

Antonio PALAZUELOS

Economista y sociólogo. Profesor Titular del Departamento de Economía Aplicada V, de la Facultad de CC. Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid.

Director del Curso de Estudios Africanos, junto a Antonio Santamaría

e-mail: palazuelosa@cps.ucm.es

SIDA Y DESARROLLO ECONOMICO EN AFRICA SUBSAHARIANA

Introducción.

Cuando nos acercamos al fenómeno del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y su incidencia en el África Subsahariana, el primer dato que sobrecoge es **la dimensión de la pandemia**¹. De los 42 millones de personas infectados por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en el mundo, el 70 % son africanos (casi 30 millones de personas, muchos de ellos, niños). Aunque África apenas representa el 10 % de la población del planeta, sin embargo, registra actualmente 9 de cada 10 nuevos casos de infección, y en ella se producen el 83 % de las muertes por SIDA.

La expansión de la enfermedad por toda África, y sobre todo, la dimensión de la epidemia en el sur del continente, supera todas las previsiones pesimistas que se hicieron hace una década, destacando por su magnitud Botswana con el 35,8 % de la población adulta afectada, Swazilandia con el 25,2 %, Zimbabwe con el 25 %, Lesotho con el 23,5 %, Sudáfrica y Zambia con el 19,9 %, Namibia con el 19,5 o Malawi con el 15,9.

El alto grado de expansión de la enfermedad (que pareciera imparable, 3,5 millones de nuevas infecciones en 2002), tiene su dato más dramático en el elevado grado de mortandad de la misma, han muerto 20 millones de africanos (2,4 millones sólo el año pasado), amenazando la propia supervivencia del continente. El SIDA está matando más gente que todas las guerras recientes².

Una catástrofe de estas dimensiones es indudable que está afectando de forma dramática a la condiciones económicas y sociales de estos países, y con ello, a sus posibilidades de desarrollo presentes, y sobre todo, futuras.

Es estas breves páginas, intentamos realizar una primera evaluación sobre la incidencia de la pandemia en la evolución económica y social de la región, aportando algunos datos para el caso concreto de Bostwana.

¹ Se supone que el primer caso de la enfermedad se detecta en los EEUU en 1981, mientras que el primer caso reseñado en África data de 1983, no obstante el número de muertes en el continente ha sido siempre superior al 60 % del total mundial.

² La transmisión fundamental de la enfermedad es a través de la práctica heterosexual, siendo el 42 % de las personas afectadas, mujeres (más vulnerables social y biológicamente), de forma que alrededor del 15-40 % de las mujeres embarazadas están afectas en muchas zonas. Existen 10 millones de transmisoras, que pueden trasmitirlo a sus hijos (el 90 % de los niños afectados por el VIH le ha sido trasmitido por su madre).

1. Principales repercusiones económicas y sociales de la pandemia.

Los efectos de la epidemia en los países subsaharianos más afectados, incide de forma decisiva en numerosos aspectos de su vida económica y social. Aquí solamente vamos a referirnos a algunos de los más evidentes y fáciles de reflejar como son:

- Las **repercusiones poblacionales**, en términos de incremento significativo de la mortalidad en adultos, mujeres y niños, y su incidencia tanto en la reducción de la esperanza de vida, como en la alteración de la estructura de la pirámide de población, que suponen graves problemas para el futuro.
- Las **repercusiones económicas** más inmediatas que podemos evaluar en términos de reducción productiva, caída de la población activa, reducción del consumo y el ahorro familiar, y público, como consecuencia del gasto insostenible que representa el cuidado de los enfermos de SIDA.

En relaciones a las primeras, destacamos³:

1.a. El aumento de la tasa de mortalidad.

Pese a las dificultades técnicas que encontramos para su medición (dada la dudosa fiabilidad de los censos y encuestas, en ciertos países), existe evidencia del incremento significativo tanto de las tasas de mortalidad bruta, como de la mortalidad infantil⁴.

