

MENS VI VENTER PÅ MIRAKLET **Udviklingsmålene mod 2015**

D E N N Y V E R D E N
TIDSSKRIFT FOR INTERNATIONALE STUDIER

DIIS • København • 2005

2015 Målene og aids i Afrika

Dilemmaer og illusioner

Den hidtil største forsamling af statsoverhoveder vedtog enstemmigt Årtusindeerklæringen. Den forpligter dem til at nå 8 internationale udviklingsmål inden 2015. Som det er tilfældet i mange andre lande, har den danske regering besluttet at binde dansk udviklingsbistand op på disse mål.

2015 Målene repræsenterer på mange måder et fremskridt. De nøjes ikke med at bruge indtægt som et mål for fremskridt og fattigdomsbegrænsning, men omfatter mål for sundhed, uddannelse, handelsforbindelser, bistand osv. Målene er specifikke og tidsbundne og kan derfor bruges til at holde politiske ledere ansvarlige i forhold til den erklæring, de vedtog i 2000. 2015 Målene kan også hjælpe med til at skabe grundlag for en meget nødvendig koordinering af modtager- og donorlandenes indsats.

På den anden side er 2015 Målene, og den tilgang til udvikling som de indebærer, dybt problematiske. Delmål 7 siger, at spredningen af hiv/aids skal stoppes og udviklingen vendes. Milleniumprojektets ny rapport anbefaler, at WHO-initiativet "tre inden fem" gennemføres. Det betyder, at 3 millioner mennesker inden udgangen af 2005 skal behandles med antiretroviraler (ARV) – sammenlignet med de 400.000 som blev behandlet i 2004. Dette initiativ er blandt de 17 *Quick Wins*, som, hvis de blev gennemført, kunne resultere i "overvældende resultater" i løbet af få år. Denne artikel handler om nogle af de institutionelle konsekvenser af ARV-behandlingen for sundhedssystemerne i Afrika. Men argumenterne gælder også for mange af de andre 2015 Mål og illustrerer nogle af de reelle dilemmaer og illusioner, som de giver anledning til.

Truslen fra hiv/aids er alarmerende. Specielt i Afrika ødelægger pandemien allerede mange menneskers liv og udgør en stigende trussel for de afrikanske samfund. Det er indiskutabelt, at der er behov for en stor indsats for at stoppe og vende udviklingen i hiv/aids-spredningen.



Er der derfor nogen rimelige argumenter imod at anvende langt flere ressourcer i Afrika på at gøre ARV-behandling bredt tilgængelig meget hurtigt, så det specifikke hiv/aids mål nås inden 2015? Mange ville besvare dette spørgsmål med et klart nej. UNDP og Jeffrey Sachs er hoved fortalere for dette synspunkt (*Millennium Project 2005*, se også artiklen af Grosen *et al.*), men der er mange andre. Deres argument er, at der blot skal politisk vilje til, kun lidt flere midler og omgående gennemførelse af *Quick Wins* for at nå 2015 Målene. Flere regeringer og store private fonde er allerede begyndt at kanalisere mange flere midler til forebyggelse og behandling af hiv/aids i Afrika, end før.

Der er imidlertid også et andet svar på spørgsmålet. Mange læger sætter spørgsmåltegn ved effektiviteten i en meget stor forøgelse af finansieringen af forebyggelse og behandling af hiv/aids, med mindre de nationale sundhedssystemer som helhed styrkes. Desuden viser bitre erfaringer med institutionelle forandringer – både i fattige og rige lande – klart at *Quick Wins*, som kræver stærkt øget institutionel kapacitet, er meget vanskelige at gennemføre og fastholde (Boesen og Therkildsen 2004; Pritchett og Woolcock 2004). Kortfristet tilførsel af store ressourcer til hiv/aids aktiviteter vil ofte forvride de nationale sundhedsprioriteter, underminere den begrænsede kapacitet i sundhedssystemer og vil ikke være bæredygtig i det lange løb. Om nogle år kan den nuværende entusiasme i bekæmpelsen af hiv/aids, utilsigtet, resultere i en dårligere generel sundhedspleje. Så vil den manglende opfyldelse af 2015-målet uden tvivl blive lagt de afrikanske regeringer til last, som endnu et eksempel på inkompetence og dårlig ledelse.

De skeptiske argumenter mod 2015 Målene høres ikke så højt i den nuværende debat som de optimistiske. Denne artikel handler derfor om nogle af de dilemmaer og illusioner, som forfølgelse af 2015 Målene giver anledning til – især om forskellige økonomiske og institutionelle konsekvenser af den nuværende indsats for øget behandling af hiv/aids. Hovedargumentet er, at kapacitetsproblemer groft undervurderes i planerne for at nå 2015 Målene, og at der sjældent tages hensyn til den sociale og politiske kontekst.

