Capítulo 15

La equidad como solución sostenible al crecimiento de la población y al SIDA

En este capítulo nos ocupamos de dos temas controvertidos, relacionados con un futuro sostenible para los niños del mundo: el crecimiento de la población mundial y la propagación del virus VIH/SIDA. Ha habido intentos de detener el incremento de la población y del SIDA mediante medidas tecnológicas que tienden a culpar a los pobres y a los grupos de alto riesgo mientras buscan "cambios de comportamiento". Sin embargo, en realidad, es la desigualdad en la distribución de la riqueza y el poder –la explotación de los débiles por los fuertes– lo que está detrás del rápido crecimiento de la población y de la propagación del SIDA. Solamente combatiendo las injusticias sociales, desde el nivel familiar al internacional, podemos esperar conseguir un equilibrio sostenible entre la humanidad y el medio ambiente, y detener la propagación del SIDA.

¿Es el control de la población una respuesta a la crisis mundial actual?

Resuelvan los problemas de la gente y el "problema de la población" se resolverá por sí mismo

Eslogan popular de los años setenta

Casi todos los países del Norte que han logrado estabilizar su población lo han conseguido promoviendo una mejor calidad de vida antes que intentando explícitamente reducir el crecimiento de la población.

*Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights.** Escuela de Salud Pública de Harvard, 1994[310]

El rápido crecimiento de la población en los países subdesarrollados ha sido denominado "el problema más grave del mundo".[311] Fue el tema de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en septiembre de 1994 en El Cairo (Egipto). Los argumentos propuestos fueron que el planeta ha alcanzado –y en algunas zonas sobrepasado– su "capacidad de carga". Los conferenciantes achacaron las principales crisis de nuestro tiempo al rápido incremento de la población. Estas crisis incluían el hambre en el mundo, el crecimiento de la pobreza, la falta de tierras y la migración a las ciudades, el crecimiento vertiginoso de colonias ilegales, el aumento del crimen y la violencia, el enorme número de refugiados, el resurgimiento del cólera, la inadecuada cobertura de los sistemas de salud y educación y el deterioro mundial del medio ambiente.

Puesto que la mayor parte del crecimiento de la población mundial tiene lugar en el Tercer Mundo, se tendió a definir el centro del problema como que "los pobres tienen demasiados hijos". Se sugirió que la solución final a la crisis de la población y, por ello, a muchas de las crisis actuales a las que se enfrenta la humanidad, requeriría la reducción de la pobreza. Pero para una acción más inmediata, hubo una fuerte demanda de aumentar las iniciativas de planificación familiar (*i.e.* control de natalidad) en los países y comunidades pobres.

Muchas veces se echa la culpa del rápido crecimiento de la población a la introducción de servicios de salud modernos, que hacen bajar las tasas de mortalidad infantil sin la correspondiente caída de las tasas de natalidad. Muchos planificadores de alto nivel insisten en que *todos los servicios de salud de las comunidades pobres deberían tener un fuerte componente de planificación familiar.* (En algunos países, los suministradores de atención de salud han sido obligados a reclutar unos cupos mensuales de *aceptores* de control de la natalidad. Esto ha

**Reconsideración de las políticas de población: salud, concientización y derechos.*

llevado a muchos abusos, como esterilizaciones no solicitadas o negarse a atender a los niños enfermos hasta que sus madres acepten la anticoncepción o esterilización.) Como han señalado los movimientos de mujeres progresistas, este desproporcionado énfasis en la planificación familiar puede ser contraproducente. Para muchas familias socialmente desfavorecidas tener muchos hijos es una ventaja económica que proporciona la seguridad que la sociedad no da.[312] Tanto en zonas rurales como urbanas, los niños contribuyen a los ingresos familiares desde una edad temprana, y proporcionan apoyo y cuidado cuando los padres están desempleados, enfermos o ancianos.

Gráfica 3-21. Edad a la que los niños comienzan sus actividades.

¿Debe permitirse que mueran los niños de las "poblaciones explosivas"?

