

АФРИКА: РЕАЛИЗАЦИЯ «ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ»

И.Б. МАЦЕНКО

Кандидат экономических наук
Институт Африки РАН

Ключевые слова: Африка, «Цели развития тысячелетия», детская и материнская смертность, болезни, доступ к воде, глобальное партнерство

Все «Цели развития тысячелетия» (ЦРТ) в той или иной мере относятся к здоровью человека, в т.ч. женщин и детей, однако три из них специально посвящены наиболее острым и актуальным проблемам в этой сфере - сокращению за период 1990-2015 гг. на две трети детской смертности, на три четверти материнской смертности и борьбе с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими инфекционными заболеваниями.

СКОЛЬКО ДЕТЕЙ В АФРИКЕ НЕ ДОЖИВАЮТ ДО ПЯТИ ЛЕТ?

В сокращении детской смертности во всех странах мира в последние два десятилетия отмечается устойчивый прогресс. Смертность среди детей в возрасте до пяти лет в развивающихся странах снизилась на треть: с 99 на 1000 живорождений в 1990 г. до 66 в 2009 г., что является существенным улучшением, хотя и недостаточным для достижения ЦРТ, предусматривающей сокращение детской смертности на две трети¹.

Во всех регионах, за исключением Африки южнее Сахары (АЮС), Южной Азии и Океании, этот показатель снизился на 50% и более. Наибольшего успеха добились Северная Африка и Восточная Азия, где смертность среди детей в возрасте до пяти лет уменьшилась на 68 и 58%, соответственно².

Наибольшие коэффициенты детской смертности по-прежнему отмечаются в странах АЮС, где в возрасте до пяти лет умирает каждый восьмой-девятый ребенок (121 смерть на 1000 живорождений), что вдвое выше среднего уровня для развивающихся регионов и примерно в 18 раз выше среднего показателя для развитых стран. На этот регион, где проживает всего 12,5% мирового населения, приходится половина всех случаев смертности в мире среди детей данной возрастной группы (3,7 млн в год), при этом в значительном числе стран региона пока не прослеживается тенденция к ее сокращению³. Основными причинами смерти детей в возрасте до пяти лет являются такие заболевания, как пневмония, диарея и малярия, а также хроническое недоедание.

Из 26 стран мира с показателем смертности среди детей в возрасте до пяти лет, превышающем 100 случаев на 1000 живорождений, все, за исключением Афганистана и Гаити, расположены в субсахарской части Африканского континента. Самый высокий уровень смертности в 2010 г. был зафиксирован в странах Западной и Центральной Африки, где погибал каждый седьмой ребенок в возрасте до пяти лет (143 смерти на 1000 рождений)⁴. Хотя в целом коэффициент детской смертности в возрастной группе до пяти лет с 1990 г. в странах АЮС снизился на 28%, этого сокращения явно недостаточно для выполнения данной ЦРТ⁵.

В то же время наблюдаются и существенные положительные

сдвиги. По официальным данным, четыре из десяти стран, где снижение уровня детской смертности за период 1990-2009 гг. составило более 50%, находятся в Африке южнее Сахары (это - Малави, Мадагаскар, Эритрея и Эфиопия). Кроме того, к этому же региону относятся и пять из шести стран (Нигер, Малави, Мадагаскар, Либерия и Сьерра-Леоне), где коэффициент смертности снизился за тот же период более чем на 100 случаев на 1000 рождений. Обращает на себя внимание парадоксальный факт, что детская смертность снижалась быстрее всего отнюдь не в богатых и благополучных странах, а, напротив, в очень бедных, таких, как Нигер, Малави, Либерия и Сьерра-Леоне. Можно согласиться с мнением одного из участников 15-го саммита Африканского Союза (АС), посвященного вопросам материнского и детского здоровья в Африке (Кампала, июль 2010 г.), советника международной организации «Спасите детей» нигерийца Ч.Аньянву, что «дело здесь не в ресурсах, а в политической воле». Доступ к базовым услугам в сфере здравоохранения, считает он, мог бы предотвратить многие случаи детской и материнской смертности на континенте⁶.