El SIDA se ha convertido, con mucho, en la primera causa de mortandad, así frente a los 200.000 muertos causados por las guerras en 1998, la enfermedad produjo 2 millones de muertos⁵.

1.b. Disminución significativa de la esperanza de vida.

La esperanza de vida, considerada como uno de los logros del desarrollo humano, se ha visto reducida dramáticamente por el SIDA, llegando a retrocederse en apenas unos años lo avanzado en las décadas anteriores.

³ Véase Estebanez P y H Alonso (2000)

⁴ Véase Cuadro 1.

⁵ Por ejemplo en Zimbabwe, la probabilidad de fallecer antes de los 50 años para un varón de 15 años, se ha elevado del 15 % al 50 % entre 1983 y 1997, mientras que para una mujer lo ha hecho de 11 % al 40 %. Los infectados por el VIH entre los 15 y 24 años desarrollan la enfermedad antes de los 35 años y suelen morir antes de los 49 años. Estebanez P y H. Alonso (2000).

La esperanza de vida ha caído de media 20 años en los países más afectando. Así, en las naciones con más del 15 % de adultos infectados del VIH, fallecerán el 35 % de los varones que ahora tienen 15 años. En Botswana y Zimbabwe la esperanza de vida se ha reducido en 23 años, mientras que en Kenia, Lesotho, Sudáfrica, Namibia, Swazilandia, Zambia ha caído en 17 años. En Botswana el riesgo de defunción de los jóvenes infectados, y que ahora tienen 15 años, es del 90 %. Los niños que nazcan entre 2000 y 2010 su esperanza de vida no pasará de los 40 años, mientras que si no existiera el SIDA hubieran llegado a los 70 años⁶.

Como la pandemia persiste, se estima que la esperanza de vida se reducirá nuevamente en 17 años de media para el período 2010-2025, llegándose a los 40 años, en lugar de los 64 posibles.

1.c. La alteración de la pirámide poblacional.

La pirámide poblacional del África subsahariana, como consecuencia del SIDA se ha transformado en un escaso espacio de tiempo, estrechándose la base (debido a la elevada mortandad de las mujeres jóvenes en edad de procrear y la elevada mortandad de los niños recién nacidos infectados por el VIH, así como la elevada mortalidad de los hombres jóvenes, menores de 30 años), y en comparación se va ensanchando la cúpula de la pirámide, con la población de mayor edad.

Las consecuencias de esta alteración poblacional son extremadamente graves, ya que está desapareciendo la población en edad laboral que debería cuidar de los niños y los ancianos⁷.

1.d. El elevado número de huérfanos.

Como sabemos, en las sociedades tradicionales con familias extensas, la orfandad no suele resultar un problema social, ya que los huérfanos son acogidos de forma natural en la familia amplia. El SIDA, ha quebrado este sistema familiar, ya que al empobrecerse fuertemente las familias y al aumentar de forma explosiva el número de huérfanos, es imposible que éstos sean acogidos por las familias. Se habla de un número de huérfanos en África subsahariana que superaría los 13 millones⁸.

⁶ La caída de la esperanza de vida se debe fundamentalmente al fallecimiento de adultos y jóvenes, pero también se ha producido un crecimiento significativo de la mortalidad infantil se ha elevado de 132 a 160 por mil, de media (en España es de 8 por mil).

⁷ Por ejemplo, se estima que en Botswana dentro de dos décadas habrá más ancianos (personas entre 60 y 70 años), que adultos (personas entre 40 y 50 años)

⁸ En Murate (tercera ciudad de Zimbabwe), en 1995 el 15 % de los niños eran huérfanos, y el 20 % de los hogares habían adoptado a un niño huérfano (Estebanez, 1999)

El drama es que la epidemia no está controlada, y por lo tanto, la mortandad seguirá creciendo. Se evalúa en 40 millones el número de huérfanos para el año 2010.