Algunos científicos destacados incluso cuestionan la validez de promover las intervenciones en pro de la Supervivencia Infantil en las poblaciones pobres que crecen rápidamente. Por ejemplo, el Dr. Maurice King, uno de los pioneros de la Atención Primaria de Salud, piensa que cuando disminuyen las tasas de mortalidad infantil dentro de un conjunto de mejoras en los estándares de vida (como ha ocurrido históricamente en los países del Norte), las tasas de natalidad también tienden a disminuir. Sin embargo, afirma que cuando la mortalidad infantil es reducida de manera provisional mediante intervenciones selectivas verticales tales como la TRO o la vacunación, que dejan sin cambiar las pobres condiciones de vida, las tasas de natalidad permanecen altas. La combinación de baja mortalidad y alta natalidad conduce a un rápido aumento de la población que, a su vez, acelera la escasez de tierra, la reducción de recursos ecológicos, el desempleo, la desnutrición y un mayor deterioro de las condiciones de vida. King llama a este círculo vicioso la *Trampa demográfica*. Advierte que "la vida de un niño en una comunidad atrapada puede ser conservada tecnológicamente en el corto plazo, pero sólo para un futuro miserable y desnutrido y una muerte temprana".[313] King critica de forma enérgica a UNICEF por su estrategia de Supervivencia Infantil, la cual –afirma– se centra demasiado en las intervenciones salvavidas sin afrontar adecuadamente la planificación familiar o la calidad de vida.

Reformando la célebre definición de salud de la OMS, King sugiere que "la Salud es un estado *sostenible* de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". Afirma que en las comunidades atrapadas, donde "no son posibles las medidas sostenibles adecuadas, no deberían introducirse a escala pública medidas que no generan sostenibilidad, como la rehidratación oral, ya que prolongan en el tiempo la miseria humana, especialmente por el hambre". Sobra decir que las implicaciones de la afirmación de King –dejar morir a los niños necesitados por un futuro bien común– ha generado protestas del UNICEF y ha desencadenado un acalorado debate internacional. Algunas de estas observaciones de Maurice King están bien fundadas. Los esfuerzos aislados por disminuir la mortalidad infantil a través de intervenciones tecnológicas seleccionadas –cuando son promovidas de manera que no hacen nada por mejorar la

¿Para qué vacunar niños si luego se les mata de hambre?

calidad de vida de los niños– a menudo equivalen solamente a aplazar la muerte y prolongar la pobreza. Como señalamos en el capítulo 6, se está viendo una divergencia entre las tasas de morbilidad y mortalidad en ciertos países que han practicado estrategias selectivas de supervivencia infantil. Esto presagia retrasos y retrocesos en la reducción de las tasas de mortalidad infantil (véase p. 69). Estos ejemplos proporcionan fuertes evidencias de que para alcanzar un *estado de salud sostenible* dentro de una sociedad, es necesaria una concepción de la atención de la salud más integral que selectiva: que llegue hasta las raíces sociales y económicas de la falta de salud, la alta mortalidad y la alta natalidad.

Sin embargo, la afirmación de King de que la promoción de tecnologías como la TRO o la inmunización debería ser negada a las ciudades y comunidades encerradas en la "trampa demográfica" es desmedida. Todo niño –rico o pobre, fuerte, débil o discapacitado– tiene el mismo derecho a vivir, crecer, tener salud y desarrollar todo su potencial. Las tecnologías potencialmente salvavidas, como la TRO y la inmunización, deben ser introducidas en todas las comunidades necesitadas. Pero deberían ser introducidas como parte de una estrategia integral que pueda ayudar a las familias y comunidades a trabajar con decisión para garantizar que todas las necesidades básicas y los derechos de todos los niños –y toda la gente– sean satisfechos.

Prácticamente en todas las comunidades empobrecidas en las que King habla de *trampa demográfica* la gente está también atrapada por la falta de poder y la opresión. Problemas de miseria, falta de tierras, subempleo y deterioro social, de los que a menudo se culpa a la *superpoblación,* frecuentemente se resuelven por sí mismos –como hicieron en Cuba– cuando tierra, recursos y servicios son distribuidos más justamente. Así pues, cuando las sociedades empiezan a asegurarse de que son cubiertas las necesidades básicas de toda la población, las familias con ingresos bajos pueden permitirse tener menos hijos y ven las ventajas de hacerlo. De esta forma, las tasas de crecimiento de la población empiezan a disminuir. Este declive es evidente en muchos países industrializados del Norte. Estos países europeos, que tienen un salario mínimo suficiente, atención de salud universal y seguridad social equitativa, se han acercado al crecimiento cero de población.