Institutionelle konsekvenser af en global målsætning og resultatorientering: to synspunkter

Der er to meget forskellige forståelser af 2015 Målene – en bogstavelig og en symbolsk/politisk, som skitseres her:

Sachs og hans Millenniumprojekt er typiske repræsentanter for den bogstavelige fortolkning af 2015 Målene, her præciseret vedrørende hiv/aids. I januar 2005 fremlagde projektet en rapport, ifølge hvilken der både er råd til og mulighed for at gennemføre 2015 Målene “med mindre der

teknisk bevises noget andet” (Sachs *et al.* 2004:23). Læst med *institutionelle briller* giver rapporten (og tidligere forberedende arbejde) et interessant indblik i den bogstavelige tilgang til 2015 Målene.

Blandt tilhængere af at tage 2015 Målene bogstaveligt er det slående, at begrænsninger i den organisatoriske *kapacitet* ikke betragtes som et større problem, men snarere som en mulighed for offentlig investering (Sachs *et al.* 2004:43). Argumentet er, at det kun er på kort sigt, at de nuværende problemer med absorptionskapacitet er alvorlige. I et tiårs perspektiv kan en målrettet indsats og investeringer løse dem. Derfor fokuseres på *hvad*, der bør gøres, ikke *hvordan* det bør gøres. En typisk anbefaling er for eksempel, at hvert land bør udarbejde “en strategi for forøgede investeringer på landsby, by- og storbyniveau, et finansieringsscenarium, og en ledelsesstrategi til at sikre gennemførelsen af fattigdomsstrategierne med minimal korrupsion, baseret på grundlæggende principper for menneskerettigheder” (s. 53). Bortset fra det ønskelige i at dette måtte ske, er der ingen diskussion af, hvordan det skal gøres i praksis, eller af hvordan tidligere implementeringserfaringer har været. Øjnene er stift rettet mod fremtiden og 2015 Målene.

Derudover betragtes *ledelse* kun som et problem i visse lande. Sachs *et al.* er uenige i, at Afrika syd for Sahara generelt lider af en ledelseskriser. Ledelse betragtes som et relativt begreb: Mange lande ledes godt, når man tager “indkomstniveau og udbredelsen af fattigdom” i betragtning, men flere har behov for et stort skub med hensyn til offentlige investeringer (i transport, landbrug, sundhed, teknologi), så de kan overkomme de alvorlige forhindringer for udvikling (Sachs *et al.* 2004:32). I øjeblikket argumenterer donorlandene for det modsatte, at fattige lande må forbedre deres ledelse, før de er kvalificerede til at få mere bistand.

Der kræves *planlægning* for at nå 2015 Målene. Både modtager og donorlande bør rette deres politikker ind på en 2015 tidshorisont, hvert land bør kortlægge hoveddimensioner og de underliggende årsager til ekstrem fattigdom, de må, baseret på fattigdomskortlægningen, beregne landets behov for finansiering og konvertere disse behov til 10-års rammeplaner og tilpasse deres fattigdomsstrategier til dem. Sachs *et al.* anslår (2004:37), at godt ledede afrikanske lande har behov for yderligere 16 milliarder USD i bistand pr. år (en fordobling af det nuværende niveau). En tredobling af bistanden er nødvendig, hvis alle afrikanske lande skal nå 2015 Målene. En af Sachs’ hovedpointer er, at underinvestering i udvikling, ikke for mange penge, er en vigtig forklaring på de skuffende resultater af bistanden i Afrika. Implicit antages at hovedudfordringen for at opfylde 2015 Målene i Afrika er at få lukket det finansielle hul – hovedsageligt gennem en øget bistand.

Clemens *et al.* (2004:31) – blandt andre – er helt uenige i den bogstavelige tilgang til 2015 Målene (se også Engberg-Pedersens artikel). De mener,

at det er bedre at se på “2015 Målene ikke som realistiske mål, men som noget der husker os på den slående kontrast mellem den verden, vi ønsker, og den verden, vi har, og som en opfordring til at fordoble vores søgen efter interventioner, der kan fylde denne afgrund”. For eksempel er der enorme globale forskelle på de beløb, der bruges til aids-formål pr. aids-ramt. I USA overstiger udgifterne de latinamerikanske og caribiske med en faktor på mere end 35, og de er 1000 gange højere end i Afrika (UNAIDS 2004:15). Hvis 2015 Målene kan være med til at mobilisere de ideer, holdninger, diskussioner og ressourcer, der er nødvendige for at mindske sådanne forskelle, så tjener de et meget nyttigt symbolsk og politisk formål. Det indebærer ikke på nogen måde, at udviklingsbistand er uvæsentlig i arbejdet med at opfylde 2015 Målene, men nye bistandsmidler er bare én betingelse for succes.

Den bogstavelige tilgangs opponenter hævder, at det er en illusion at tro, at 2015 Målene kan nås i fattige lande. Det ville være “uden meningsfulde historiske fortilfælde” (Clemens *et al.* 2004:11; Kenny 2005). De strukturelle betingelser og tidsdimensionen skal tages meget alvorligt, når der sættes mål og delmål for mere fundamentale fremskridt, der kan gavne mange!