El problema es de tal magnitud que en algunos países, los gobiernos se ven totalmente desbordados, y a veces toman decisiones dramáticas. Por ejemplo, en la prensa europea fue muy criticada unas declaraciones del presidente sudafricano, Tabo Mkebi, donde afirmaba que el gobierno no administraría nevirapina a las embarazadas con SIDA, dejando entrever que una de las razones para tomar esta decisión era para que no aumentara el número de huérfanos en el país, que es explosivo.

En cuanto a **los efectos económicos** más inmediatos, lo primero que debemos aclarar es que, pese a lo que muchas veces se piensa, el SIDA se ha extendido más en los países menos pobres del África austral. La mayoría de los países donde la epidemia afecta a mayor número de personas, son economías mineras, con importantes ingresos de exportación, que habían experimentado un despegue económico en los últimos años (o décadas), y que disfrutaban de un nivel desarrollo (medido en términos de NNUU), bastante aceptable para el continente.

Por ejemplo Bostwana que es el país más afectado en términos proporcionales a su población (el 35 % de los adultos), ocupa la posición 126 dentro del PNUD en índice de desarrollo humano, mientras que los países que le siguen con nivel de mayor dimensión de la epidemia, Swazilandia 125), Zimbabwe (128), Sudáfrica (107), Namibia (122) Kenya (134), ocupan posiciones medianas-baja en dicha clasificación. Sólo Ruanda (162), Malawi (163) o Mozambique (170), estaría en el grupo de países de menor nivel de desarrollo humano.

En primer lugar, la desaparición de elevados porcentajes de la población adulta e infantil está provocando graves efectos socioeconómicos, destacando:

1. e. Su incidencia en el mercado de trabajo y la calificación de los trabajadores.

Se ha producido una pérdida considerable de trabajadores activos, y de horas de trabajo en los sectores productivos, sobre todo de jóvenes, hombres y mujeres, en edad de trabajar⁹.

También, al incrementarse de forma importante el número de familias cuya cabeza es un huérfano, éste debe abandonar la escuela para hacerse

⁹ Mientras que la malaria o la diarrea se ceba con la infancia, el SIDA arrasa en el grupo de jóvenes y adultos, muchos de ellos cualificados: médicos, personal sanitario, enseñantes, etc, difíciles de sustituir en el corto plazo.

cargo de sus hermanos o para conseguir su propio sustento. Los efectos de este hecho sobre el nivel educacional y nutritivo, es previsible muy intensos.

Estudios realizados para Costa de Marfil, señalan que el cuidado de un enfermo del SIDA significa para la familia una reducción de sus ingresos a la mitad.

1. f. Condiciones de trabajo y transmisión y extensión del SIDA.

En África subsahariana existe una gran coincidencia entre la extensión del SIDA y la forma de ganarse la vida de las gentes, existiendo una enorme correlación entre el mapa de los principales yacimientos y explotaciones mineras, y las áreas con mayor incidencia del VIH.

En la literatura sobre el SIDA se ha producido cambios importante a la hora de analizar el fenómeno, sobre todo en lo referente a la extensión de la pandemia, pasándose de hablar de “**grupos de riesgo**” a la identificación de las “**situaciones de alto riesgo**”, donde cada vez se resaltan más los factores sociales, económicos y políticos como explicativos de la propagación de la infección por VIH.

Resulta cada vez más evidente que la expansión de la enfermedad en el África subsahariana está ligada fundamentalmente a la movilidad de las personas (trabajo, guerras, hambrunas) y a ciertas condiciones sociales, más que a “grupos de riesgo” o “comportamientos individuales”.

El sistema de trabajo en las explotaciones mineras favorece la migración de gran número de hombres a los yacimientos y centros industriales donde están localizados. Estos trabajadores abandonan a sus familias, y en sus “vivencias de solteros”, suelen tener contactos sexuales a través de la prostitución.

