
MILÉNIOVÉ ROZVOJOVÉ CIELE - prínos pre deti

V septembri **2000** sa v centrále Organizácie Spoločných Národov (OSN) v New Yorku uskutočnil **Miléniový summit** - najväčšie zhromaždenie svetových veľmocí v histórii ľudstva na ktorom sa zúčastnili zástupcovia **189tich členských štátov OSN**. Predmetom zhromaždenia bola aj spoločná budúcnosť. Zvýšený stupeň globalizácie ktorá sľubovala rýchlejší rast, vyššie životné podmienky a nové príležitosti prepájali krajiny viac než kedykoľvek predtým. Na druhej strane vyvstávali rozdiely v osudoch obyvateľov mnohých krajín. Tak ako mali niektoré štáty sľubnú perspektívu prosperity, mnohé z krajín sužované biednymi podmienkami, bludným kruhom chudoby, konfliktami a zničeným životným prostredím naopak nemali pred sebou žiadnu budúcnosť.

Miléniové rozvojové ciele vychádzajú z **Miléniovej deklarácie**, ktorá bola podpísaná v septembri roku 2000 na Miléniovom summite. Jej podpis je výsledkom boja proti chudobe. Deklaráciu signovali členské štáty OSN. Spoločne sa až 189 krajín, vrátane Slovenskej republiky, zaviazalo venovať pozornosť odstraňovaniu chudoby a udržateľnému rozvoju a podporovať dosiahnutie miléniových rozvojových cieľov. Tieto krajiny sa v zmysle nasledovného citátu z Miléniovej deklarácie odhodlali *“vytvoriť prostredie – rovnako na národnej i medzinárodnej úrovni – ktoré napomáha k rozvoju a odstráneniu chudoby.”* (<http://www.un.org/documents>)

Miléniové rozvojové ciele si kladú za **záväzok znížiť chudobu na svete do roku 2015**.

Tieto ciele predstavujú všeobecne akceptovaný rámec pre meranie pokroku vo svete a pozornosť sveta upriamujú na dosiahnutie významného zlepšenia kvality života ľudí - tak pre rozvojové, ako aj pre bohaté krajiny.

MILÉNIOVÉ ROZVOJOVÉ CIELE:

- 1. ODSTRÁNIŤ EXTRÉMNU CHUDOBU A HLAD**
- 2. DOSIAHNUŤ, ABY VŠETCI ZÍSKALI ZÁKLADNÉ VZDELANIE**
- 3. PRESADZOVAŤ ROVNOSŤ POHLAVÍ A PODPORIŤ ŽENY**
- 4. ZNÍŽIŤ ÚMRTNOSŤ DETÍ**
- 5. ZLEPŠIŤ STAROSTLIVOSŤ O ŽENU V TEHOTENSTVE A POČAS PÔRODU**
- 6. BOJOVAŤ PROTI HIV/AIDS, MALÁRIÍ A INÝM CHOROBÁM**
- 7. ZABEZPEČIŤ UDRŽATEĽNOSŤ ŽIVOTNÉHO PROSTREDIA**
- 8. VYTVÁRAŤ GLOBÁLNE PARTNERSTVÁ PRE ROZVOJ**

MILÉNIOVÝ ROZVOJOVÝ CIEĽ 1

ODSTRÁNIŤ EXTRÉMNU CHUDOBU A HLAD

V priebehu rokov 1990 až 2008 sa podarilo **znížiť podvýživu**, zhoršujúcu dopad chorôb na deti mladšie ako päť rokov, z 31 na 26 %, so zlepšením vo všetkých postihnutých regiónoch.



- V rozvojových krajinách sú deti žijúce na vidieku dvakrát viac ohrozené podváhou ako deti žijúce v mestách.
- V rozvojových krajinách (s výnimkou Číny) je pretrvávajúce podváhy detí mladších ako päť rokov trikrát vyššie v chudobných domácnostiach ako v bohatých.

Spomalený rast alebo nízky vzrast v pomere k veku detí, je ukazovateľom chronickej podživy, čo je problém oveľa väčšieho rozsahu ako podváha. Vo všeobecnosti sa podvýživa vyskytuje vo veku menej ako dva roky a jej dopady sú väčšinou nezvratiteľné.