В Малави, например, по данным Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), уровень смертности детей в возрасте до пяти лет упал с 222 на 1000 рождений в 1990 г. до 92 в 2010 г., а младенческая смертность (в возрасте до одного года) - с 131 до 58 за тот же период⁷. В стране успешно бы-

¹ Окончание. Начало см.: Азия и Африка сегодня. 2012, № 8, 9.

ли применены инновационные и эффективные способы предоставления первичной медико-санитарной помощи, прежде всего женщинам и детям, проживающим в сельских районах. За короткий срок (всего три месяца) были подготовлены несколько тысяч сельских медицинских работников-волонтеров из числа выпускников средней школы. В рамках проекта «*Bike Town Africa*», финансируемого канадской благотворительной организацией, им были бесплатно предоставлены велосипеды для доставки в отдаленные районы, - с целью проведения там диагностики и вакцинации детей, распределения противомоскитных сеток, раздачи лекарственных препаратов и т.п. Это позволило сразу же увеличить охват населения в три раза.

Успешное решение проблемы сокращения детской смертности в условиях Африки требует повсеместной организации первичной медико-санитарной помощи, в т.ч. в отдаленных и труднодоступных районах, использования недорогих, но эффективных средств защиты и предотвращения заболеваний, в частности обеспечения дородового и послеродового наблюдения, расширения охвата иммунизацией и вакцинацией детей, применения необходимых лекарственных препаратов для профилактики и лечения детских болезней и др. Для Африки именно этот путь расширения медицинского обслуживания и приближения его к большинству населения, прежде всего бедным слоям, представляется наиболее эффективным и перспективным⁸.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Из всех ЦРТ наименее вероятно достижение к намеченному сроку цели по улучшению охраны материнства, а именно снижению в период с 1990 по 2015 гг. показателей материнской смертности на три четверти. Более полутора миллиона женщин умирают в мире каждый год от поддающихся лечению осложнений при беременности и родах, из них 99% смертей приходится на развивающиеся страны. Ситуация в странах АЮС - самая удручающая.

Здесь наиболее высокий в мире уровень материнской смертности (640 человек на каждые 100 тыс. живорождений), более чем вдвое превышающий показатель по всем развивающимся странам (290 человек)⁹. При этом его снижение происходит медленнее, чем где-либо (только на одну четверть по сравнению с 1990 г.), а в немалом числе стран (Буркина Фасо, Бурунди, ЦАР, Чад, ДРК, Мали, Нигер, Нигерия и др.) материнская смертность продолжает расти.

Более половины всех материнских смертей на планете приходится на страны АЮС, где «лидируют» по данному показателю (более 1000 человек на 100 тыс. рождений) Сомали, Чад и Гвинея-Бисау¹⁰. Самыми распространенными причинами материнской смертности в африканских странах являются потеря крови при родах, повышенное давление, а также малярия, ВИЧ/СПИД и сердечно-сосудистые заболевания.

С 1990 г. ситуация несколько улучшилась в центральных и восточных районах Африки южнее Сахары, но на юге и западе континента прогресс затормозился вследствие высокой смертности беременных женщин в результате заражения ВИЧ. В Южной Африке, например, даже наблюдался ее рост более, чем вдвое. В целом же страны АЮС добились снижения с 1990 г. материнской смертности лишь на 3,3%, что очень далеко от достижения данной задачи ЦРТ. По мнению экспертов ООН, до тех пор, пока правительства африканских стран не начнут уделять охране материнского здоровья приоритетное внимание в своей повестке дня в области здравоохранения, показатели материнской смертности в Африке будут оставаться самыми высокими в мире¹¹.

Что касается задачи обеспечения к 2015 г. всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, то улучшения в этой области наблюдаются во всех регионах, хотя и с разной скоростью. В АЮС, например, в период с 1990 по 2009 гг. количество женщин, получивших хотя бы одну медицинскую консультацию во время беременности, увеличилось с 68 до 78%. Вместе с тем, сохраняется разрыв в данном вопросе в зависимости от матери-

ального положения женщины (в городе качество медицинских услуг на порядок лучше, чем в деревне), хотя он и сократился после 1990 г.