Según ONUSIDA (1998), en Carletonville (centro de explotación de oro en Sudáfrica) viven alrededor de 88.000 mineros, siendo el 60 % población migrante procedente de otras zonas del país, y de los países vecinos: Mozambique, Malawi, Lesotho. En esa área minera existe alrededor de 500 prostitutas, estando el 33 % de ellas infectadas por el VIH, lo que hacía que los trabajadores mineros tuvieran una prevalencia del 22 %.

Por otro lado, las mujeres que permanecen en las zonas rurales, dependen del dinero que les mandan sus familiares, y se encuentra en situación de grave pobreza en muchos casos, constituyendo un grupo muy vulnerable a padecer la enfermedad, ya que numerosas veces son contagiadas por sus maridos (cuando regresan periódica y temporalmente al hogar), y otras

veces se contagian a través del comercio sexual que con frecuencia practican como medio de elevar sus recursos¹⁰.

Esta es una explicación de la aparición de “microepidemias” en zonas rurales apartadas, donde no existía causa aparente para su expansión. Se produce un ciclo perverso de expansión de la infección a partir de **la movilidad del trabajador, su contagio, el contagio de la compañera habitual, y su transmisión vía materno-infantil.**

Otra de las grandes causas de la extensión de la enfermedad tiene que ver con las fracturas sociales causadas por las innumerables guerras acaecidas en la zona en las últimas décadas, con su secuela de desplazamientos masivos de la población, donde **refugiados y desplazados** pasan a constituir grupos muy vulnerables a la infección del VIH, ya que en los campos de refugiados no se suele disponer de los elementos adecuados para prevenir su difusión (programas de test, donaciones de sangre, cirugía sin esterilizar, rechazo a planificación familiar, violaciones, etc.).

Los conflictos de Ruanda o Mozambique son buenos ejemplos para evidenciar lo anterior. Mientras existieron los campos de refugiados ruandeses las tasas de infección del VIH se multiplicaron por seis (siendo el hacinamiento y la violencia sexual, algunas de las causas fundamentales). Después de la guerra se comprobó que el 3,2 % de las mujeres entrevistadas habían sido violadas, siendo el 17 % de ellas seropositivas.

1. g. El deterioro del sistema productivo.

Se estima que la incidencia del SIDA en el sistema productivo es intensa, y se ha producido una reducción del 25 % de la capacidad productiva.

Los efectos productivos son más evidentes en la agricultura, donde la enfermedad o la desaparición de los miembros adultos obliga a desatender la tierra por falta de brazos, cuando no a venderla (o sus herramientas), para afrontar los gastos derivados de la enfermedad.

Estudios de la FAO han detectado la reducción de la producción agrícola de alimentos básicos y de cabezas de ganado, especialmente en familias con el padre enfermo o muerto. Se evalúa en 7 millones el número de agricultores muertos, y se prevee que 16 millones más morirán antes del 2020, lo que significa una caída de la PEA agraria del 25 %.

¹⁰ En un estudio llevado a cabo en 1997, en el distrito de KwaZulu (Sudáfrica), se apreció un alarmante aumento de las tasas de contagio de mujeres (un 26 % de las mujeres embarazadas), comprobándose que en la mayoría de los casos se trataba de mujeres contagiadas por su compañero, que había emigrado a las zonas mineras.

1. h. La reducción del consumo y el nivel de vida de las familias.

La reducción de ingresos y elevación de gastos que supone tener un miembro enfermo, sobre todo si es alguno de los progenitores, ocasiona el empobrecimiento de las familias¹¹.

En algunos estudios se pone en evidencia cómo en las familias monoparentales con hijos, encabezadas por una mujer, muchas veces estas deben buscar sus ingresos a través de la prostitución, incrementando significativamente la probabilidad de contagio del SIDA.

1. i. Las insuficiencias presupuestales de los gobiernos.