Institutionelle konsekvenser af hiv/aids-behandlingsplaner

Hvad vil der så ske, hvis FN’s plan for at nå 2015 Målene gennem *Quick Wins* gennemføres? De følgende analyser giver eksempler på konsekvenserne af den bogstavelige og af den symbolsk/politiske tilgang til 2015 Målene, hvad angår ARV-behandling. De fokuserer på konsekvenserne af ARV på makroøkonomiske faktorer, institutionel kapacitet, arbejdsmarked og sociale og politiske faktorer. Mange andre foreslåede *Quick Wins* ville have lignende konsekvenser. ARV-behandlingsplanerne viser bare dilemmaerne og illusionerne i 2015 Målene på en særlig grafisk måde.

Makroøkonomiske konsekvenser

“Behovet” for ARV-behandling er enormt og kræver hurtigt stigende økonomiske midler. I 2003 blev forebyggelse og behandling af hiv/aids anslået til at koste ca. 5 milliarder USD; i 2005 12; og i 2007 20 milliarder USD. Cirka 43% af disse beløb er nødvendige i Afrika syd for Sahara.

Box 1 illustrerer nogle af de foranstaltninger, som Tanzania prøver at tage for hurtigt at gøre ARV-behandling tilgængelig for flere mennesker. Den viser, at der skal ske en betydelig vækst i penge og mandskab over kort tid. Det er blevet diskuteret om Tanzania – og andre afrikanske lande – kan “absorbere” det.

En række ngo'er (Action Aid International, Global Aids Alliance *et al.* 2004) har hævdet, at IMF og Verdensbanken forhindrer fattige lande i at tage imod bistand, der har med hiv/aids at gøre, fordi de ekstra penge får de offentlige udgifter til at stige for meget. Det underminerer indsatsen for at holde inflationen lav, hvilket er et hovedmål for internationale finansieringsinstitutioner.

Ngo'erne bruger Uganda som eksempel. Her, hævder de, afviste finansministeriet i 2003 en bevilling på USD 52 millioner fra *Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria* (GFATM). Ellers kunne Medium Term Expenditure Frameworks (MTEF) budgetloft ikke holdes. Overskridelser kan medføre, at Uganda ikke kvalificerer sig til fremtidige lån fra IMF. Ngo'erne hævder, at med sådanne restriktioner vil fattige lande finde det vanskeligt at købe de nødvendige lægemidler, at ansætte flere læger, sygeplejersker og sundhedsarbejdere, at bygge flere klinikker og bruge ekstra penge på transport og administration, som en øget indsats mod hiv/aids kræver. Selv om det handler om liv og død, vægtes inflation højere af de internationale finansieringsinstitutioner, hævder ngo'erne.

IMF's standpunkt er baseret på argumentet om, at lav inflation giver økonomisk vækst, hvilket er grundlaget for en fortsat fattigdomsreduktion. Ngo'ernes modargument er, at forholdet mellem inflation, statens udgiftsniveau, pengeforsyningen og økonomisk vækst er kompleks. Skønt større offentlige udgifter kan forøge inflationen, og dette kan skade de fattige, så vil restriktioner på sundhedsudgifterne også gøre skade. Der er mange afvejninger at gøre, og de bør ikke foretages af de internationale finansieringsinstitutioner, men af de lokale beslutningstagere i de fattige lande, siger ngo'erne. Millenniumprojektet (Sachs *et al.* 2004:36) argumenterer ad de samme baner. De internationale finansieringsinstitutioners makroøkonomiske politik bør ændres til at være i ovenensstemmelse med 2015 Målene.

Dét rammer et ømt punkt fremgår det af IMF's (2004) meget hurtige og detaljerede svar på ngo'ernes kritik: Ugandas "næsten"-afvisning af GFATM-bevillingen var ikke forårsaget af IMF's restriktioner på de offentlige udgifter til sundhed, hævdes det, men af lange forsinkelser i udbetalingerne af allerede godkendte GFATM-bevillinger på grund af mangel på administrativ kapacitet hos modtageren (og dårlig opfølgning hos Global Fund selv). IMF har faktisk aktivt støttet øgede udgifter i sundhedssektoren. IMF hævder, at ngo-påstandene om inflationen også er forkerte, da ressourcer, som er til rådighed fra indenlandske og udenlandske indtægter, kan bruges bl.a. til kampen mod hiv/aids, forudsat "at de nødvendige betingelser for at absorbere udenlandsk bistand er på plads ... med henblik på at fremme vækst og fattigdomsbekæmpelse" (Sachs *et al.* 2004:4).

Box 1. Aktuelle hiv/aids-behandlingsinitiativer i Tanzania

Tanzania er et godt eksempel på et land, som står over for enorme udfordringer med hensyn til at stoppe spredningen af hiv/aids. En række initiativer, blandt andet ARV-behandling, er nu på vej.

