

La pandemia del VIH/Sida:

UNA MIRADA DESDE LA SOCIEDAD DEL RIESGO*

Manuel Espinel Vallejo

Resumen

La pandemia del VIH/Sida ha dejado de ser interpretada exclusivamente como un problema de salud pública, para comenzar a ser considerada como uno de seguridad. Por ello, este trabajo analiza la pandemia del VIH/Sida desde la teoría de la sociedad del riesgo, tomando como caso de análisis Sudáfrica. En ese sentido, tanto el patrón socioepidemiológico como la magnitud de esta enfermedad en los países no desarrollados se puede concebir como el resultado de la sobre acumulación de consecuencias perversas de su proceso de modernización simple. Esta implicación ha generado un régimen de riesgo (es decir, una economía política de la inseguridad y de la incertidumbre) caracterizado principalmente por relaciones de género y procesos de individualización violentos, relaciones laborales precarias e inestables y representaciones de la enfermedad ambiguas, contradictorias y sesgadas, tanto entre los ciudadanos como en las instituciones públicas responsables de su control y prevención.

Palabras claves: sociedad del riesgo, modernización, consecuencias perversas, VIH/Sida, Sudáfrica, epidemiología.

Abstract

HIV/AIDS pandemic is not only a Public Health problem, but also It is a security problem. On this way, this paper analyses the HIV/AIDS pandemic starting from the risk society theory and taking the South Africa epidemic as analysis case. Hence, it is possible to claim that both the socio-epidemiological profile and the extent of this disease in non development countries are the result of the perverse consequences "over-gathering" of their modernization process. These implication have generated a risk regimen (that is to say, an insecurity and uncertainty political economy) whose principal characteristics are: violent gender relations and individualization process, precarious and unstable work relations and contradictory, slanting and ambiguous illness representations, among both citizens and public institutions whose responsibility is the disease control and prevention.

Key Words: risk society, modernization, perverse consequences, HIV/AIDS, South Africa, epidemiology.

* Quiero agradecer a la profesora María Luz Morán, vicedecana de investigaciones de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid y a la profesora Susana Aguilar, del departamento de Sociología I de la misma Facultad, por sus valiosos comentarios sobre el texto. De igual modo, agradezco al profesor

Alexander Walker del departamento de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Witwatersrand y del Instituto de Investigaciones Médicas de Sudáfrica, por compartir de manera desinteresada su conocimiento sobre la salud pública en ese país.



Introducción

A comienzos del año 2000 varios medios de comunicación divulgaron una noticia según la cual, el virus de la inmunodeficiencia humana –síndrome de inmunodeficiencia adquirida, VIH/Sida– y otras enfermedades infecto contagiosas habían sido declaradas por el gobierno de Estados Unidos una amenaza para la seguridad nacional. “*AIDS is declared a threat to security*” fue la forma como el Washington Post tituló esta noticia¹. Su origen fue la divulgación pública de un informe especial elaborado por el Consejo de Inteligencia Nacional, organismo adscrito a la CIA², en el cual se señalaba que la diseminación del VIH/Sida había alcanzado una dimensión “catastrófica”, hecho que la convertía en una verdadera amenaza para la seguridad nacional, en la medida en que podía provocar el derrocamiento de gobiernos extranjeros, precipitar guerras étnicas y hundir décadas de trabajo para construir democracias de libre mercado. Además, según este mismo informe, los datos parecían indicar que, en la siguiente década, esta enfermedad no solo causaría la muerte a cerca de una cuarta parte de la población del sur de África (región más afectada), sino que también afectaría seriamente al sur de Asia y a los nuevos países de la antigua Unión Soviética, comprometiendo con ello su proceso de transición económica y política.

Esa misma perspectiva fue adoptada por el Consejo de Seguridad de la Naciones Unidas en su reunión de enero de 2000, cuando señaló que el concepto de seguridad debería interpretarse a través de un nuevo y más amplio prisma, de tal forma que la nueva agenda de seguridad tendría que incluir las amenazas que suponen el deterioro del medio ambiente, el consumo y tráfico de estupefacientes, la corrupción, el terrorismo y las nuevas pandemias, particularmente el Sida. En esa reunión el vicepresidente de Estado Unidos de ese entonces Al Gore, en calidad de presidente del Consejo de Seguridad de la Naciones Unidas, manifestó: “*Today’s historic session not only recognized the real and present danger to world security posed by the AIDS pandemic, it also began a month-long focus by the Council on the special challenges confronting the African continent. By the power of example, this meeting demands of us that we see security through a new and wider prism, and forever after, think about it according to a new, more expansive definition*”³.

