Agricultural Policy Response to WTO Cotton Decision* (Washington, DC: Congressional Research Service, updated 8 September 2006).

⁷² Schnepf, op. cit. note 71; Mark Drajem and Carlos Caminada, “WTO Rules Against U.S. in Cotton Dispute With Brazil (Update 1),” *Bloomberg News*, 27 July 2007; Alan Bjerga, “Bush’s Opposition to ‘Soviet’ Farm Bill May Get Plowed Under,” *Bloomberg News*, 23 July 2007.

⁷³ “Ending the Cycle of Debt,” *New York Times*, 1 October 2004; debt servicing from World Bank, *Little Data Book on External Debt in Global Development Finance 2007* (Washington, DC: 2007), p. 8; health care spending calculated from IMF, *World Economic and Financial Surveys: Regional Economic Outlook—Sub-Saharan Africa* (Washington, DC: September 2006), pp. 36, 43, from David Goldsbrough, “IMF Programs and Health Spending,” presented at Global Conference on Gearing Macroeconomic Policies to Reverse the HIV/AIDS Epidemic, Brasilia, Brazil, 20 November 2006, and from U.N. Population Division, op. cit. note 4.

⁷⁴ “G8 Finance Ministers’ Conclusions on Development,” Pre Summit Statement by G-8 Finance Ministers, London, 10–11 June 2005; Oxfam International, “Gleneagles: What Really Happened at the G8 Summit?” *Oxfam Briefing Note* (London: 29 July 2005).

⁷⁵ Oxfam International, “The View From the Summit—Gleneagles G8 One Year On,” briefing note (Oxford, U.K.: June 2006).

⁷⁶ Abid Aslam, “18 Poor Countries to See Debt Slate Wiped Clean, Saving \$10 Million Per Week,” *One World US*, 26 September 2005; Oxfam International, op. cit. note 75.

⁷⁷ UNFPA, *The State of World Population 2004* (New York: 2004), pp. 14–15.

⁷⁸ United Nations, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (New York: 2005); UNFPA, op. cit. note 77, p. 39.

⁷⁹ Costs of meeting social goals in Table 7–1 based on the following sources: universal primary education from U.K. Treasury, op. cit. note 15; adult literacy campaign is author’s estimate; school lunch program from McGovern, op. cit. note 17; assistance to preschool children and pregnant women is author’s estimate of extending the U.S.’s Women, Infants, and Children program, based on *ibid.*; reproductive health and family

planning from Speidel et al., *op. cit.* note 33, p. 10, and from Speidel, *op. cit.* note 33; universal basic health care from Sachs and Commission on Macroeconomics and Health, *op. cit.* note 39; closing the condom gap estimated from UNFPA, *Donor Support for Contraceptives and Condoms*, *op. cit.* note 59, and from UNFPA, *Achieving the ICPD Goals*, *op. cit.* note 59.

⁸⁰ Sachs and Commission on Macroeconomics and Health, *op. cit.* note 39.

⁸¹ *Ibid.*; Wu Xiaoling, “Statement of Madam Wu Xiaoling, Deputy Governor of the People’s Bank of China,” speech delivered at the 39th Annual Meeting of the Board of Governors of the African Development Bank (Group), Kampala, Uganda, 25–26 May 2004.