Som et led heri er de planlagte PLWHA-mål (PLWHA: mennesker der lever med aids og er i behandling) steget meget betydeligt inden for kort tid (Hutton 2004:17). I februar 2003, da meget få var i behandling, planlagde sundhedsministeriet således at have 13.000 PLWHA i behandling ved udgangen af 2006. Et halvt år senere, og med hjælp fra Clinton Foundation, planlagde sundhedsministeriet at behandle 151.000 PLWHA ved udgangen af 2006. I mellemtiden kom WHO's "3 inden 5"-initiativ for Tanzania, som er baseret på en endnu hurtigere vækst i antallet af mennesker i behandling, nemlig 220.000 ved slutningen af 2005. Den hyperhurtige forøgelse af behandlingsmålene er afspejlet i National Care and Treatment Plan (NCTP). Gennemførelse af denne plan vil kræve yderligere 10.000 sundhedsarbejdere. Der er behov for andre 68.000 sundhedsarbejdere for at nå de øvrige 2015-mål inden for sundhed. Den aktuelle arbejdskraft i sundhedssektoren er ca. 43.000 (Hutton 2004:22-23). De økonomiske omkostninger til hiv/aids er blevet revideret fra 60 millioner USD pr. år i 2003 til det seneste NCTP-skøn på 200 millioner USD pr. år. Udgifter til hiv/aids-lægemidler alene vil beløbe sig til ca. halvdelen af det nuværende totale sundhedsbudget i Tanzania. Der er kun indgået få aftaler om midler, men nogle bilaterale donorer og religiøse organisationer er positive, og der forventes betydelige midler fra forskellige globale sundhedsinitiativer – specielt GFATM. Fokus i disse globale sundhedsinitiativer er formelt at forbedre adgangen til ARV. Regeringen selv har allokeret ca. 3 millioner USD pr. år til hiv/aids.

Hovedstriden drejer sig om de "nødvendige betingelser til at absorbere bistanden". Mens IMF hævder, at den i de fleste tilfælde tager hensyn til, at stor vækst i bistanden skal følges op med makro-økonomisk tilpasning, så insisterer fonden også på "at virkningen af store strømme af bistand på konkurrenceevnen og bæredygtigheden af skattepolitik og gæld skal overvejes" (Sachs *et al.* 2004:4). IMF hævder, at det kun i nogle få tilfælde er nødvendigt at sætte et loft over de samlede udgifter, for eksempel hvis lønniveauet er meget højt i forhold til andre lavindkomstlande, eller hvis en hurtig stigning kan forårsage en alvorlig makroøkonomisk destabilisering (s. 5). Men så længe udgiftsloftet holdes, siger IMF, kan regeringerne frit prioritere indenfor det.

UNAIDS opsummerer problemet således: "Regeringerne i lav- og mellemindkomstlande er fanget mellem modsatrettede kræfter. De presses til at begrænse de sociale udgifter for at undgå de skadelige konsekvenser af inflation, men forventes også at se bort fra et sådant pres, for eksempel

når det gælder Global Fund eller andre øremærkede penge. Det er tid til radikalt at gentænke, hvordan man bedst finansierer omfattende hiv-programmer på landeniveau. Internationale finansielle institutioner må skabe mekanismer, som letter landenes betalinger til renter og afdrag på gæld, så de kan bruge flere ressourcer på deres aids-indsats. De kortsigtede inflationseffekter fra de øgede og ekstra ressourcer, som anvendes på at håndtere pandemien, blegner i sammenligning med de langsigtede makro-økonomiske effekter i hårdt ramte lande, som vil blive konsekvensen af en halvhjertet indsats. Aids er en exceptionel sygdom; den kræver en exceptionel indsats” (UNAIDS 2004:145-6).

Organisatorisk kapacitet

I princippet kan de forandringer i den makroøkonomiske politik, som ngo'erne og UNAIDS ønsker, blive indført, hvis der kan opnås enighed med de internationale finansielle institutioner om, hvad der udgør et passende udgiftsniveau mht. 2015 Målene. Indtil nu har IMF været uvillig til at indgå sådanne aftaler.

Behandling af hiv/aids har imidlertid også betydelige konsekvenser for den *organisatoriske kapacitet*. I den bogstavelige tilgang til 2015 Målene kan kapacitet skaffes ved at investere voldsomt i kapacitetsudvikling på alle niveauer. Fortalerne for den symbolske/politiske tilgang til 2015 Målene hævder derimod, at kapacitetsproblemerne *ikke* kan løses på den måde. Hurtige og store kapacitetsforbedringer i én del af sundhedssystemet går ofte ud over kapaciteten i andre dele. Det aktuelle fokus i Danmark på at reducere ventelisterne til visse typer operationer er for eksempel, lykkedes, men patienter, som kræver andre former for behandling, får mindre opmærksomhed.

Kapacitetsproblemerne ved behandling af hiv/aids i sundhedssystemer i lande som Tanzania og Uganda er store. ARV-behandlingen kræver betydelig, livslang medicinsk opmærksomhed for at sikre, at patienterne nøje overholder indtagelse af den ordinerede medicin (95% overholdelse er blevet nævnt). Det er meget mere krævende end for eksempel den relativt simple (en pille pr. dag) og overskuelige (18 måneder) behandling for spedalskhed, som mange afrikanske sundhedssystemer hidtil har haft vanskeligt ved at håndtere.