Por el contrario, Estados Unidos con toda su enorme riqueza, también tiene tremendas desigualdades (véase p. 149). No es sorprendente que Estados Unidos tenga una tasa de natalidad más alta que otros países industrializados del Norte que son mucho más equitativos a la hora de cubrir todas las necesidades básicas de sus ciudadanos. Más aún, según crece la desigualdad en Estados Unidos la tasa global de fecundidad ha ido aumentando desde 1.8 en 1980 a 2.0 en 1998. [314]

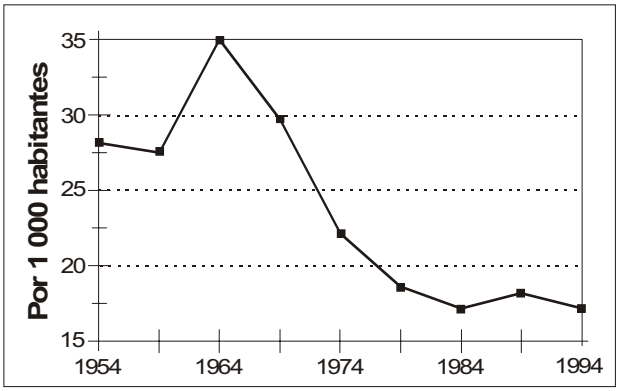
Bajas tasas de crecimiento de la población en algunos países pobres: ejemplos

Ya hemos visto que los cuatro Estados del estudio *Buena Salud a bajo costo* (véase p. 152), y también Cuba, han reducido marcadamente la mortalidad infantil y mejorado mucho la salud global de los niños y su calidad de vida. Lo han conseguido garantizando la satisfacción de las necesidades básicas de todo el pueblo.

Es interesante observar que varios estudios sobre tendencias de población señalan que estos mismos cinco países, con una desigualdad relativamente baja en los ingresos (especialmente China, Kerala y Cuba), también han reducido sustancialmente sus tasas de natalidad.[315] La disminución más rápida de la mortalidad infantil de Costa Rica coincidió con su mayor disminución en la tasa de natalidad. Después de 1980 y los ajustes estructurales, sin embargo, tanto la mortalidad como la natalidad detuvieron su disminución. Hoy Costa Rica tiene una tasa de natalidad total de 3.2, más alta que la de Colombia o Panamá.[316]

Algunos de estos países con baja disparidad de ingresos han tenido intensos programas de planificación familiar, mientras que otros no. China ha impulsado enérgicamente su política de población "una familia, un niño" (con resultados alarmantes en cuanto a violación de derechos humanos, incluyendo el frecuente asesinato de fetos femeninos y niñas recién nacidas por padres que quieren un niño). Sin embargo, Kerala, Sri Lanka y Costa Rica tienen tasas de fecundidad relativamente bajas (comparadas con el promedio de los países del Tercer Mundo) a pesar de la menor agresividad de sus campañas de planificación familiar.

Por ejemplo, Kerala –a pesar de ser uno de los estados más pobres de la India– no sólo ha conseguido tasas de mortalidad más bajas de menores de cinco años y mayor esperanza de vida que otros estados de la India, sino que también ha conseguido la tasa de fecundidad más baja del país.[317] (En 1986 Kerala tuvo una tasa de 22 nacimientos por cada 1 000



Gráfica 3-22. Tasa de natalidad de Cuba, 1954-1994.[320]

mujeres en edad fértil, comparado con los 32 de la India en su conjunto y los 43 de promedio para 37 países de "bajos ingresos". Véase gráfica 3-19.)[318] El científico especialista en población John Ratcliffe concluye que:

> La experiencia de Kerala… apoya con claridad la perspectiva teórica de que los bajos niveles de fecundidad resultan de políticas públicas que aumentan eficazmente los niveles de justicia social e igualdad económica en toda la sociedad.[319]