«БОЛЬШАЯ ТРОЙКА БОЛЕЗНЕЙ» В АФРИКЕ

Широкое распространение инфекционных и паразитарных болезней в Африке наряду с медленным прогрессом в борьбе с ними является главным препятствием на пути социального и гуманитарного развития стран региона, чреватым серьезными негативными последствиями для физического состояния и жизни людей. В Африке южнее Сахары только ВИЧ/СПИД, малярия и туберкулез, известные как «большая тройка болезней», уносят ежегодно, по оценкам, около 3 млн человеческих жизней.

Настоящим бедствием для Африки стала пандемия СПИДа («чума XX века»). Можно без преувеличения квалифицировать ее как катастрофу наряду с наводнениями, засухами и голодом. По состоянию на 2010 г., в мире насчитывалось около 34 млн ВИЧ-инфицированных, из них более двух третей проживали в странах АЮС. Почти три четверти смертей, связанных со СПИДом, также приходились на этот регион. Хотя высокие темпы распространения ВИЧ/СПИДа и роста смертности от этой болезни в последние годы начали снижаться, масштабы этой проблемы по-прежнему наиболее велики в Африке южнее Сахары, где в 2010 г. было зарегистрировано 1,8 млн новых случаев заражения ВИЧ (70% от общего числа в мире)¹².

Характерно, что в странах региона почти 60% взрослых, живущих с ВИЧ, составляют женщины, при этом доля женщин среди ВИЧ-инфицированной молодежи (в возрасте 15-24 лет) достигает 72%, что свидетельствует о феминизации болезни. Не менее острой является проблема осиротевших детей из-за смерти родителей от СПИДа. Так, по данным за 2010 г., примерно 16,6 млн детей потеряли обоих родителей, зараженных СПИДом, из них почти 15 млн проживают в странах АЮС¹³.

Несмотря на такие ошеломляющие цифры, благодаря меди-

цинским разработкам и их превращению в жизнь в последние годы удалось добиться положительных перемен в борьбе со СПИДом. Речь идет об улучшении профилактических программ и внедрении антиретровирусного лечения, в результате чего число людей, недавно зараженных ВИЧ, а также умирающих от СПИДа, начало снижаться. Так, в 22 странах АЮС заболеваемость ВИЧ уменьшилась с 2001 по 2009 гг. более, чем на четверть. Кроме того, заметно снизились заболеваемость и смертность от СПИДа среди детей в возрасте до 15 лет: на 32% сократилось число новых случаев заражения и на 26% - число смертей. В 2010 г. 37% взрослых и детей, имеющих показания для прохождения антиретровирусной терапии, получали необходимое лечение, по сравнению лишь с 2% за семь лет до этого. При этом существуют большие различия по странам: 50% и выше - в Ботсване, Намибии и Уганде и менее 10% охвата - в Анголе, Мозамбике, Зимбабве, Конго и других странах.

Вместе с тем, хотя доступ к антиретровирусной терапии и усилия по предотвращению заболеваемости приносят свои плоды, общее число ВИЧ-инфицированных в Африке южнее Сахары остается высоким - 22,5 млн человек¹⁴. До сих пор две трети африканцев, зараженных ВИЧ и остро нуждающихся в лечении, не имеют доступа к соответствующей терапии. Из-за масштабов пандемии СПИДа потребность в лечении далеко опережает наличие антиретровирусных средств. Достаточно сказать, что на каждого человека, начинающего курс соответствующей терапии, приходится шесть вновь инфицированных. В Африке не хватает медицинского персонала, финансовых ресурсов, оборудования и лекарств, необходимых для предупреждения и лечения этой страшной болезни. Требуется объединение всех усилий на национальном и международном уровнях, активное взаимодействие мирового сообщества с правительствами, частным сектором и гражданским обществом африканских стран.