Svage offentlige sundhedssystemer har derfor behov for mere organisatorisk kapacitet for at udnytte de store stigninger i bistanden til bekæmpelse af hiv/aids. Det er der udbredt enighed om. Mere personale skal ansættes og oplæres (se Box 1). Flere klinikker og laboratorier skal bygges og drives. Lægemidler skal kunne transporteres ud til fjerntliggende behandlingscentre. Administratorer og regnskabsfolk skal ansættes og oplæres. Ledelsen skal styrkes for at drive aktiviteterne effektivt, så den

fremtidige finansiering, som behandlingen afhænger af, sikres. Det kan derfor ikke undre, at alle de globale sundhedsinitiativer, som nævnes i forbindelse med Tanzania, fokuserer på kapacitetsopbygning. Der er imidlertid både finansielle og organisatoriske grunde til at være skeptisk med hensyn til de faktiske resultater.

For det første “er det ved at blive klart, at midler til hiv/aids ikke vil bidrage til en generel kapacitetsudvikling”, men vil føre “til stor ineffektivitet i ressourceallokeringen.” (Hutton 2004:19). For det andet er det sandsynligt, at der kommer betydelige indirekte effekter af den øremærkede finansiering. På trods af de globale sundhedsinitiativers erklæringer om det ønskelige i en integration i de nationale systemer, er det meget tvivlsomt, om dette vil ske. GFATM, for eksempel, er kun et finansieringsorgan. De aktiviteter, den støtter, må derfor gennemføres via eksisterende organisationer (stat, ngo'er, den private sektor). Fokuset på specifikke sygdomme er imidlertid snævert, og de tilførte penge er meget betydelige i forhold til hele sundhedssektorens finansiering. Dertil kommer, at der er behov for specielle arrangementer inden for de nationale sundhedssystemer for at sikre hurtig adgang til ARV. Endelig afhænger finansieringen af, om man kan nå målene indenfor en to-tre års periode, da finansieringen gives på konkurrencebasis for at styrke incitamenterne.

Der er således et pres på de enkelte lande for at opnå hiv/aids-relevante resultater hurtigt. Enhver organisation, som fra starten har lille overskydende kapacitet, vil under pres reagere ved at flytte opmærksomheden over på højt profilerede aktiviteter. Det er et ældgammelt fænomen. Det højtprofilerede fokus på ARV-behandling kan derfor få negative konsekvenser for andre 2015-mål (malaria, tuberkulose, børnedødelighed og gravides sundhed).

Det er selvfølgelig vanskeligt at få specifikke belæg for denne påstand, fordi de globale sundhedsinitiativer kun lige er kommet i gang. Erfaringer fra Ugandas Poverty Alleviation Fund (PAF) illustrerer dog mekanismerne i aktion. PAF er et nøgleinstrument i gennemførelsen af Ugandas fattigdomsbekæmpelse. Midlerne er fra starten i 1997 til 2002 blevet mere end tre gange så store og udgør nu mere end 30% af det totale statsbudget. PAF-pengene har adskillige lighedspunkter med midler fra globale sundhedsinitiativer: De administreres af kommunerne, men er øremærkede til specifikke formål og har specielle afrapporterings- og monitoreringssystemer; og det drejer sig om store og stigende beløb. Der findes heller ikke nogen vurdering af kommunernes kapacitet til at opfylde PAF-kravene. Siden 1997 er der imidlertid udarbejdet årlige vurderinger af kommunernes tilsvarende kapacitet på et andet stort regeringsprogram, District Development Project (DDF). I begyndelsen af 2000 så det ud til, at hele grundlaget for DDP var i fare, fordi kapaciteten hos mange lokale regeringer blev forringet betydeligt ved indførelsen af PAF. Baseret på lokale interviews konkluderer Craig og Porter (2003:64) at PAF-systemet

var begyndt at overvælde DDP-systemet og “producere forkvaklede effekter i den lokale ledelse”.

Den klare lære er, at forbedret præstation i én del af et svagt offentligt system er mulig, men ofte leder til nedgange og svækkelse i andre dele af systemet, som ikke modtager den samme massive politiske og finansielle opmærksomhed. Målene for ARV-behandlingen kan måske nås, men det vil gå ud over andre 2015-mål inden for sundhed. Udviklingsaktiviteter, som ikke bidrager direkte til 2015 Målene, men som alligevel kan være vigtige, vil også blive ramt.

Arbejdsmarkedet

En tredje konsekvens af de globale sundhedsinitiativer har at gøre med deres virkninger på arbejdsmarkedet for sundhedspersonalet. I de fleste lande er der betydelig mangel på personale. En væsentlig forøgelse i finansieringen af hiv/aids-behandlingen vil sandsynligvis få store konsekvenser for fordelingen af sundhedspersonalet.