- V rozvojovom svete majú vidiecke deti o 50 % častejšie nižší vzrast ako mestské deti.
- Riziko nedostatočného vývinu detí je dvakrát väčšie v najchudobnejších domácnostiach (20 % domácností) v porovnaní s najbohatšími domácnosťami (20 % domácností).

Včasné začatie kojenia v priebehu jednej hodiny po pôrode zažíva 39 % novorodencov. Správne kŕmenie novorodencov je základom zníženia úmrtnosti detí.



- V južnej Ázii sú deti narodené do bohatých domácností častejšie kŕmené v priebehu jednej hodiny po narodení, ako deti v najchudobnejších domácnostiach.

Jódizovaná soľ, ktorá zabraňuje vzniku mozgových porúch u malých detí, je používaná v 72 % domácností rozvojových krajín.



- V 45 z 55 krajín, z ktorých sú dostupné podrobnejšie údaje, bola jódizovaná soľ častejšie používaná v mestách ako na vidieku.
- Vo viac ako polovici 50 krajín je používanie jódizovanej soli častejšie v najbohatších domácnostiach ako v najchudobnejších.

MILÉNIOVÝ ROZVOJOVÝ CIEĽ 2 A 3

DOSIAHNUT VŠEOBECNÉ ZÁKLADNÉ VZDELANIE PRESADZOVAŤ ROVNOSŤ POHLAVÍ A PODPORA ŽIEN

Základnú školu navštevuje 84 % všetkých detí vo veku základ školskej dochádzky. Väčšina zo 100 miliónov detí, ktoré do školy nechodia, žije v subsaharskej Afrike a južnej Ázii.



- Podľa odhadov na základe informácií z 43 krajín, školu navštevuje 90 % detí z najbohatších domácností a iba 64 % detí z najchudobnejších pomerov.
- Bez ohľadu na to, či žijú na vidieku alebo v meste, v bohatých alebo chudobných rodinách, dievčatá navštevujú školu oveľa zriedkavejšie ako chlapci (aj keď sa rodové rozdiely v posledných rokoch výrazne zmenšili).

Strednú školu navštevuje len 56 % starších detí príslušného veku.

- Počet krajín, ktorým sa podarilo v rámci základných škôl znížiť rodovú bariéru, je oveľa vyšší ako počet krajín, ktoré takýto úspech dosiahli v rámci stredoškolského vzdelávania.
- Najvýraznejšie rodové rozdiely v rámci stredoškolského stupňa vzdelávania pretrvávajú v južnej Ázii, kde sú znevýhodňované dievčatá, a v Latinskej Amerike a Karibiku, kde školu nenavštevujú prevažne chlapci.



MILÉNIOVÝ ROZVOJOVÝ CIEĽ 4

ZNÍŽIŤ ÚMRTNOSŤ DETÍ

V priebehu rokov 1990 – 2008 sa miera **úmrtnosti detí mladších ako päť rokov** znížila o 28 %, čím sa ročný počet takýchto detských úmrtí znížil z 12,5 miliónov na 8,8 miliónov. Napriek tomuto úspechu, rozdiely v prežití detí v rôznych oblastiach sveta sa prehĺbili (predovšetkým medzi subsaharskou Afrikou a inými regiónmi).



- V rozvojových krajinách je úmrtnosť detí pred dosiahnutím piateho roku života dvakrát vyššia v najchudobnejších domácnostiach v porovnaní s deťmi z najbohatších rodín, a 1,5 krát vyššia v prípade vidieckych detí ako v prípade mestských detí.

Očkovanie ročne zachraňuje životy približne 2,5 miliónom detí mladším ako päť rokov. Približne 24 miliónov novorodencov (asi tretina z nich žije v Afrike) však stále nemá možnosť absolvovať bežné očkovania.