Из традиционных тропических болезней, широко распространенных в Африке, наибольшую

опасность представляет малярия, уносящая каждую минуту жизнь одного ребенка. По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2010 г. в мире было зарегистрировано 655 тыс. случаев смерти от малярии (по сравнению с 985 тыс. в 2000 г.). При этом 90% всех смертей от малярии по-прежнему приходится на страны АЮС, и в большинстве случаев жертвами становятся дети в возрасте до пяти лет: именно малярия считается главной причиной детской смертности в регионе. Что касается заболеваемости малярией, то из 216 млн случаев этого заболевания, зафиксированных в 2010 г., 80% приходилось на страны АЮС, среди которых наиболее пострадавшими были Нигерия, ДРК и Буркина-Фасо¹⁵.

По данным «Всемирного доклада о малярии, 2011», начиная с 2000 г. показатели смертности от малярии снизились более чем на 25% на глобальном уровне и на 33% - в Африке. При этом в 11 африканских странах (Алжир, Ботсвана, Замбия, Кабо-Верде, Мадагаскар, Намибия, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд, Эритрея и Южная Африка) зафиксировано снижение более чем на 50% числа заболеваний малярией и смертей от нее¹⁶. Во всех странах такой прогресс связан с проведением в последнее десятилетие активных мер по профилактике малярии и борьбе с ней, включая широкое использование инсектицидных противомоскитных сеток, улучшенную диагностику и расширение доступа к эффективным лекарствам для лечения болезни. В целом, несмотря на снижение за последнее десятилетие показателей заболеваемости и смертности от малярии, они тем не менее остаются чрезмерно высокими для болезни, которая полностью предотвратима и излечима.

Спустя более века со времени открытия Р.Кохом возбудителя туберкулеза и полувека применения действенных препаратов эта болезнь, ушедшая в прошлое в промышленно развитых странах, все еще является бичом огромной



Вакцинация детей.

массы населения африканских стран. Более того, в последние годы наблюдается новый всплеск этого заболевания в регионе. Дело в том, что ВИЧ/СПИД, ослабляя иммунитет человеческого организма, провоцирует распространение туберкулеза и делает его более трудноизлечимым.

Число заболеваний туберкулезом, как и смертей от него, снижается во всех регионах, кроме Африки южнее Сахары. Нигде в мире нет такого высокого уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза, как в этом регионе, при этом только здесь все еще сохраняется тенденция к его росту. Так, за последние 20 лет заболеваемость туберкулезом в странах АЮС увеличилась с 300 до 490 случаев, а смертность от него - с 32 до 53 на 100 тыс. человек. (Для сравнения: в Северной Африке коэффициенты заболеваемости и смертности от туберкулеза составляют всего 27 и 2,4 соответственно¹⁷.) В сочетании со СПИДом туберкулез вызывает огромные физические, а также материальные потери, приводя к сокращению доходов и обнищанию заболевших и членов их семей, что в свою очередь усиливает бедность и замедляет экономический рост, особенно в странах Южной Африки, ставших эпицентром двойной эпидемии.

В целом, несмотря на активизацию усилий мирового сообщества и самих африканских стран по борьбе с инфекционными заболеваниями в последнее десятилетие, при сохранении существующих тенденций странам Африки южнее Сахары не удастся достичь глобальной задачи в рамках ЦРТ - «остановить к 2015 г. распростра-

нение ВИЧ/СПИДа, малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости».

Бремя инфекционных болезней в Африке настолько велико, что 72% смертей в регионе, по оценке ВОЗ, вызваны наряду с осложнениями во время беременности и родов именно этими болезнями, а не хроническими и не инфекционными заболеваниями, как это имеет место в других регионах. И дело здесь не только и не столько в недостатке финансовых ресурсов, необходимых для проведения соответствующих мероприятий в этой области, сколько в социальной обусловленности, тесно связанной с такими факторами, как недоедание и голод, антисанитария, невежество и нищета, т.е. условиями жизни на более бедных слоях населения.

ДОСТУП К ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ И САНИТАРИИ

На сегодняшний день около 1,1 млрд человек в развивающихся странах не имеют адекватного доступа к воде, а у 2,6 млрд отсутствует элементарная канализация. Причина этого, по мнению

ническими средствами. При этом разрыв между городским и сельским населением в этой области огромен (более чем в 2 раза)¹⁸.