Det vil ske på mange måder: 1) Geografisk er manglen på arbejdskraft udtalt i de fattige og marginale distrikter i mange lande, mens arbejdsløst personale findes i nogle byer. ARV-behandlingens massive behov for arbejdskraft kan gøre det endnu vanskeligere at få personale i disse områder. 2) Personalet i den offentlige sundhedssektor søger til den private sektor. Med kapacitetsmangel i det statslige sundhedssystem vil det blive nødvendigt at mobilisere ngo'er og den profitdrevne private sektor for at nå de ambitiøse behandlingsmål, som vil tiltrække det dårligere betalte sundhedspersonale fra den offentlige sektor (Action Aid International, Global Aids Alliance *et al.* 2004:21). 3) I de enkelte sundhedsfaciliteter vil personale og udstyr sandsynligvis blive brugt til at udføre de forholdsvist velfinansierede hiv/aids-aktiviteter. Igen er den klare lære, at det hastigt voksende fokus på og finansiering af behandlingen af hiv/aids vil få store konsekvenser for hele sundhedssystemet.

Social og politisk kontekst

Endelig undervurderes de sociale og politiske aspekter af pandemien af det stærke fokus på finansiering og behandling af hiv/aids. Opbygningen af tilstrækkelig kapacitet i de nationale sundhedssystemer er nok en teknisk udfordring, men det er også en politisk og social udfordring. Hvis dét glemmes, vil det skabe store problemer.

Tilhængerne af ARV-behandling understreger altid, at nem adgang til behandling vil tilskynde folk til at blive testet, fordi de nu ved, at de kan blive behandlet. Desuden vil folk som ved, at de er hiv-positive, handle ansvarligt

– dvs. begynde at dyrke sikker sex. Derfor vil adgang til behandling bidrage til at reducere spredningen af hiv/aids. Men tværdisciplinære analyser viser, at sådanne antagelser overhovedet ikke afspejler virkeligheden.

For det første er hiv/aids forbundet med et socialt stigma, som ofte forhindrer politikere og religiøse ledere i åbent at tage fat på emnet, som ambitiøse behandlingsprogrammer kræver for at lykkes. Derudover kan ARV-behandlingen meget vel bidrage til at svække den politiske støtte til en systematisk offentlig indsats for at bekæmpe sygdommen. I Uganda kunne præsidenten smede en koalition sammen bag sin hiv/aids-kampagne i begyndelsen af 1990'erne, fordi viruset stort set er ligeglad med de rige og magtfuldes privilegier. Men med den adgang, rige siden har fået til ARV, kan dette grundlag for en bred koalition i kampen mod hiv/aids blive svækket i fremtiden (Putzel 2004).

For det andet er det ikke sandsynligt, at relationerne mellem kønnene og sexualvanerne ændrer sig væsentligt i løbet af kort tid (Tersbøl og Silberschmidt 2003). Problemerne med at vænne folk til at bruge kondom illustrerer, hvor sammensat dette problem er, ligesom den komplekse overførsel af sygdommen på tværs af forskellige befolkningsgrupper gør det. Adgangen til ARV-behandling kan måske fremme sikker sex, som fortalene hævder, men kan også fremme en risikabel hiv/aids-adfærd, fordi nogle mennesker (fejlagtigt) tror, at de nu kan kureres, hvis de får sygdommen. I hvert fald er ændret adfærd nøglen til at bekæmpe hiv/aids. Som Pritchett and Woolcock (2004) siger: "Hvad enten det handler om 'forebyggelse' eller 'behandling' (der er selvfølgelig behov for begge dele), så passer et systematisk arbejde med stigma, identitet, magt, netværk og slægtsskabssystemer ikke sammen med rutinemæssig og ensartet administration og ledelse. Det kræver tværtimod en masse løbende beslutninger af politikere, embedsmænd, sundhedspersonale og borgere." Vi bør derfor ikke blive overraskede, hvis en tilgang til hiv/aids problemerne ovenfra og ned med *Quick Wins* ikke virker så effektivt, som man kunne håbe på.

2015 Målene: dilemmaer og illusioner

2015 Målene afspejler den måldrevne tilgang til udvikling. Tages den bogstaveligt, kan konsekvenserne blive alvorlige. Målene sættes globalt. Der tromles hen over store forskelle de afrikanske lande imellem. Tidligere erfaringer med udviklingsprogrammer i enkelte lande tillægges ikke stor vægt. 2015 Målene, som verdens ledere blev enige om i 2000, er skoleeksempler på en global målsætning for udvikling, som har konsekvenser i regerings- og ngo-kontorer og i landsbyer over hele verden. Diskursen om 2015 Målene har mange lighedspunkter med tidligere tiders planøkonomidiskussion. På trods af en tilsyneladende rationalitet endte det tit med sørgelige fiaskoer.

I denne artikel er argumentet, at 2015 Målene kan være nyttige, men ikke hvis de tages bogstaveligt, sådan som deres stærkeste fortalere insisterer på at gøre det. Nyttens er især politisk. Målene er et signal om, at der er en afgrund mellem de – menneskeligt set – beskedne 2015-mål og de forhold, som en meget stor del af verdens befolkning lever under. 2015 Målene kan også tjene det nyttige formål at være med til at holde verdens ledere fast på løfterne fra 2000. Kan ambitiøse globale standarder hjælpe med til at mobilisere de ideer, metoder, diskussioner og ressourcer, som er nødvendige for at gøre noget konkret og effektivt for at nå målene, er det selvfølgelig også godt.