Los informes elaborados por las Agencias Internacionales en relación con esta enfermedad no dejan dudas acerca de lo preocupante de esta situación. En efecto, el informe sobre el VIH/Sida presentado por la Organización Mundial de la Salud y el Programa de la Naciones Unidas sobre VIH/Sida de diciembre de 2002 (Unaid/WHO, 2002a)

- 1 Se tomó como referencia la noticia del Washington Post del 30 de abril de 2000. Se puede consultar la versión digital del Washington Post en <http://www.washingtonpost.com>
- 2 National Intelligence Council, The Global infectious disease threat and its implications for the United States, January 2000. Este informe “no clasificado” sobre el resurgimiento de la amenaza de las enfermedades infecciosas en el mundo y sus repercusiones sobre Estados Unidos, se puede obtener en internet: <http://www.cia.gov/nic/pubs/index.htm>

- 3 Al respecto, consultar la página web del Consejo de Seguridad de la Naciones Unidas, <http://www.un.org/> La traducción del texto significa: “En esta sesión histórica de hoy no solo se reconoció el verdadero y actual peligro a la seguridad del mundo que posee la pandemia del Sida, sino que con ella también se da inicio a un largo-mes de concentración del Consejo en los especiales desafíos que enfrentaba el continente africano. Por la fuerza de ese ejemplo, esta reunión exige de nosotros que veamos la seguridad a través de un nuevo y ancho prisma y por siempre pensemos acerca de ello sobre la base de una nueva y más expansiva definición”. (Traducción de la directora de la Revista Gerencia y Políticas de Salud.)



señala como cerca de 28 millones de personas han muerto desde que se detectó la enfermedad (hace unos veinte años) y alrededor de 42 millones son portadores del virus, de los cuales 3,2 millones son niños menores de 15 años y 19,2 millones son mujeres. Por otra parte, 95% de los portadores se encuentran en países subdesarrollados, especialmente en el África subsahariana, lugar donde se concentra 75% de todos los portadores vivos (29,4 millones de africanos) y donde esta enfermedad representa la principal causa de mortalidad. Además, cerca del 10% de la población entre los 15 y los 49 años en esta región africana es portadora del virus o padece de Sida, por lo que la expectativa de vida de los africanos, que a comienzos de la década de 1990 era de 59 años, caerá a 40 años en la primera década de este nuevo milenio. En resumen, la catástrofe del VIH/Sida se puede considerar como un desastre humanitario de proporciones históricas mundiales (Eberstadt, 2002).

El panorama se hace aún más dramático si se tiene en cuenta que un porcentaje importante de los nuevos casos es resistente a las terapias convencionales utilizadas (WHO, 2000), que existe muy poca investigación relacionada con alternativas terapéuticas en el caso de enfermedades infecciosas y que los países afectados tienen serias dificultades para acceder a los medicamentos esenciales. De hecho, de los 1.233 nuevos fármacos que se introdujeron en el mercado entre 1975 y 1997 solo trece, es decir alrededor del 1%, fueron aprobados específicamente para enfermedades tropicales (Reich, 2000). Además, hay que recordar la demanda que, a comienzos de 2001, interpusieron varias multinacionales farmacéuticas ante los tribunales de Pretoria contra el gobierno sudafricano porque autorizó la compra de medicamentos antirretrovirales genéricos para el tratamiento de personas afectadas por el VIH/Sida (Riviére, 2001, 2002; Oxfam, 2001).