Нехватка воды и широкое использование небезопасных источников наряду с отсутствием элементарной канализации служат главной причиной массового распространения инфекционных заболеваний, прежде всего желудочно-кишечных и паразитарных, нередко ведущих к утрате трудоспособности и высокой смертности, особенно детской. Каждый год во всем мире из-за загрязненной воды и отсутствия канализации умирает около 2 млн детей, и эта цифра затмевает число жертв от насильственных действий (войн, терроризма и т.п.). Как отмечается в «Докладе о развитии человека за 2006 г.», лишение доступа к воде, как и голод - это безмолвный кризис, переживаемый бедняками и обрекающий их на еще большую нищету, неравенство и уязвимость¹⁹.

Несмотря на глобальный характер проблемы обеспечения водой и канализацией, она не занимает сколько-нибудь видного места в международной повестке дня в отличие, к примеру, от мощной реакции мирового сообщества на пандемию ВИЧ/СПИДа или проблему «Образование для всех». Тем не менее, она является одной из задач ЦРТ, предусматривающей сокращение к 2015 г. вдвое доли населения, не имеющего постоянного доступа к чистой питьевой воде и основным санитарно-тех-

ническим средствам. По существующим прогнозам, при нынешних темпах развития Африка южнее Сахары сможет достичь поставленных целей по воде лишь к 2040 г., а по канализации - к 2076 г.²⁰ Совсем иная картина наблюдается в Северной Африке, которая уже в 2010 г. вышла на уровень целевого показателя по обеспечению населения безопасной питьевой водой и санитарно-техническими средствами.

Что касается улучшения жизни обитателей трущоб в развивающихся странах, то за последние 20 лет доля городского населения, проживающего в них, сократилась с 46 до 33%. Самый высокий показатель распространенности городских трущоб среди развивающихся регионов наблюдается в странах АЮС (62% в 2010 г.), хотя он и сократился с 1990 г. (70%). Особо сложная ситуация в странах Африки, затронутых конфликтами, - там доля городского населения, проживающего в трущобах, увеличилась в период с 1990 по 2010 гг. с 64 до 77%²¹. Для улучшения условий жизни беднейших слоев населения, количество которых во всех городах развивающегося мира продолжает расти, необходимы разработка долгосрочной и более реалистичной программы, выходящей за рамки данной задачи ЦРТ, и серьезные усилия со стороны государства.

ГЛОБАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ: ОБЕЩАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ

Последняя, восьмая ЦРТ состоит в формировании глобального партнерства в целях развития. По сути, это - не цель (в отличие от первых семи), а инструмент достижения ЦРТ, поскольку без содействия развитых стран путем укрепления глобального партнерства в рамках международного сотрудничества эти цели не могут быть достигнуты. Хотя основное бремя ответственности за достижение ЦРТ лежит на развивающихся странах, международная поддержка и помощь со стороны развитых стран имеют исключительно важное значение, в особенности для беднейших стран. Конкретные задачи в рамках цели по установлению гло-



Водонос.

специалистов Программы развития ООН (ПРООН), кроется не в физическом отсутствии воды, а в слабости государственной власти, бедности и неравенстве. Показатели охвата населения безопасной питьевой водой и канализацией ниже всего в Африке южнее Сахары. Так, по данным ООН, более 40% населения этого региона лишены доступа к чистой питьевой воде, а около 70% не имеют возможности пользоваться элементарными санитарно-тех-



Для питья многие африканцы используют, как и прежде, речную воду.

бального партнерства включают увеличение официальной помощи в целях развития (ОПР), доступ на рынки развитых стран и облегчение долгового бремени.