Desværre hjælper den type af argumenter, som Sachs (og gennem ham store dele af FN-systemet) anvender, ikke særligt meget, fordi han overser en række institutionelle, politiske og sociale problemer og forveksler det ønskelige med det mulige. Og desværre har 2015 Målene endnu ikke haft nogen væsentlig effekt på bistanden til Afrika. 2005 er proklameret til at være afgørende for om dette ændres (Se artiklen af Grosen *et al.*).

De institutionelle konsekvenser af hiv/aids-målet viser imidlertid nogle af de dilemmaer og illusioner, som en bogstavelig tilgang til målene kan have. De er ikke enestående, men typiske for mange af de andre 2015-mål.

For det første kræves en vanskelig afbalancering af makroøkonomiske hensyn og indsatsen for at nå 2015 Målene. Man kan ikke bare afvise IMF's insisteren på, at makroøkonomiske spørgsmål også kan være vigtige. Denne afvejning er måske ikke et generelt problem, fordi bistanden til mange afrikanske lande er relativt beskedne. Undtagelserne er, ironisk nok, 2015 Målenes potentielle hurtigløbere (Ghana, Uganda, Tanzania og Mozambique, for eksempel). På sektorniveau er afvejningen særlig vanskelig under hensyn til de store midler, som stilles til rådighed på grund af den intense globale interesse, som knytter sig til pandemien. Det kræver en afvejning mellem hiv/aids-aktiviteter og makroøkonomiske mål. Det konkrete valg er lige så meget et politisk spørgsmål (som nogle ngo'er hævder) som et teknisk spørgsmål (som IMF præsenterer det). Selv om den IMF-holdning, der refereres i denne artikel, forekommer for stiv, er dilemmaet reelt nok – specielt hvis hele spektret af 2015-mål inddrages.

For det andet er der et åbenlyst dilemma i valget mellem kortsigtede og langsigtede resultater. For tilhængerne af en massiv indsats for at behandle hiv/aids handler det om liv eller død. Det berettiger ikke til bekymringer om mulige makroøkonomiske eller institutionelle kapacitetskonsekvenser. ARV's potentialer til at redde liv kan imidlertid meget vel vise sig at være illusoriske: "Med den nuværende planlagte behandlingsdækning forudser vi (i løbet af det næste tiår) ... at effekten af ARV på en reduktion af hiv-overførsel (og udbredelse) i Afrika sandsynligvis ikke vil kunne spores (med mindre den følges af væsentlige ændringer i adfærden)" (Blower, *et al.* 2005:2).

Andre skeptiske iagttagere hævder, at det “stadig er uklart om der burde gives højere prioritet til at kontrollere en specifik sygdom, som for eksempel malaria eller hiv/aids, eller til en pakke af prioriterede sundhedsydelse, og beslutningen vil i væsentlig grad afhænge af den totale mængde af finansiering der er til rådighed. Det kan imidlertid ikke understreges nok, at disse muligheder ikke er helt uafhængige – både malaria- og hiv/aids-kontrol kræver et betydeligt stærkere sundhedssystem for at lykkes” (Mills and Shillcutt 2004:7). Forfatterne fremlagde deres vurderinger for *Copenhagen Consensus* konferencen, der endte med at udpege hiv/aids som en vigtig global prioritet. Det ser ud til, at de citerede forfatters højst forsigtige og kvalificerede støtte til hiv/aids initiativer er blevet overset.

Det er en konklusion, som både støttes af vores viden om og erfaringer med institutionel udvikling, og af den analytiske litteratur om pandemien, som refereres i denne artikel. Styrkelse af det nationale sundhedssystem er en helt nødvendig betingelse for en succesrig kamp mod hiv/aids. Der er sjældent genveje til fremskridt, hvis manglen på institutionel og organisatorisk kapacitet er stor.

For mange kan denne konklusion forekomme for pessimistisk og for ufølsom over for hiv/aids-tragedien, som rammer så mange mennesker i Afrika. Som sagt er “aids er en exceptionel sygdom, den kræver en exceptionel reaktion”. Konklusionen om det centrale i stærkere nationale sundhedssystemer er ikke et argument for at tage det roligt. Behovet for at opbygge kapacitet, autonomi og ansvarlighed i nationale sundhedssystemer er oplagt. Hvad bør strategien være? Her er et oplæg til en skitse:

1. At nå alle sundhedsrelaterede 2015-mål kræver flere forudsigelige og bedre koordinerede penge til en bredere vifte af sundhedsrelaterede aktiviteter end dem, der i øjeblikket begunstiges gennem de globale sundhedsinitiativer. Uddannelse og oplæring af sundhedspersonale er især vigtig. Udfordringen er at opbygge kapacitet i hele sundhedssektoren. Kampen mod hiv/aids bør bruges som en løftstang for forbedringer i sundhedssystemerne som helhed.
2. Der er behov for landespecifikke 2015-mål. De globale mål er problematiske som basis for handling i specifikke lande og sektorer. De vil forvride allokeringen af ressourcer og motivationen hos dem, der skal gennemføre de planlagte aktiviteter. Fattige lande vil blive syndebukke når de drømmeagtige 2015-mål ikke nås – specielt i Afrika, som mange allerede betragter som et håbløst kontinent.
3. Der er behov for etiske regler for de globale sundhedsinitiativer. Reglerne bør sikre, at deres aktiviteter – samtidig med en styrkelse af hiv/aids-aktiviteterne – bidrager til at styrke det nationale sundhedssystem.