Una primera lectura de la situación del VIH/Sida permite delimitar la nueva dimensión que ha adquirido esta enfermedad. Esta nueva dimensión se manifiesta en cuatro escenarios fundamentales, según los elementos anteriormente expuestos. En primer lugar, la magnitud que ha alcanzado esta infección ha sobrepasado las previsiones de los expertos y ha desbordado las acciones sanitarias tradicionales de prevención y tratamiento. En segundo lugar, esta enfermedad, en la medida en que ha dejado de ser un problema exclusivo de las autoridades sanitarias, se ha convertido en una amenaza que comienza a crear importantes conflictos geopolíticos y sociales, que rebasan los límites de las naciones más afectadas y las posibilidades de acción de sus gobiernos. En tercer lugar, el riesgo de enfermar o morir por VIH/Sida y las consecuencias y amenazas que se derivan de este hecho, afectan especial y dramáticamente a los denominados países no desarrollados. Finalmente, y como consecuencia de los puntos anteriores, esta enfermedad puede llegar a desestabilizar social y políticamente a las naciones más afectadas, situación que la convierte en una amenaza para la seguridad, especialmente de los países desarrollados⁴.

Desde esta nueva perspectiva, la pandemia del VIH/Sida ha dejado de ser interpretada exclusivamente como un problema de salud pública y ha comenzado a ser considerada como un riesgo o una amenaza que compromete la seguridad de algunas naciones. Desde el punto de vista sociológico quien más ha

4 De hecho, el informe sobre la epidemia mundial de VIH/Sida de junio de 2000, reconoce que hoy esta enfermedad se puede considerar como una crisis del desarrollo y que, en algunas parte del mundo, rápidamente ha llegado también a convertirse en una crisis de seguridad. Esta enfermedad tiene la capacidad de devastar, en sus bases sociales, económicas y demográficas, el proceso de modernización y desarrollo.



trabajado recientemente esta idea del riesgo ha sido el sociólogo alemán Ulrich Beck, a través de su teoría sobre “la sociedad del riesgo” (Beck, 1998). El concepto del riesgo, en términos de Beck, refleja un estado intermedio entre la seguridad y la destrucción, donde la posibilidad de materialización de la amenaza y la forma como se perciben los riesgos determinan el pensamiento y la acción.

Aunque el fundamento empírico de la teoría de la sociedad del riesgo de Beck ha sido la crisis medioambiental, en el contexto de la modernización simple o industrialización de los países desarrollados (Beck, 2002a), sus categorías pueden ser muy útiles para comprender esta nueva dimensión del VIH/Sida, particularmente en los países no desarrollados. En ese sentido, este trabajo pretende arrojar algunas luces que permitan comprender, desde la perspectiva de la sociedad el riesgo, tanto el patrón socio epidemiológico como la magnitud de esta enfermedad en este tipo de países. Para ello se tomó como caso de referencia la epidemia en Sudáfrica. Se escogió este país por dos razones fundamentales. En primer lugar, porque es el país que, en este momento, presenta el mayor número de personas afectadas por esta enfermedad (cinco millones) y, en segundo lugar, porque su historia permite ilustrar claramente una de las tesis centrales de la teoría del riesgo de Beck: las consecuencias perversas de la modernización en los países no desarrollados.

En la primer parte de este trabajo se hará una breve descripción de la situación actual del VIH/Sida en Sudáfrica y, además, se revisará la historia de este país poniendo especial énfasis en la *apartheid*, hecho que permite dar cuenta de la magnitud y del patrón socio epidemiológico que ha adquirido la enfermedad en esta región. Posteriormente, se realizará un análisis de la actual epidemia en Sudáfrica desde la teoría de la sociedad del riesgo,

tomando como referencia fundamental los trabajos de Beck y las consecuencias del *apartheid* sobre las sociedad sudafricana. En la parte final del trabajo se esbozarán algunas conclusiones derivadas de este tipo de aproximación a la actual pandemia del VIH/Sida.

1. La pandemia en Sudáfrica

Para comprender la situación actual de la epidemia de VIH/Sida en Sudáfrica es muy importante tener en cuenta desde el comienzo que el patrón socio epidemiológico de esta enfermedad en este país, aunque semejante a todos los del África subsahariana, es muy diferente al de los países desarrollados. Efectivamente, mientras que en Europa 75% de los casos son hombres, que adquieren el virus por contacto homosexual (34%) o por el uso de drogas intravenosas (28%) y donde la prevalencia en adultos es baja (0,3%), en África subsahariana 58% de los casos son mujeres, que adquieren el virus por contacto heterosexual (90%) y donde la prevalencia en adultos es alta (8,8%) (Unaid/WHO, 2002a). Otra característica distintiva tiene que ver con la edad de las mujeres afectadas por la enfermedad. Mientras que en Europa la prevalencia puede alcanzar un máximo del 0,29% en mujeres entre los 15 y los 24 años como ocurre en España, en el África Subsahariana puede llegar al 45% en mujeres de este grupo de edad como ocurre en Bostwana (Unaid/WHO, 2002a).