El escaso esfuerzo realizado por muchos gobiernos africanos para frenar la extensión de la enfermedad ha sido un tema recurrente de denuncia por parte de ONUSIDA, y en general, en todas las Conferencias Mundiales del Sida¹², acusándoles de utilizar escasos recursos y falta de información. No obstante, el tema de los recursos desborda ampliamente las posibilidades de estos países¹³.

El incremento desmesurado de los servicios de salud pública en los países más afectados ha sido espectacular, eliminando drásticamente los logros conseguidos en años anteriores, dado el elevado gasto provocado por el SIDA. En Ruanda se dedica el 66 % del presupuesto sanitario, y en Zimbabwe más del 25 %. En Zimbabwe en 1999 representaba el 50 % del presupuesto sanitario y el 75 % de las camas hospitalarias del país. En Sudáfrica se piensa que para el 2005 absorberá el 80 % del presupuesto de salud¹⁴.

Durante la Cumbre de la OUA en Nigeria, en abril de 2001, más de 40 Jefes de Estado se comprometieron a destinar el 15 % de sus presupuestos a sanidad.

La reducción de la atención sanitaria a otras enfermedades tradicionales, por la prioridad dramática del SIDA, ha llevado al crecimiento de éstas, es el caso de la tuberculosis que ha crecido de forma acelerada, tanto en enfermos de SIDA como en el resto de la población.

¹¹ Hasta hace poco tiempo (antes de la aparición de los genéricos), se evaluaba el coste anual de atención por enfermo en 15 mil dólares. Es fácil suponer que la mayoría de las familias africanas, cuyos ingresos diarios no superan los 2 dólares según PNUD, no pueden hacerse cargo de ese presupuesto, y apenas accedan a los medicamentos una minoría de personas afectadas (10.000 enfermos).

¹² La 14^a edición se celebró en julio de 2002 en Barcelona

¹³ La media de gasto anual por enfermo en África ronda los 10 dólares, llegando a gastarse en la lucha contra el SIDA alrededor de 300 millones de dólares anuales, el problema es que las necesidades reales superan con creces esa cantidad. NNUU habla de la necesidad de destinar 12 mil millones de dólares en los próximos cinco años.

¹⁴ Estebanez P y H ALONSO (2000).

Todos y cada uno de estos factores, han influido en el empobrecimiento de los países con gran número de afectados, donde la economía se resiente productivamente, y en la cantidad de recursos de sus presupuestos sanitarios dedicados a la lucha contra la enfermedad.

2. Una hipoteca para el desarrollo económico y social de las próximas décadas.

Diversas estimaciones de futuro nos hablan de una caída del PIB en Bostwana del 20 % para los próximos 10 años, mientras que la reducción esperada del crecimiento económico de Sudáfrica se evalúa en el 17 % para el mismo período. Indudablemente el SIDA está afectado gravemente a las posibilidades de crecimiento económico de estas sociedades, poniendo en cuestión los escasos/significativos avances que se habían conseguido en el desarrollo económico y social de estos países, en las últimas décadas, presentando un panorama de futuro bastante pesimista.

Ante esta grave situación resultan de interés ciertas propuestas surgidas desde el seno de las instituciones internacionales (NNUU) y ciertas ONG's (Médicos sin Fronteras¹⁵ y Oxfam-Intermon encabezaron la campaña internacional para el acceso de los países pobres a los fármacos esenciales), que identifican como elementos más prioritarios:

- a. El **acceso a los antirretrovirales** por parte de todos los países y enfermos afectados. Para que esto sea posible es necesario la reducción drástica del precio de los medicamentos por parte de las ETS farmacéuticas que los producen, facilitar la producción de genéricos y la libre importación a los países que estén en situación de emergencia.

En este sentido ha sido muy importante el debate internacional que se produjo en el 2001, ha consecuencia del juicio celebrado en Pretoria, como consecuencia de la demanda interpuesta por las ETS farmacéuticas contra el gobierno sudafricano sobre el derecho a la fabricación e importación libre de genéricos. Se consiguió movilizar a la opinión pública internacional y el apoyo de importantes instituciones como NNUU o el Parlamento Europeo.