I juni 2004 modtog ca. 150.000 mennesker behandling mod hiv/aids i Afrika – kun 4% af de 3,8 millioner mennesker på kontinentet, der har behov for behandling (WHO 2004, tabel 1). WHO planlægger, at 220.000 personer er i behandling om et år i bare ét af de berørte lande, Tanzania. Det er tragisk, at dette sandsynligvis ikke vil ske, med mindre der sker et mirakel. Vi kan gøre det meget bedre end blot at håbe på mirakler.

Dette er en revideret og kortere version af et papir som blev præsenteret på en GEPPA medlemsworkshop den 11. januar 2005. En engelsk version med detaljerede referencer vil blive publiceret som et DIIS Working Paper. Tak til Finn Schleimann og Margrethe Silberschmidt for nyttige kommentarer. Tibageblevne fejl er jeg ansvarlig for.

Ole Therkildsen, Master of Policy Analysis and Regional Planning (USA), seniorforsker, DIIS

Referencer

Action Aid International, Global Aids Alliance, et al. 2004. *Blocking progress: how the fight against hiv/aids is being undermined by the World Bank and the International Monetary Fund*. Policy briefing. September 2004. 26p. <http://www.actionaidusa.org/blockingprogress.pdf>, 18/05/2005

Blower, S., E. Bodine, et al. 2005. The antiretroviral rollout and drug-resistant HIV in Africa: insights from empirical data and theoretical models. *AIDS. The Official Journal of the International AIDS Society*, vol. 19, no. 1: 1-14.

Clemens, M. A., C. Kenny, et al. 2004. *The trouble with the MDGs: confronting expectations of aid and development success*. Working paper. Washington: Center for Global Development. 45p. http://www.cgdev.org/docs/cgd_wp040Rev3_1.pdf, 18/05/2005

Craig, G. and D. Porter. 2003. Poverty reduction strategy papers: a new convergence. *World Development*, vol. 31, no. 1: 53-69.

Hutton, G. 2004. *Global Health Initiatives in hiv/aids in Tanzania: situation analysis and review of key issues*. A briefing paper established in the frame of the SDC-STI SWAp Mandate 2003-4. Swiss Tropical Institute July 2004. 31p. <http://www.sti.ch/pdfs/swap391.pdf>, 18/05/2005

IMF. 2004. *A response to ActionAid International and other organizations*. Washington DC: IMF. 8p. <http://www.actionaidusa.org/pdf/Blocking%20Progress%20-%20IMF%20Response.pdf>, 18/05/2005

Kenny, C. 2005. Why are we worried about income? Nearly everything that matters is converging. *World Development*, vol. 33, no.1: 1-19.

Millennium Project .2005. *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals. Overview*. Report to the UN Secretary-

General. New York: UNDP. 74p. <http://www.unmillenniumproject.org/documents/overviewEngLowRes.pdf>, 18/05/2005

Mills, A. and S. Shillcutt .2004. *Challenge paper on communicable diseases*. Copenhagen: Copenhagen Consensus. 67p. http://www.copenhagenconsensus.com/files/filer/cc/papers/communicable_diseases_160404.pdf, 18/05/2005

Pritchett, L. and M. Woolcock 2004. Solutions when the solution is the problem: arraying the disarray in development. *World Development*, vol. 32, no. 2: 191-212.

Putzel, J. 2004. The politics of action on AIDS: a case study of Uganda. *Public Administration and Development*, vol. 24, no.1: 19-30.

Sachs, J. D., J. W. McArthur, et al. 2004. *Ending Africa's poverty trap*. 81p. [http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/STP/Background%20STP/BPEA%20Ending%20Africa's%20Poverty%20Trap%20\(April%2029\).pdf](http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/STP/Background%20STP/BPEA%20Ending%20Africa's%20Poverty%20Trap%20(April%2029).pdf), 18/05/2005

Tersbøl, B. P. and M. Silberschmidt. 2003. Epilogue 2003. hiv/aids treatment and prevention: which way now? A glance of the current situation. In B. P. Tersbøl, ed. *Gender, sexuality and hiv/aids*. Copenhagen, Københavns Universitet: 194-204.

UNAIDS. 2004. *2004 Report on the global AIDS epidemic*. New York: UNAIDS. http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf/UNAIDSGlobal-Report2004_en.pdf, 18/05/2005

WHO. 2004. *Investing in a comprehensive health sector response to hiv/aids: scaling up treatment and accelerating prevention*. Geneva: World Health Organisation. 72p. http://www.who.int/3by5/en/HIV_AIDSplan.pdf, 18/05/2005