En Sudáfrica, los datos sobre prevalencia proceden de “La encuesta nacional prenatal de mujeres embarazadas” (*The National Antenatal Survey of Pregnant Women*) que se realiza anualmente desde 1990 (South African Department of Health, 2001). Por el origen y la naturaleza de los datos es muy difícil extrapolarlos a la población general; sin embargo, son los únicos datos disponibles en el orden nacional. No se dispone de



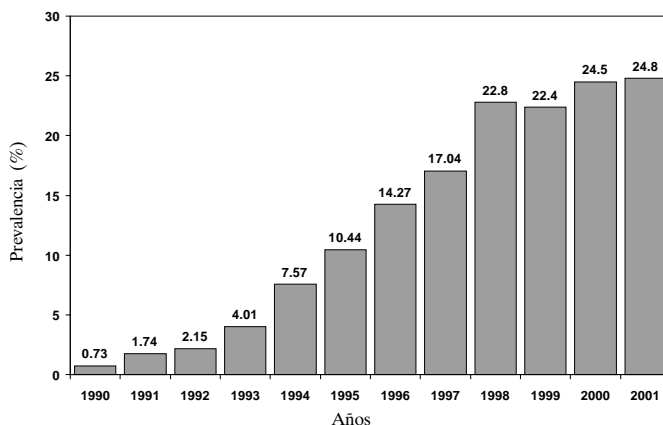
información directa en relación con las tasas de prevalencia en mujeres no embarazadas, en hombres, en recién nacidos o en menores de 15 años. Es por esto que la interpretación de las cifras hay que hacerla con precaución teniendo en cuenta esta dificultad (Gilbert, Walker, 2002). Otro elemento a tener en cuenta para interpretar los datos de VIH/Sida en Sudáfrica es la estructura de su población. Debido al apartheid la población sudafricana está compuesta de 77% de negros, 11% de blancos, 9% de mestizos y 3% de hindúes. Con la eliminación definitiva del apartheid en 1994, las categorías “raza” o “grupo de población” han sido excluidas de los datos oficiales; sin embargo, la información disponible indica que el patrón socio epidemiológico “africano” afecta a la población negra de Sudáfrica mientras que el patrón socio epidemiológico “europeo” se encuentra entre la población blanca (Gilbert, Walker, 2002).

Los primeros casos de VIH/Sida reportados en Sudáfrica aparecieron en 1982, principalmente entre hombres blancos que adquirieron el virus, presumiblemente a través de

contactos homosexuales en Estados Unidos y en Europa (Gilbert, Walker, 2002). La exposición de la población negra al virus era limitada debido a las condiciones de segregación y a las medidas de control impuestas por el *apartheid*. En la medida en que, a finales de los ochenta y comienzos de los años noventa, el gobierno blanco eliminó de manera paulatina estas restricciones y la infección comenzó a generalizarse entre la población negra hasta desarrollar el patrón arriba mencionado. En la parte dedicada al apartheid se analizará con mayor detalle esta situación.

En la actualidad cerca de cinco millones de sudafricanos, en su gran mayoría población negra, están infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana o padecen de Sida (Unaid/WHO, 2002a). Para una población de 43.792.000 esto significa una prevalencia del 11,4%. Sin embargo, al considerar que 4.7 millones de afectados se encuentra entre los 15 y los 49 años de edad, la prevalencia asciende al 20% en la población adulta. Por otra parte, 2,7 millones de mujeres (57% de la población adulta entre 15 y 49 años) y 250

GRÁFICO 1
TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DE VIH
EN SUDÁFRICA DE 1990 A 2001



Fuente: South African Department of Health, National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey, 2001 (del original en inglés).



mil niños menores de 15 años han adquirido esta enfermedad. El Gráfico 1 muestra la evolución de la prevalencia de VIH/Sida en Sudáfrica desde 1990 hasta 2001.