По мнению российского исследователя Г.Е.Рощина, ОПР является самой важной составляющей финансовых ресурсов, поступающих в страны Африки южнее Сахары из-за рубежа²². В 2010 г. чистый объем ОПР всем развивающимся странам достиг самого высокого уровня за всю историю - почти \$130 млрд, что составляет 0,32% валового национального дохода (ВНД) развитых стран²³. Тем не менее, размеры помощи отстают от взятых в 2005 г. на саммите стран «Группы восьми» (Глениглс) обязательств по увеличению к 2010 г. ОПР на \$50 млрд, в т.ч. странам Африки - на \$25 млрд. По состоянию на 2010 г., общий дефицит составил \$21 млрд, что сказалось, прежде всего, на помощи странам Африки, которые недополучили \$18 млрд. Предполагается, что регион в целом сможет получить не более \$11 млрд из дополнительных \$25 млрд, обещанных в Глениглсе. Налицо явное невыполнение в полном объеме обязательств некоторыми странами-донорами, большая часть помощи которых как раз предназначалась странам Африки. Если бы эти обязательства были выполнены, помощь африканским странам на сегодняшний день составила бы почти \$64 млрд вместо \$46 млрд (в текущих ценах)²⁴.

Что касается наименее развитых стран (НРС), то они получают около трети общего объема помощи стран-доноров. По последним данным, в 2009 г. страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) предоставили НРС в виде ОПР \$37,6 млрд, что составляет 0,1% их совокупного ВНД, а это намного ниже целевого показателя ООН в 0,15-0,20%, установленного для этих стран. В абсолютных величинах дефицит составляет от \$21 до \$40 млрд²⁵.

В целом же ОПР, как и прежде

де, сконцентрирована в очень ограниченном числе стран. На долю 10-ти крупнейших получателей помощи, поступающей по каналам Комитета содействия развитию ОЭСР (КСР), приходится около четверти ее общего объема, а на долю 20-ти - 38%. В то же время многие страны не получают ее даже в минимально необходимом объеме. Крупнейшими получателями ОПР в Африке южнее Сахары являются Эфиопия, Танзания, Кот-д'Ивуар, ДРК, Судан, Мозамбик, Уганда, Кения, Нигерия, Гана и Замбия²⁶.

Вызывают тревогу и перспективы ОПР. Так, согласно недавнему обзору ОЭСР, из-за введенных в ряде стран-доноров финансовых ограничений ожидается резкое замедление в 2011-2013 гг. темпов роста объема ОПР развивающимся странам, в том числе странам Африки - до 1% в год по сравнению с 13%-ным ростом в предыдущие три года²⁷. Пока неясно, как это согласуется с обещаниями, данными на последнем саммите ООН по выполнению ЦРТ (сентябрь 2010 г.) повысить к 2015 г. уровень помощи до установленного ООН показателя в 0,7% от ВНД.

В Декларации тысячелетия ООН (2000 г.) содержится призыв к формированию «открытой, справедливой, регулируемой, предсказуемой и недискриминационной многосторонней торговой и финансовой системы»²⁸. Дохийский раунд переговоров Всемирной торговой организации (ВТО), начатый в 2001 г., главным образом для достижения этой цели, в настоящее время зашел в тупик из-за серьезных разногласий по ряду позиций и, по мнению аналитиков ООН, находится на грани краха, что ставит под сомнение приверженность мирового сообщества идеям многосторонней системы.

В целом ситуация в области международной торговли, особенно в отношении доступа развивающихся стран к рынкам развитых стран, выглядит следующим образом. В настоящее время значительная доля экспорта из развивающихся стран (около 80%) импортируется развитыми странами на беспощинной основе, что отражает общую либерализацию мировой торговли. Однако в силу того, что 20% объема экспорта по-прежнему облагают-

ся пошлинами и с 2005 г. тарифы на экспорт из развивающихся стран почти не снижались, на пути этого экспорта сохраняются серьезные препятствия. К тому же, для НРС, большая часть которых находится в Африке, ситуация с экспортом не менялась в лучшую сторону с 2004 г., за исключением некоторых сельскохозяйственных товаров²⁹.