A pesar de que se han producido pasos importantes en la reducción del precio de los medicamentos por parte de las ETS farmacéuticas (unilaterales, a través de acuerdos con NNU, o presionados por los genéricos), así como en la fabricación de genéricos por parte de diversos países (Brasil, India, Cuba) lo avanzado es escaso para lo que sería necesario¹⁶.

¹⁵ Pérez Casas C. Et al (2001)

¹⁶ El tema es mucho más profundo, que un simple problema de precios de los medicamentos (e imposible de abordar en este breve trabajo), ya que tiene que ver con el mercado farmacéutico internacional (y el escaso interés por África, apenas el 1 % de consumidores de medicamentos), con las prioridades de la investigación (apenas se destina el 0,2 % a investigar en enfermedades como neumonía, diarrea o tuberculosis, pese a que represente el 18 % de las muertes, o el 0,1 % de los fondos de investigación en la

- b. Buscar soluciones para los 13 millones de **huérfanos** que el SIDA ha generado en el continente, a través de un programa de ayuda internacional para que puedan insertarse (con apoyo) en las familias o instituciones que velen por ellos, su educación y su futuro.
- c. Reducir el **contagio madre-hijo** a través de facilitar a las embarazadas los fármacos y el cuidado que permita eliminar y reducir el riesgo en los niños.

Dada la situación económica y social actual de la mayoría de los países subsaharianos afectados gravemente por el SIDA, y la magnitud de los recursos necesarios para hacer frente a la pandemia, es impensable que se pueda abordar sólo desde el interior de los mismos países, por ellos se hace necesario dar la batalla desde el escenario de la ayuda y cooperación internacional.

En abril de 2001, aprovechando el foro de la Asamblea de la OUA, Koffi Anna lanzó la propuesta de crear un Fondo Mundial de 1,3-1,8 billones de pesetas durante cinco años, con el fin de dar la batalla al SIDA. Como argumento esencial, utilizó el dato de que esta cantidad no supera el 1 % del gasto militar mundial. A pesar de las buenas palabras y gestos del momento, hasta la fecha apenas se ha comprometido el 10 % de esos fondos. También desde NNUU se ha propuesto insistentemente la idea del perdono de la deuda externa de los países más pobres, siempre que sus gobiernos se comprometan a destinar esos recursos a la lucha contra las enfermedades del SIDA, la malaria y la tuberculosis.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

ESTEBANEZ Pilar (1999). El mayor desastre humano. SIDA: un genocidio silencioso. Le Monde Diplomatique.

ESTEBANEZ Pilar y Héctor ALONSO (2000). SIDA en África: más allá del pesimismo. Le Monde Diplomatique, núm. 62.

ONUSIDA (1998).

PEREZ CASAS C. Et al Acceso a los ARVS. Médicos Sin Fronteras.

malaria, pese a representar el 3-10 % de las muertes en África), y con otros muchos temas fundamentales, imposible de abordar escuetamente.

3. Algunos datos sobre la situación de Bostwana.

La República de Botswana consigue su independencia del Reino Unido el 30 de septiembre de 1966. Posee una extensión de 600.370 km², y una población de 1, 553,000 habitantes (2001), tienen su capital en Gaborone. La población es mayoritariamente batswana (en un 95 %), siendo la minoría blanca muy escasa (apenas el 1 %).

La Constitución actual data de 1965, con un sistema democrático presidencialista y un parlamento bicameral. Los principales partidos son el Partido Democrático de Botswana (BDP), el Frente Nacional de Botswana (BNF) y el Partido Popular de Bostwana (BPP). El país está dividido administrativamente en 10 distritos y 4 municipios.