En términos de regiones, la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana se distribuye de manera desigual en las distintas provincias de Sudáfrica, según se puede apreciar en el Cuadro 1. En la Provincia de KwaZulu-Natal, donde la prevalencia ha superado 30%, las muertes superan a los nacimientos. Si esta tendencia se mantiene, en el año 2005, solo 13% de la población de esta provincia alcanzará una expectativa de vida de cuarenta años. Por otra parte, grandes variaciones ocurren dentro de las mismas provincias. En Messina y Beit Bridge en la Provincia del Norte, la tasa de prevalencia supera 60%, mientras que en toda la provincia es aproximadamente del 11% (Marais, 2000).

Como se manifestó anteriormente, existe un incremento significativo de la prevalencia de VIH en las mujeres jóvenes entre los 20 y los 30 años de edad, como lo muestra el Cuadro 2. La prevalencia más alta entre las mujeres

se encuentra en la Provincia del Norte con 40% y la más baja en la Provincia de Cabo Occidental con 5% (Marais, 2000).

Para poder comprender este complejo patrón socio epidemiológico de presentación y distribución del VIH/Sida en Sudáfrica hay que tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, que la sociedad sudafricana es muy heterogénea y está profundamente dividida y fragmentada como resultado de una compleja superposición y yuxtaposición de razas o “grupos de población”, áreas geográficas, clases socioeconómicas, grupos de edad, actividades laborales, tradiciones, condiciones de género y políticas sanitarias (Gilbert, Walker, 2002; Walker, 2001, Trengove Jones, 2001; Latré-Gato, 1999; Cadwell, 2000; Marais, 2000, Unesco, 1999). En segundo lugar, que esta compleja superposición de “categorías” ha sido el resultado del *apartheid* que experimentó la población sudafricana formalmente desde 1950. A continuación se expondrán algunos de los elementos que caracterizaron este periodo de la historia de Sudáfrica, basados en los trabajos de Thompson y Walker (Thompson, 1995, Walker, 2001).

CUADRO 1
ESTIMACIONES, CON UN INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%,
DE LA PREVALENCIA DE VIH EN LAS PROVINCIAS
DE SUDÁFRICA, DE 1998-2001

Provincia	1998	1999	2000	2001
KwaZulu-Natal	32,5	32,5	36,2	33,5
Mpumalanga	30,0	27,3	29,7	29,2
Gauteng	22,5	23,9	29,4	29,8
Estado Libre	22,8	27,9	27,9	30,1
Provincia Noroccidental	21,3	23,0	22,9	25,2
Cabo Oriental	15,9	18,0	20,2	21,7
Provincia del Norte	11,5	11,4	13,2	14,5
Cabo del Norte	9,9	10,1	11,2	15,9
Cabo Occidental	5,2	7,1	8,7	8,6
Nacional	22,8	22,4	24,5	24,8

Fuente: South African Department of Health, National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey, 2001 (del original en inglés).



CUADRO 2
ESTIMACIONES, CON UN INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%,
DE LA PREVALENCIA DE VIH POR GRUPOS DE EDAD EN SUDÁFRICA,
DE 1998-2001

Grupo de edad	1998	1999	2000	2001
<20	21,0	16,5	16,1	15,4
20-24	26,1	25,6	29,1	28,4
25-29	26,9	26,4	30,6	31,4
30-34	19,1	21,7	23,3	25,6
35-39	13,4	16,2	15,8	19,3
40-44	10,5	12,0	10,2	9,1
45-49	10,2	7,5	13,1	17,8

Fuente: South African Department of Health, National HIV and Syphilis Seroprevalence Survey, 2001 (del original en inglés).