По-прежнему тарифы на товары, имеющие для развивающихся стран стратегическое значение, такие как текстиль и сельскохозяйственная продукция, остаются высокими, в то время как развитые страны предоставляют огромные субсидии своим сельским производителям. Богатые страны тратят на субсидирование своего сельского хозяйства в три раза больше, чем на ОПР всем развивающимся странам (по последним данным, объем сельскохозяйственных субсидий стран-членов ОЭСР в 2010 г. составил \$366 млрд, или 0,85% их совокупного ВВП)³⁰. О какой справедливой и недискриминационной многосторонней торговле в таких условиях может идти речь? Ведь сельскохозяйственные субсидии местным производителям в развитых странах крайне негативно влияют на производство и торговлю в развивающихся странах, включая НРС, ограничивая их доступ на мировые рынки, лишая доходов местных фермеров и сокращая их производство, что, в конечном счете, пагубно сказывается на продовольственной безопасности этих стран. Для достижения поставленной в ЦРТ задачи обеспечения доступа на рынки развитых стран и успешного завершения Дохийского раунда ВТО необходимо устранение всех барьеров на пути экспорта товаров из развивающихся стран, включая снижение таможенных пошлин и сокращение субсидий сельскохозяйственным производителям развитых стран, а для этого требуется, прежде всего, политическая воля.

Бремя внешнего долга снижает платежеспособность государства, тормозит его экономический рост и сковывает усилия, направленные на сокращение бедности. Как показал опыт 2000-х гг., улучшение управления долговыми обязательствами, развитие торговли и значитель-

* Напомним, что целевой показатель ООН по ОПР установлен в размере 0,7% от ВНД развитых стран. На сегодняшний день лишь пять стран-доноров достигли или превысили этот уровень: Дания, Люксембург, Нидерланды, Норвегия и Швеция.

ные списания внешней задолженности, особенно для беднейших стран, способствовали уменьшению бремени регулярных выплат в счет погашения внешнего долга.

Ключевым показателем приемлемого уровня задолженности, поставленного в качестве задачи ЦРТ по глобальному партнерству, является отношение платежей по обслуживанию внешнего долга к поступлениям от экспорта. Согласно последним оценкам, в 2010 г. это отношение снизилось до докризисного уровня практически повсеместно, что в немалой степени было связано с общим улучшением ситуации в области экспорта. Так, в странах АЮС коэффициент обслуживания долга сократился с 9,4% в 2000 г. до менее 3% в 2010 г.³¹ Хуже положение в НРС и малых островных развивающихся государствах, где этот показатель либо вырос, либо сократился незначительно.

К настоящему времени из 40 стран, имеющих право на облегчение долгового бремени в рамках Инициативы в отношении бедных стран с высоким уровнем задолженности (*HIPC - Heavily Indebted Poor Countries*), 36 стран достигли момента принятия решения, и их будущие выплаты по внешним долгам сократились на \$59 млрд. 32 из этих 36 стран (в т.ч. 26 африканских)*, достигшие момента завершения процесса, получили дополнительное списание долгов в размере \$30 млрд в рамках Многосторонней инициативы по облегчению долгового бремени (*MDRI - Multilateral Debt Relief Initiative*). Четыре страны АЮС (Гвинея, Коморские острова, Кот-д'Ивуар и Чад) находятся на промежуточном этапе между моментами принятия решения и завершения, а еще три (Сомали, Судан и Эритрея) - на этапе, предшествующем подключению к инициативе НРС. Обе инициативы имеют целью направление высвобождаемых средств на решение насущных задач в рамках ЦРТ, в частности на борьбу с бедностью, голодом и безработицей,

развитие социальной инфраструктуры и т.д.³²

Облегчение долгового бремени уже позволило некоторым странам увеличить расходы на здравоохранение, образование и другие социальные услуги. Так, например, министерство здравоохранения Бурунди в 2005-2007 гг. увеличило свой бюджет в 4 раза, успешно воспользовавшись средствами, которые стали доступны в результате списания задолженности в рамках НРС, а в Замбии в 2006 г. была введена бесплатная медицинская помощь для жителей сельских районов³³.