Cuba también proporciona un excelente ejemplo de cómo el aumento de la igualdad coincide con la caída de las tasas de natalidad. Durante la dictadura de Batista, cuando el desnivel entre ricos y pobres era enorme y la gente tenía pocas garantías sociales, Cuba, como otros países de Latinoamérica, tenía una elevada tasa de fecundidad. Como vimos antes, tras el derrocamiento de Batista, el gobierno revolucionario introdujo uno de los sistemas más equitativos del mundo en cuanto a cobertura de las necesidades físicas básicas de todos sus ciudadanos (aunque no siempre en cuanto a derechos políticos). Las garantías sociales incluyeron: atención de salud y educación universales y de alta calidad, oportunidades de empleo universales, vivienda y saneamiento apropiados para todos, cuidados completos para los ancianos, igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres, etc. Aunque la "Nueva Cuba" hizo disponibles una gran variedad de métodos anticonceptivos, durante años no hubo políticas para promover la planificación familiar. Aun así, durante la primera década de la Revolución la tasa de natalidad descendió drásticamente –mucho más que en aquellos países de Latinoamérica con fuertes campañas de planificación familiar pero pocas garantías sociales para su multitud empobrecida.[321] Hoy Cuba, con un PNB *per cápita* de sólo tres dólares por día, no sólo tiene el mejor nivel de salud del mundo en vías de desarrollo, sino que también tiene la tasa de natalidad más baja.[322] Es significativo que Cuba tenga ahora una tasa de fecundidad más baja que Estados Unidos.[323]

Los factores socioeconómicos, y no el control de la natalidad, como el determinante principal de las tasas de natalidad

Muchas organizaciones no gubernamentales (ONG) y movimientos populares interpretan el actual interés internacional en la población como un intento de la élite privilegiada por prevenir el desastre mundial sin alterar el orden establecido. Se quejan de que achacar a la superpoblación la causa del subdesarrollo es una estrategia que culpa al pobre y al hambriento del crecimiento de la pobreza, del hambre y del daño al medio ambiente, en lugar de culpar a aquellos que consumen mucho más de lo que les corresponde.

Sin duda, los países e individuos ricos abusan de los recursos y del medio ambiente mucho más que los pobres. Una persona media de Estados Unidos o Europa consume unas 50 veces más energía y otros recursos, y crea unas 50 veces más basura y residuos tóxicos, de lo que lo hace una persona pobre del Sur.

Grupos de mujeres progresistas –especialmente del Tercer Mundo– ven la cuestión básica como un tema de *Derechos sobre la reproducción*. Según este punto de vista no es el crecimiento de la población, sino más bien las injustas políticas económicas mundiales, la causa fundamental de las crisis humanas y medioambientales de nuestro planeta. Todas las mujeres deberían tener control sobre su fertilidad. Así, debería estar disponible para todos un amplio surtido de métodos de control de la natalidad. Pero el control de la natalidad debería ser una decisión libre de cada pareja o individuo, nunca una obligación.[324]

John Ratcliffe ha llevado a cabo algunos interesantes macroestudios sobre tendencias de población, comparando fluctuaciones en las tasas de crecimiento de diferentes países en diferentes momentos y bajo sistemas socioeconómicos y políticos distintos. Sus estudios confirman que las tasas de fecundidad están determinadas mucho más por factores sociales que por la presencia o relativa intensidad de las iniciativas de planificación familiar.[325]

Los que están sinceramente preocupados por el crecimiento de la población (a diferencia de aquellos que hablan sin parar sobre "población" para evitar hacer frente a la injusticia social como causa fundamental de nuestra crisis mundial) deben tomar en cuenta las observaciones anteriores muy seriamente. Lo que implican es lo siguiente: el crecimiento de la población no puede ser reducido sustancialmente sólo mediante programas de planificación familiar. El único modo de conseguir una reducción sustancial y sostenible de las tasas de fecundidad es mediante un cambio social de gran alcance. Tal cambio implica sistemas más justos, con políticas que garanticen la satisfacción de las necesidades básicas de todas las personas. Sólo bajo condiciones de justicia social, la mayoría de la gente puede permitirse tener menos niños –y experimentar sus ventajas.

El SIDA en el Tercer Mundo: una enfermedad de la pobreza y de la injusticia estructural

Los que tienen mayor riesgo son aquellos cuyos derechos son menos tenidos en cuenta y cuya dignidad es menos protegida –desde los negros de Estados Unidos a los árabes de Francia o los coreanos de Japón.

Jonathan M. Mann, primer director del programa de SIDA de la OMS.