1.1. Contexto histórico

A comienzos del siglo XX se produce una unificación del poder colonial en Sudáfrica y se crea un estado unificado con soberanía parlamentaria y control británico. En ese momento la población, de aproximadamente seis millones, estaba constituida por 67% de africanos (población negra), 21% de blancos (55% africaners descendiente de holandeses, 45% de origen británico), 9% de mestizos (coloures resultado de la mezcla de europeos, africanos y asiáticos descendientes de esclavos malayos) y 3% de hindúes (*indians* procedentes de la India y que trabajaban en plantaciones de azúcar). Los africaners, organizados fundamentalmente en familias, se dedicaron a las actividades agrarias y pastoriles en las mejores tierras de la región. Los descendientes británicos, en especial hombres, se concentraron en las ciudades (Johannesburgo, Pretoria, Durban, etcétera) y monopolizaron prácticamente toda actividad manufacturera, fabril, comercial y bancaria. A raíz de los descubrimientos de los grandes yacimientos de oro y de diamantes en la región, a finales del siglo XIX, hubo una gran participación de inversores británicos que impulsaron el proceso de modernización de Sudáfrica. La mayoría de la

población negra se encontraba hacinada en reservas y comenzaba a convertirse en mano de obra asalariada que trabajaba en las plantaciones de los africaners, en la explotación de las minas y en las empresas manufactureras de los descendientes británicos.

El proceso de modernización de Sudáfrica, promovido por la burguesía capitalista de origen británico, que se había consolidado en las ciudades, y la reclusión de la población negra en reservas produjo una profunda desestructuración de la organización familiar y comunitaria sudafricana. Las reservas se fueron reduciendo cada vez más y dejaron de garantizar la subsistencia de sus pobladores. Esta situación, unida al aumento de las necesidades de mano de obra asalariada en las minas y en la industria manufacturera, incrementó la movilidad de trabajadores negros y sus desplazamientos a las zonas mineras y a las ciudades. A pesar de que el gobierno blanco trató de limitar este flujo, a través de un complejo sistema de permisos y “salvoconductos”, ya en 1939 más del 80% de los trabajadores de las minas y cerca del 40% de los habitantes de las ciudades eran negros que fueron hacinándose en barrios cerca de las minas o en la periferia de las ciudades, formando las denominadas



townships. En las reservas se consolidaron poderes tribales, autoritarios y arbitrarios, que facilitaron el control de la población negra por el gobierno blanco. Esto fue particularmente evidente en la Provincia de Natal (hoy Provincia de KwaZulu-Natal) donde predominaban (y siguen predominando) descendientes del reino de los Zulú.

Desde el punto de vista sanitario, la tasa de mortalidad general e infantil era el doble en la población negra con respecto a la blanca y la expectativa de vida al nacer era de quince años menos entre los negros que entre los blancos, tal como lo muestra el Cuadro 3.

Una incipiente y escasa clase media africana, conformada por vendedores, clérigos, maestros, pequeños comerciantes, entre otros, comenzó a desarrollarse en las ciudades y trató de canalizar el resentimiento de la población negra contra la hegemonía de la población blanca. En 1912 estos grupos fundaron el Congreso Nacional Africano, que se convertiría en un importante instrumento de resistencia en la segunda mitad del siglo. Simultáneamente con este proceso, sectores asalariados negros comenzaron a organizarse en sindicatos y realizaron las primeras protestas sociales. Las tensiones sociales generadas por estas transformaciones, unidas al empobrecimiento de algunos trabajadores blancos dedicados a

actividades agropecuarias y al malestar que generó, dentro de sectores conservadores de los *africaners*, la adhesión del gobierno sudafricano a los aliados durante la Segunda Guerra Mundial, provocó una radicalización de estos sectores llevándolos a conformar el Partido Nacionalista. Este partido logró movilizar el suficiente apoyo de las principales sectores rurales y urbanos de los *africaners*, apelando tanto a sus fuertes actitudes étnicas y raciales como a sus intereses materiales y en 1948 accedió al poder en el Parlamento.

A partir de 1950, el Partido Nacionalista desarrolló toda una serie de disposiciones legales y de acciones de segregación y discriminación racial, conocidas en su conjunto como *apartheid*, cuyos objetivos fundamentales fueron: i) separar la población en cuatro grupos raciales: blancos (*africaners* y *angloparlantes*), negros (*africans*), mestizos (*coloured*) e hindúes (*indian*); ii) consolidar y perpetuar la hegemonía política y económica de los blancos –privilegiando sus intereses– sobre el resto de grupos, particularmente los negro y iii) consolidar un estado-nación blanco, al segregar a la población negra en varias (7-10) pequeñas naciones, conocidas como *homelands* (tierras de origen), potencialmente “autónomas”, pero que no eran otra cosa que las reservas legalmente definidas.