- V západnej a strednej Afrike a južnej Ázii je absolvovanie očkovania najzriedkavejšie u detí s najchudobnejších pomerov, žijúcich vo vidieckych oblastiach.
- Najchudobnejšie krajiny nevyužívajú najnovšie vakcíny. Podľa dostupných informácií zo 43 chudobných krajín, iba 5 z nich zaviedlo očkovanie proti pneumokokom a rotavírusom, v porovnaní so 42 krajinami z 53 bohatých krajín.



MILÉNIOVÝ ROZVOJOVÝ CIEĽ 5

ZLEPŠIŤ STAROSTLIVOSŤ O ŽENU V TEHOTENSTVE A POČAS PÔRODU



Úmrtnosť matiek sa podarilo v priebehu posledných desaťročí čiastočne znížiť, avšak tento úspech je nedostatočný. Mnoho žien trpí na zranenia, infekcie a choroby spôsobené komplikáciami počas tehotenstva a pôrodu. Väčšine úmrtí rodičiek sa dá predísť, ak by boli pôrody vykonávané pod dohľadom odborníkov – doktorov, sestier alebo pôrodných asistentiek.

Služby poskytované matkám v rozvojových krajinách sa v priebehu rokov 1990 – 2008 zlepšili. Takmer 80 % žien absolvovalo aspoň jednu prehliadku počas tehotenstva, a takmer dve tretiny pôrodov prebehlo za asistencie odborníkov.

- Napriek týmto pokrokom, menej ako polovica pôrodov v južnej Ázii a subsaharskej Afrike prebieha pod dohľadom zdravotného personálu. V niektorých krajinách týchto oblastí, menej ako polovica pôrodov prebieha v zdravotných zariadeniach.
- Rozdiely v poskytovaní služieb matkám pretrvávajú. Ženy z bohatých pomerov trikrát častejšie rodia za asistencie profesionálov ako ženy z chudobných domácností, a takmer dvakrát častejšie absolvujú aspoň jednu tehotenskú prehliadku.

MILÉNIOVÝ ROZVOJOVÝ CIEĽ 6

BOJOVAŤ PROTI HIV/AIDS, MALÁRIÍ A INÝM CHOROBÁM

Šírenie **HIV klesá**, avšak podľa údajov z roku 2008 približne 33,4 miliónov ľudí na celom svete bolo HIV pozitívnych. Z nich 4,9 milióna boli mladí ľudia vo veku 15 – 24 rokov a 2,1 milióna malo menej ako 15 rokov. Väčšina HIV infekcií sa stále vyskytuje v subsaharskej Afrike.



- Dievčatá a mladé ženy sú mimoriadne ohrozené nákazou HIV vírusom. Celosvetovo je to 60 % všetkých mladých ľudí žijúcich s HIV.

- **Zrozumiteľné a správne vedomosti o HIV a AIDS**, ktoré sú základom zastavenia šírenia epidémie, má len asi 31 % mladých mužov a 19 % mladých žien vo veku 15 – 24 rokov.
- V subsaharskej Afrike majú mladí ľudia (dievčatá aj chlapci) žijúci na vidieku menej informácií o chorobe ako ich rovesníci žijúci v mestách.

Používanie kondómu je vo väčšine rozvojových krajín stále zriedkavé. Priemerne ho používa menej ako polovica mladých mužov vo veku 15 – 24 rokov a len jedna tretina mladých žien.

- Vo všetkých regiónoch vystupujú rodové rozdiely, príjem a geografická lokalita ako faktory spôsobujúce rozdiely v súvislosti s používaním kondómu pri rizikovom sexe (sex s nestálym partnerom).

Pomer školskej dochádzky detí z kompletných rodín a sirôt je v subsaharskej Afrike takmer rovnaký. Nedávny pokrok naznačuje, že programy smerujúce k zrušeniu školských poplatkov a asistencii sirotám a iným zraniteľným deťom v rámci vzdelávania, sú úspešné.

- V roku 2008 približne 17,5 miliónov detí stratilo jedného alebo oboch rodičov z dôvodu AIDS. 14,1 miliónov z nich žilo v subsaharskej Afrike.