Вместе с тем, несмотря на прогресс в реализации программ по списанию задолженности, основные из существующих инициатив по облегчению долгового бремени уже подходят к концу, а ряд стран с низким и ниже среднего уровнем дохода по-прежнему находится в долговом кризисе или под его угрозой. По последним оценкам МВФ, в начале 2012 г. таких стран было 19, включая 12 стран НРС. Среди стран Африки - это Буркина Фасо, Бурунди, ДРК, Джибути, Гамбия, Гвинея, Коморские острова, Кот-д'Ивуар, Судан и Зимбабве³⁴. Для серьезного решения проблемы долговых обязательств развивающихся стран эксперты ООН предлагают продлить срок действия инициатив, определить более гибкие условия списания задолженности, а также создать новый механизм для своевременного принятия мер по каждому отдельному долгу.

В целом мировому сообществу еще многое предстоит сделать в оставшиеся до 2015 г. три года. Достижение ЦРТ к указанному сроку потребует от доноров безотлагательного осуществления взятых обязательств по предоставлению помощи, расширению доступа на рынки и облегчению долгового бремени развивающихся стран. По словам Генерального секретаря ООН Пан Ги Муна, «в период до 2015 г. мы должны добиться того, чтобы данные обещания были выполнены. Иначе это чревато тяжкими последствиями, которые обернутся смертями, болезнями, несбывшимися надеждами, напрасными страданиями и утраченными возможностями для многих миллионов людей»³⁵.

¹ The Millennium Development Goals Report 2011. UN, N.Y., 2011, p. 24.

² Ibid., p. 24-25.

³ Положение детей в мире 2012. Дети в урбанизированном мире. ЮНИСЕФ. Нью-Йорк, 2012, с. 88-90.

⁴ Там же, с. 91.

⁵ Overview of Economic and Social Conditions in Africa, 2011. UN, N.Y., 2011, p. 16.

⁶ www.thelancet.com. Vol. 376. September 18, 2011, p. 943.

⁷ Положение детей в мире 2012..., с. 89.

⁸ Гришина Н.В. Здравоохранение в странах Тропической Африки (социальные аспекты). М., ИАФР РАН, 2010.

⁹ The Millennium Development Goals Report..., p. 28.

¹⁰ Положение детей в мире 2012..., с. 116-118.

¹¹ Overview of Economic and Social Conditions in Africa..., 2011, p. 16.

¹² The Millennium Development Goals Report 2011..., p. 36-37.

¹³ Report on the Global Aids Epidemic 2010. UNAIDS. Geneva, 2010, p. 186.

¹⁴ Ibid., p. 180.

¹⁵ World Malaria Report 2011. WHO. Geneva, 2011, p. viii.

¹⁶ Ibid., p. 74; The Millennium Development Goals Report..., p. 42.

¹⁷ The Millennium Development Goals Report 2010. UN. N.Y., 2010, p. 51; The Millennium Development Goals Report 2011..., p. 46.

¹⁸ Абрамова И.О., Фитуни Л.Л. Цена «голубого золота»: проблема водных ресурсов в современном социально-экономическом развитии Африки // Азия и Африка сегодня, 2008, № 12; The Millennium Development Goals Report 2010..., p. 58, 61.

¹⁹ Human Development Report 2006. UNDP. N.Y., 2006, p. 1.

²⁰ Ibid., p. 7.

²¹ The Millennium Development Goals Report 2011..., p. 57.

²² Рошин Г.Е. Африка и международная помощь // Азия и Африка сегодня, 2012, № 7.

²³ The Millennium Development Goals Report 2011..., p. 58.

²⁴ Ibid., p. 59; Глобальное партнерство в целях развития: время выполнять обещания. ООН. Нью-Йорк, 2011, с. 15.

²⁵ Там же, с. 15.

²⁶ Там же, с. 25.

²⁷ The Millennium Development Goals Report 2011..., p. 60.

²⁸ Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций. ООН. Нью-Йорк, 2000, с. 5.

²⁹ Глобальное партнерство в целях развития..., с. xv.

³⁰ Там же, с. 45.

³¹ Там же, с. 53-54.

³² Там же; Report on the Progress in Achieving the Millennium Development Goals (MDGs) in Africa, 2011. ECA. Addis Ababa, 2011, p. 10.

³³ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. Первичная медико-санитарная помощь. ВОЗ. Женева, 2008, с. 118.

³⁴ Глобальное партнерство в целях развития..., с. 57.

³⁵ The Millennium Development Goals Report 2011...