[Mann] *está hablando de cuestiones políticas. Yo me ocupo de las cuestiones científicas*

William E. Paul, director de investigación sobre el SIDA, Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos

Ambas citas: *The Boston Globe,* 10 de agosto de 1994[326]

Cualquier discusión acerca del impacto de las estructuras económicas y políticas sobre el bienestar de los niños (o sobre el problema de la diarrea infantil en los años noventa) estaría incompleta sin tener en cuenta el creciente problema del SIDA. El 9 de agosto de 1994, en la Décima Conferencia Internacional sobre el SIDA, Jonathan M. Mann, primer director del programa de SIDA de la OMS, declaró que: "Ahora es evidente que [la actual estrategia mundial sobre el SIDA es] manifiestamente insuficiente para poner la pandemia bajo control". Según Mann: "Profundos problemas sociales –centrados en la desigualdad sexual, las barreras culturales para hablar abiertamente de sexualidad y la injusticia económica– subyacen en el tráfico de sexo y drogas a través de los cuales se transmite muchas veces el SIDA". Al afirmar que deberían afrontarse estos problemas sociales de fondo para contener la enfermedad, Mann admitió que estaba pidiendo un esfuerzo para "transformar la sociedad para hacer frente al SIDA".[327]

Un estudio de África ha concluido que la recesión mundial y los programas de ajuste estructural (PAE) "agravan aún más la transmisión, propagación y [incapacidad para el] control de la infección en África de dos importantes maneras: directamente por el aumento de la población de riesgo a través del incremento de la migración urbana, la pobreza y la impotencia y prostitución de las mujeres e, indirectamente, por la reducción en el suministro de atención de salud". [328] El SIDA ha golpeado en ciertos países del Tercer Mundo de forma particularmente dura, en especial en zonas donde la pobreza y disparidad de ingresos son extremas. En el África subsahariana se estima que uno de cada 40 adultos está infectado por el VIH, y en algunas ciudades la tasa es de uno de cada tres. [329] En algunos países africanos, como Zambia, se piensa que hasta 10% de la población es VIH-positiva, incluyendo un 20-25% de las mujeres zambianas entre 15 y 49 años de edad.[330] En Zimbabue uno de cada cuatro adultos está infectado. [331] Con su actual tasa de crecimiento, se espera que el SIDA haga disminuir la esperanza de vida unos 25 años en algunos países africanos. [332] En Uganda, por ejemplo, la esperanza de vida ha bajado ya de 52 a 42 años a causa del SIDA. (Igualmente, en Tailandia se pronostica que la esperanza de vida baje desde 69 años en 1994 a 40 años hacia el 2010.[333]) Las proyecciones indican que el SIDA matará entre 1.5 y 2.9 millones de mujeres africanas en edad fértil en el año 2000, [334] dejando a más de cinco millones de niños africanos sin madre. [335]

El SIDA está causando un número especialmente cuantioso de víctimas entre los niños de África. La transmisión congénita –de la madre al feto– es el segundo modo más frecuente por el cual el VIH se propaga por África, tras el contacto heterosexual. Cada vez nacen más niños con el VIH. En algunas zonas de África del 25% al 30% de las mujeres embarazadas que acuden a clínicas prenatales son seropositivas para el VIH.[336] En 1991 unos 500 000 niños del África subsahariana tenían el virus VIH. [337] Hacia el año 2000 se piensa que esta cifra alcanzará los 11 millones.[338] En Zimbabue el SIDA ha sido la mayor causa de mortalidad infantil en los hospitales urbanos desde 1989. [339]

En grandes regiones de África el SIDA está contribuyendo al retroceso de los logros alcanzados en la supervivencia infantil. Las siguientes cifras, citadas en un artículo de Sanders y Sambo, lo exponen con claridad:

> Naciones Unidas preveía que en 1990 la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) en el África Central y Oriental habría disminuido de 158 por cada 1 000 nacidos vivos a 132 en el año 1999, sin el impacto del SIDA. La TMM5, sin embargo, está ya entre 165 y 167 en 1990 como resultado del impacto adicional del SIDA, y se pronostica que ascienda a 189 hacia el año 2000. [340]

Si continúan las tendencias actuales, el SIDA será pronto la primera causa de muertes infantiles en muchos otros países africanos. Y aunque hemos recalcado la situación de África, en 1995, por primera vez, se piensa que ha contraído el VIH más gente en Asia que en ningún otro sitio.[341] Como la diarrea en su forma más grave, el SIDA es en gran medida una enfermedad de la pobreza y de la injusticia social. (De hecho, en las comunidades donde la diarrea se lleva muchas vidas infantiles, la diarrea crónica suele ser el primer síntoma y el más prevalente del SIDA. Debido al gran desgaste que suponen las afecciones gastrointestinales crónicas, el SIDA en África es conocido como la *enfermedad que enflaquece*.)