Liečba HIV u detí prebieha u 38 % všetkých detí, ktoré potrebujú antiretrovirálne lieky, čo je o 10 % viac ako v roku 2005. Napriek tomu je prístup detí k liečbe HIV vo väčšine krajín, kde je vysoký výskyt AIDS najčastejšou príčinou detskej úmrtnosti, stále nízky.

- V roku 2008 iba 45 % z viac ako 1,4 milióna tehotných žien nakazených HIV a žijúcich v štátoch so stredným alebo nízkym príjmom, absolvovalo antiretrovirálnu liečbu na prevenciu prenosu vírusu na dieťa.



V posledných rokoch sa rozšírila **prevencia malárie** pomocou distribúcie špeciálnych sieťok napustených insekticídmi. Podľa dostupných informácií z 26 afrických krajín, počet detí, ktoré počas spánku používali takúto sieťku, stúpol z 2 % v roku 2000 na 22 % v roku 2008. Malária však stále každoročne ohrozuje milióny detských životov.



- Ochranné sieťky znížili úmrtnosť detí o 20 %. V priebehu rokov 2007 – 2009 ich bolo do afrických krajín doručených takmer 200 miliónov, čo je viac ako polovica z celkových 350 miliónov, ktoré sú distribuované celosvetovo.
- Používanie ochranných sieťok je rovnomerné vo väčšine krajín, ale v Spojenej republike Tanzánia používajú deti z bohatých rodín takéto sieťky štyrikrát častejšie ako najchudobnejšie deti. Podobné rozdiely existujú aj v Benine, Malawi a Sudáne.

MILÉNIOVÝ ROZVOJOVÝ CIEĽ 7

ZABEZPEČIŤ UDRŽATEĽNOSŤ ŽIVOTNÉHO PROSTREDIA

Prístup k pitnej vode má v súčasnosti viac ľudí ako kedykoľvek predtým. V globálnych číslach to predstavuje nárast zo 77% v roku 1990 na 87% populácie v roku 2008. V rozvojových krajinách však 16% populácie stále nemá prístup k pitnej vode, v subsaharskej Afrike až 40%.



- Z 884 miliónov ľudí, ktorí stále nemajú prístup k pitnej vode, žije 84 % na vidieku. Rozdiely existujú aj v rámci urbánneho prostredia, kde chudobnejšie obyvateľstvo má podstatne menší prístup k nezávadnej vode ako najbohatší obyvatelia miest.

Výrazne sa zlepšil aj **prístup k sanitácii**, nárast nastal z 54 % v roku 1990 na 61 % celosvetovej populácie v roku 2008.

- Rovnosť v tejto oblasti je dosiahnuteľná ťažko. Pokrytie sanitácie v mestách rozvojových krajín je o 70 % vyššie ako na vidieku. V rámci rôznych regiónov najmenší pokrok zaznamenala subsaharská Afrika, kde majú k sanitačným zariadeniam najbohatší obyvatelia päťkrát lepší prístup ako najchudobnejší.

OCHRANA DETÍ

Registrácia novorodencov nepatrí len medzi ľudské práva, ale je aj nevyhnutným predpokladom ochrany detí. Zatiaľčo registrácia je v niektorých krajinách úplne bežná, v iných je zaregistrovaných len malé percento novorodencov.



- V rozvojových krajinách je zaregistrovaná iba polovica detí mladších ako päť rokov.
- Je menej pravdepodobné, že dieťa z najchudobnejších pomerov bude zaregistrované, podobne ako dieťa, ktoré je príslušníkom určitej etnickej skupiny.

Výskyt **detských sobášov** sa vo všeobecnosti znížil. Zatiaľčo 48 % žien vo veku 45 – 49 rokov sa vydalo pred dosiahnutím 18. roku života, tento počet je o 35 % nižší u žien vo veku 20 – 24 rokov.



- Približne tretina 20 – 24-ročných žien v rozvojových krajinách sa vydala v detsko veku.
- Priemerný vek žien (z bohatých pomerov) pri prvom sobáši stúpol z 19,2 na 21 rokov.

Zdroje:

UNICEF (September 2010): Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity

<http://www.unicef.org/mdg/>