CUADRO 3
TASAS MEDIAS DE MORTALIDAD Y EXPECTATIVA DE VIDA POR 1.000
EN SUDÁFRICA EN EL PERIODO DE 1891 A 1906

Indicadores de salud	Población blanca		Población negra	
Tasa de mortalidad general por 1.000	14,8		33,1	
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	150,0		304,0	
Expectativa de vida al nacer (en años)	H	M	H	M
	45,3	48	30,1	32,5

H= hombre

M= mujer

Modificado de: Walker, A., Changes in Public Health in South Africa from 1876, The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, 2001, 121 (2), pp.85-93 (del original en inglés).



Estas medidas aumentaron el desplazamiento masivo de la población africana con el fin de asentarse en sus respectivas *homelands*, con lo que se agudizó la disgregación familiar. Además, provocaron la pérdida de prácticamente todos los derechos a tierras fuera de este tipo de reservas, fortalecieron las tendencias autoritarias y patriarcales de los jefes locales de cada reserva, formalizaron y legalizaron los asentamientos negros en la periferia de las ciudades o *townships*, e intensificaron el control de los desplazamientos de la población negra por medio de permisos. Finalmente, separaron los equipamientos y los servicios para blancos y negros (escuelas, universidades, cafeterías, teatros, estaciones de autobuses y trenes, servicios de taxis y autobuses, baños, parques, iglesias, hospitales, etcétera) y prohibieron la realización de matrimonios interraciales.

A partir de la década de 1960 varias situaciones fueron haciendo especialmente difícil sostener el *apartheid* por parte del Partido Nacionalista: i) la recesión económica; ii) las permanentes huelgas de los sindicatos, mayoritariamente negros, que contribuyeron no solo a agudizar la recesión económica sino generaron un clima de conflicto e inestabilidad permanentes; iii) lo oneroso que resultaba para el gobierno del Partido Nacionalista el sostener una burocracia destinada a garantizar el mantenimiento del *apartheid*; iv) el continuo crecimiento de la población negra, particularmente en las townships, que comenzó a limitar y a debilitar la capacidad de control del gobierno blanco⁵; v) el control por parte de los negros de prácticamente toda la economía informal; vi) la corrupción, la ineficiencia y el autoritarismo de los jefes tribales y las condiciones de pobreza de las *homelands* que

5 En efecto, en 1980 la población negra representaba 72% de la población, mientras que la población blanca solo 16%.

las hizo prácticamente insostenibles; y vii) el incremento de la violencia interracial y los disturbios en las ciudades generando zozobra entre algunos sectores de la población blanca, que comenzaron a emigrar o exigir cambios, o por lo menos flexibilización de las leyes que sostenían el *apartheid*.

Como resultado de todo este conjunto de presiones y transformaciones y del aumento, a su vez, de la presión internacional⁶, en 1990 el gobierno del Partido Nacionalista, encabezado por De Klerk, decidió iniciar una serie de reformas que llevaron finalmente a la supresión de las leyes que sostenían el *apartheid*, a la liberación de los presos políticos, entre ellos Nelson Mandela, y a la conformación de un gobierno democrático multirracial. En 1994 se realizaron elecciones libres y Mandela es elegido presidente como representante del Congreso Nacional Africano. En 1995 se crea la Comisión de la reconciliación y verdad con el fin de reducir los conflictos raciales que pudiesen atentar el proceso de transición democrática y, en 1996, se aprueba la nueva Constitución de Sudáfrica.