Región	1970	1990	2025
		(porcentaje)	
África	23	32	54
Asia (exc. Japón)	20	29	54
Latinoamérica	57	72	84
Europa	67	73	85
Norteamérica	74	75	85
Mundo	**37**	**43**	**61**

Gráfica 3-23. Proporción de la población que vive en áreas urbanas, por regiones, en 1970, 1990 y proyecciones para el año 2025.[343]

Si observamos los "puntos calientes" del SIDA en el Tercer Mundo –África subsahariana, Tailandia, Brasil, Haití, Honduras– nos damos cuenta de que tienden a ser lugares donde la brecha entre ricos y pobres es mayor, donde los derechos de las mujeres y los niños son violados de manera más flagrante, donde las condiciones sociales están más deterioradas y donde los salarios mínimos han caído tanto que las personas necesitadas se ven obligadas a ganarse la vida de maneras que, de otro modo, nunca elegirían.

La emigración de trabajadores a causa de la pobreza y la propagación del SIDA

> *Algunos observadores atribuyen la rápida propagación del VIH en África, al menos en parte, a los PAE* [Programas de Ajuste Estructural], *que incrementaron la emigración y el crecimiento de las ciudades, llevaron a más gente a la pobreza, forzaron a las mujeres a la prostitución mientras que, a la vez, privaban a los Ministerios de Salud del dinero necesario para proporcionar atención de salud y prevención.*
>
> *The Lancet*, 19 noviembre 1994, vol. 344[342]

En aquellas partes de África con mayor incidencia de infección por VIH, su rápida propagación está vinculada a la elevada emigración de mano de obra a causa de la pobreza. Este patrón de migración de trabajadores deriva de un sistema de clases polarizado que se remonta a los tiempos coloniales. Pero durante la última década la deuda exterior, la recesión y los PAE han hecho la situación de los pobres aún más extrema. Estos factores han reducido los salarios reales, recortado los servicios públicos para los pobres y exigido a los campesinos aumentar la producción de cultivos para la exportación a precios cada vez más bajos. Estas condiciones desesperadas han forzado a un gran número de campesinos arruinados (especialmente hombres) a emigrar periódicamente a lejanas ciudades mineras, donde los que tienen la suerte de encontrar trabajo son metidos en precarios dormitorios y pagados con salarios de hambre a cambio de un trabajo ingrato y agotador.

Al haber dejado a sus esposas y novias atrás en los pueblos, estos trabajadores ambulantes buscan otro desahogo sexual, a menudo con prostitutas (muchas de las cuales vienen de situaciones igualmente míseras y sólo tienen sus cuerpos para vender). Cuando estos hombres regresan de vez en cuando con sus mujeres y familias a los pueblos, llevan con ellos sus ETS y su VIH. El resultado es una desenfrenada propagación de estas enfermedades.

En América Latina, como en África, la extrema desigualdad también parece contribuir a la proliferación del VIH y el SIDA. Los tres países con mayor incidencia de infección por VIH –Brasil, México y, más recientemente, Honduras– también tienen una brecha cada vez mayor entre ricos y pobres, una proliferación vertiginosa de las colonias ilegales, salarios desesperadamente bajos y altas tasas de desempleo, crimen, niños en las calles y prostitución. Un número creciente de trabajadores sexuales son niños desamparados –tanto varones como mujeres–, algunos de ellos tan jóvenes como de ocho o diez años.

En Honduras –como en Filipinas y otros sitios– ha habido un incremento de la infección por VIH en las áreas circundantes a las bases militares extranjeras (de Estados Unidos), por razones evidentes. (Igualmente se ha informado de que la infección por VIH ha aumentado donde han estado emplazadas las fuerzas de paz de la ONU en Camboya y en otros sitios.) Donde quiera que haya personas con mucho dinero y otras en la miseria, el VIH y el SIDA parecen florecer. El turismo sexual en Tailandia es un claro ejemplo.