Los principales datos demográficos, para 2001, podemos resumirlos así:

- La población total se eleva a 1.553.000 personas, siendo su tasa de crecimiento demográfico para el período 1991/2001 del 2,0, aunque actualmente es inferior al 1 %.
- El proceso de urbanización, muy intenso en la década pasada (se pasa del 15,1 % en 1980 al 41,5 % en 1990), se ha visto paralizado y reducido a partir de la incidencia del SIDA, siendo hoy el 50,3 % del total de la población.
- En relación a la estructura de edades se está produciendo una reducción de la población infantil, 0-14 años (que se ha reducido del 48,7 % en 1980 al 42,2 % en 1999), mientras que se eleva la población mayor, más de 65 años, que alcanza al 4,6 % en 2001.
- En relación a las variables demográficas fundamentales, la fecundidad está en un proceso de drástica reducción (6 hijos por mujer fértil en 1982, 4,1 en 2001). La tasa de natalidad sigue reduciéndose (se pasa de 44,1 por mil en 1982 a 32,6 en 1999), mientras que la tasa bruta de mortalidad ha experimentado un cambio significativo, paralizándose la caída (9,5 en 1982 frente a 8 en 1992), para volver a subir nuevamente (18,4 en 1999). Se ha elevando tanto la mortalidad infantil (110 por mil en hombres y 107 en mujeres), como en adultos (797 en hombres 767 en mujeres) para 2001.
- La esperanza de vida al nacer ha seguido el mismo proceso que la tasa bruta de mortalidad, ya que se eleva hasta 1990 (60 años), para comenzar un descenso pronunciado que lleva a los 39,1 años de 2001 (39,3 hombres y 38,6 mujeres).

Situada en el puesto 122 del IDH (PNUD), posee los siguientes parámetros de condiciones de vida: en relación al PIB el gasto en educación se eleva al 8,6 % (representa el 20,2 % del total del gasto público), y en salud el 6 %, siendo la población con acceso a los servicios de salud del 86 %, y 0,2 el número de médicos por cada 1000 habitantes.

En cuanto a los datos económicos, dispone de un PIB corriente de 4876 millones de dólares (1998), con un PIB PPA de 9181 dólares (en PPA). La tasa media de crecimiento del PIB para el período 1990-98 fue del 4,8 %, disfrutando en los últimos años de un crecimiento del 6 % (1998) y 5 % (1999).

Se trata de un país rico en recursos naturales: diamantes, cobre, níquel, sal, potasio, carbón, hierro, plata, soca, y esto define su estructura productiva, donde la industria representa el 46 % del valor añadido (aunque la manufactura apenas sea el 5 %), mientras que el sector agrario apenas representa el 4 %.

La población activa se eleva a 437000 personas (1995), con una tasa media de crecimiento para el periodo 1990-98 del 2,9 % (muy superior al crecimiento poblacional), lo que supone tasa de paro elevadas, del 22 % (1995).

Los principales productos de exportación son los diamantes, cobre, níquel y carne, siendo el destino de las mismas el Reino Unido (en un 56,2 %), otros países europeos (el 26,5 %) y Sudáfrica (14,3 %), mientras que las importaciones provienen fundamentalmente de Sudáfrica (el 70,8 %), y Europa (10,9 %). Los principales productos importados se refieren a alimentos, equipos de transporte y vehículos, textiles, derivados del petróleo.

Su balanza comercial tuvo superávit (en 1998) en 700 millones de dólares, aunque la balanza de servicios es deficitaria en 230 millones de dólares. Las inversiones extranjeras llegadas al país, en 1997, se elevan a 100 millones de dólares. Por todo ello, su saldo por cuenta corriente tuvo un superávit de 722 millones de dólares (1997), acumulando unas reservas de 6000 millones de dólares

El endeudamiento externo es reducido, 549 millones de dólares (lo que representa el 11 % del PIB), representando el servicio de la deuda externa el 2,7 % de sus exportaciones.