Hasta la reciente quiebra del peso, México había sido alabado por su modesto crecimiento económico de los últimos años como uno de los pocos casos de éxito del ajuste estructural. Pero, desde principios de los años ochenta, el desempleo se ha elevado y el poder adquisitivo de los salarios ha caído más de 50%. Como en muchos países sujetos a la liberalización y reestructuración económica, la rápida propagación del VIH en México puede vincularse a una alta tasa de migración de mano de obra que periódicamente separa a los hombres de sus esposas (véanse pp. 192-193). El Tratado de Libre Comercio (TLC) Norteamericano ha empeorado la ya pésima situación del desempleo, forzando a millones de braceros o "espaldas mojadas" a cruzar ilegalmente la frontera de Estados Unidos en busca de trabajo y salarios decentes. Allí contraen el VIH y otras ETS y, más tarde, las llevan en su regreso a casa a sus mujeres y novias. De esta forma, es probable que el SIDA alcance proporciones endémicas en México, como ya lo ha hecho en zonas de África y en otros sitios donde las duras injusticias provocan una migración masiva de campesinos a las minas y campos de trabajo de las ciudades.

¿Qué se puede hacer para detener la propagación del VIH/SIDA?

En las perniciosas condiciones sociales bajo las que el VIH se está propagando más rápido, educar a los individuos de alto riesgo para que usen preservativos podría ser mejor que nada. Pero no es suficiente. Sólo corrigiendo las injustas estructuras sociales que permiten a los ricos explotar a los necesitados, que fuerzan largas separaciones entre maridos y mujeres, y que crean tal desesperación que la gente se olvida de cualquier precaución, puede ser contenida la rápida propagación del VIH. Para llegar hasta la causa fundamental de la epidemia del VIH/SIDA en el Tercer Mundo se necesitaría, para empezar, la cancelación de la deuda externa y el cambio de las políticas de ajuste estructural que incrementan la pobreza. En las zonas rurales sería necesaria una promoción de la producción de alimentos locales para consumo interior en lugar de para exportar, y subvenciones públicas para ayudar a los campesinos pobres a permanecer en sus tierras con sus familias. Las zonas urbanas requerirían salarios más justos, viviendas de bajo costo para las familias y fortalecimiento de los sindicatos independientes para que los trabajadores pudieran exigir sus derechos, y un gobierno y empresarios responsables. Y también requeriría la liberación y una mayor igualdad de la mujer. En el largo plazo, la justicia social hará más por retrasar la propagación del VIH que los intentos actuales de promover el sexo seguro. Ambos son necesarios. Desgraciadamente, sin embargo, los tecnócratas y planificadores de la salud han intentado una vez más resolver lo que es fundamentalmente un problema social a través de medidas tecnológicas.

Conclusión a la Parte 3

En esta tercera parte hemos visto que los niveles de salud están determinados por factores sociales, políticos y económicos más que por los avances médicos o medidas tecnológicas. En el Norte las mejoras en la salud llegaron sólo después de que los trabajadores empezaron a organizarse y a exigir sus derechos. Más recientemente, en el Sur, se ha hecho evidente que las intervenciones tecnológicas seleccionadas –como son los sobres de SRO para combatir la deshidratación, los preservativos para prevenir el SIDA o los anticonceptivos para combatir la superpoblación– en el mejor de los casos conseguirán unos resultados muy limitados… a menos que entren a formar parte de un planteamiento integral, equitativo y liberador.

Hemos visto varios ejemplos de países que se han acercado a la *buena salud a bajo costo* siguiendo un tipo de desarrollo que antepone las necesidades básicas de toda la población a la estrechez de miras de la búsqueda del crecimiento económico para unos pocos. Pero, tan prometedores como son, los caminos del desarrollo orientados a la igualdad –incluso en países tan grandes e independientes como China– se han mostrado difíciles de mantener en un ambiente internacional que, cada vez más, coloca las pretensiones del mercado mundial (*i.e.* la acumulación sin control de riqueza por los que ya son ricos) antes que las necesidades de toda la población.

Hay, sin embargo, muchos ejemplos de personas que trabajan unidas para satisfacer sus necesidades locales en el corto plazo, dentro de un contexto más amplio de construcción de una sociedad más saludable y justa. En la última parte de este libro veremos algunos de estos caminos alternativos, sus puntos fuertes y débiles y cómo podemos aprender de ellos para avanzar en estos tiempos difíciles.