La Ayuda Oficial al Desarrollo recibida representa el 2,2 % del PIB

Apéndice estadístico

Cuadro 1. Evolución demográfica en algunos países subsaharianos

| | | SUDAFRICA | BOTSWANA | ZIMBABWE | KENYA |
|-------------------------------|--------------|-----------|----------|----------|-------|
| Población total | mll. | | | | |
| | Personas | | | | |
| | 1960 | 17,4 | 0,5 | 3,8 | 8,3 |
| | 1975 | 25,8 | 0,8 | 6,1 | 13,6 |
| | 1990 | 35,3 | 1,3 | 9,7 | 24,0 |
| | 2000 | 43,3 | 1,5 | 12,6 | 39,7 |
| | 2015 | 44,6 | 1,7 | 16,4 | 40,0 |
| Cto. Demográfico | t.c.a. | | | | |
| | (porcentaje) | | | | |
| | 1960-1990 | 2,4 | 3,4 | 3,2 | 3,6 |
| | 1970-1995 | 2,5 | 3,3 | 3,1 | 3,5 |
| | 1975-2000 | 2,1 | 2,8 | 2,9 | 3,3 |
| | 1990-2000 | 2,2 | 3,4 | 3,1 | 3,8 |
| | 2000-2015 | 0,2 | 0,6 | 1,7 | 1,8 |
| Población urbana | | | | | |
| | 1960 | 47,0 | 2,0 | 13,0 | 7,0 |
| | 1975 | 48,0 | 12,8 | 19,6 | 12,9 |
| | 1995 | 49,0 | 60,0 | 32,0 | 29,0 |
| | 2000 | 56,9 | 49,0 | 35,3 | 33,4 |
| Cto. Urbano | t.c.a. | | | | |
| | (porcentaje) | | | | |
| | 1960-1990 | 3,2 | 13,5 | 5,9 | 7,7 |
| | 1970-1995 | 2,6 | 11,8 | 5,7 | 7,8 |
| | 1990-2000 | 3,2 | 7,9 | 5,4 | 7,0 |
| | 1995-2015 | 2,7 | 4,1 | 3,9 | 4,6 |
| Población < 15 años | porcentaje | | | | |
| | 2000 | 34,0 | 42,1 | 45,2 | 43,5 |
| | 2015 | 30,5 | 36,8 | 39,9 | 38,3 |
| Población > 65 años | porcentaje | | | | |
| | 2000 | 3,6 | 2,8 | 3,2 | 2,8 |
| | 2015 | 5,4 | 3,9 | 3,1 | 3,0 |
| Fecundidad | tasa bruta | | | | |
| | 1975 | 4,6 | 6,5 | 6,8 | 8,2 |
| | 1990 | 4,3 | 6,7 | 5,6 | 6,9 |
| | 1995 | 4,0 | 4,7 | 4,9 | 5,1 |
| | 1995-2000 | 3,1 | 4,4 | 5,0 | 4,6 |
| Natalidad | tasa bruta | | | | |
| | 1990 | 31,0 | 46,0 | 41,0 | 47,0 |
| | 1995-2000 | 30,4 | 36,1 | 38,8 | 37,3 |
| Mortalidad | Tasa bruta | | | | |
| | 1990 | 9,0 | 11,0 | 10,0 | 11,0 |
| | 1995-2000 | 8,4 | 12,0 | 14,1 | 11,5 |
| Esperanza de Vida | | | | | |
| | 1990 | 61,7 | 59,8 | 59,6 | 59,7 |
| | 1995 | 64,1 | 51,7 | 48,9 | 53,8 |
| | 1997 | 54,7 | 47,4 | 44,1 | 52,0 |
| | 1998 | 53,2 | 46,2 | 43,5 | 51,3 |
| | 1999 | 53,9 | 41,9 | 42,9 | 51,3 |
| | 2000 | 52,1 | 40,3 | 42,9 | 50,8 |

Fuente: Banco Mundial. African Indicators Development (v.a)