2. Sociedad de riesgo y la epidemia

La epidemia de VIH/Sida forma parte de un fenómeno más amplio conocido como el “*Resurgir de las enfermedades infecciosas*” (Farmer, 1996). Lo llamativo de la situación es que hace apenas treinta años las enfermedades infecciosas se consideraban, si no erradicadas, sí completamente controladas (Valderas, 1999). Ese optimismo había surgi-

6 La caída del Muro de Berlín y el derrumbe de la Unión Soviética desdibujan de manera notable la influencia del comunismo internacional sobre los movimientos de liberación nacional africanos los cuales, como en el caso particular de Sudáfrica, comienzan a ser vistos con buenos ojos por la comunidad internacional.



do de las teorías clásicas de la modernización que, bajo el prisma conceptual del desarrollo, pretendía reproducir en los países no desarrollados el proceso de modernización de los denominados países desarrollados (Kiely, 1999, Preston, 1999). Paradójicamente, la frase de Marx del prefacio de *El Capital* “*los países desarrollados son para los no desarrollados una imagen de su propio futuro*”, se había convertido en una especie de consigna de este proceso. En el campo de la salud la “*teoría de la transición epidemiológica*” se hacía eco de esta consigna, en la medida en que sugiere que los estados nacionales, a lo largo de su desarrollo, atraviesan por transformaciones epidemiológicas previsibles: las muertes ocasionadas por enfermedades infecciosas van a ser reemplazadas por enfermedades crónicas y degenerativas, propias de los países desarrollados (Farmer, 1996).

La situación de salud en Sudáfrica, especialmente en relación con la epidemia de VIH/Sida, parece ir por un camino diametralmente opuesto, tanto al marcado por las teorías del desarrollo como al señalado por la teoría de la transición epidemiológica. De hecho, de seguir la tendencia como va en este momento, en pocos años la expectativa de vida de la población negra sudafricana, en particular la de sus mujeres, retrocederá casi al nivel que tenía a comienzos del siglo XX (Cuadro 3). Cabría entonces preguntarse: ¿dónde está el problema? Por lo menos hay tres presupuestos en las teorías del desarrollo que son difícilmente sostenibles: i) que la modernización sea un proceso previsible y transparente; ii) que la modernización, tal y como se presentó históricamente en los países desarrollados, se puede reproducir en contextos diferentes al los de estos países; y iii) que una vez se ha puesto en marcha este proceso, sigue un camino –el del progreso y el desarrollo– independiente y autónomo de las condiciones históricas del contexto donde se materializa. Es aquí donde la teoría de

Beck sobre la sociedad del riesgo ofrece elementos que muestran la falacia de estos presupuestos y abre la puerta para comprender mejor todo lo que subyace a la epidemia del VIH/Sida, especialmente en Sudáfrica.

Para Beck la sociedad del riesgo es el resultado de la auto confrontación de las consecuencias no queridas y perversas de la modernización con sus propios fundamentos. En otras palabras, el tránsito de la sociedad industrial a la del riesgo se realiza de forma anónima e imperceptible en el curso del mismo proceso de modernización, según el modelo de acumulación y yuxtaposición, en tiempo y espacio, de efectos colaterales latentes (Giddens, Bauman, Luhmann, Beck, 1996). Este proceso, producido por los logros y triunfos de las instituciones de la modernidad simple o industrial, genera amenazas y riesgos que cuestionan y, finalmente, terminan destruyendo los fundamentos que dan cuenta de la sociedad industrial (Beck, Giddens, Lash, 1997). Este concepto designa, entonces, una fase del desarrollo de las sociedades modernas en las que los riesgos no pueden ser controlados por las instituciones tradicionales de la sociedad industrial (Beck, Giddens, Lash, 1997).

En la sociedad del riesgo, entonces, las ideas maestras (y sus respuestas institucionalizadas) de la modernidad industrial pierden su sentido y poder de convicción: con la globalización, pierde su sentido la idea de territorialidad; con la desregulación y flexibilización del trabajo pierde sentido la idea de trabajo permanente y pleno empleo; con la individualización pierde su sentido la idea de comunidad y de división natural del trabajo entre hombre y mujer; con la crisis ecológica pierde su sentido la idea de la explotación de la naturaleza como base del crecimiento ilimitado (Beck, 2000a, 2000b).



En términos laborales y de organización social, el régimen de riesgo (es decir, la economía política de la inseguridad, la incertidumbre y la desfronterización) es provocado por la inestabilidad y precarización del mercado laboral (contratos temporales, contratos tiempo parcial, contratos “basura”, trabajo por cuenta propia, etcétera), según la consigna de la flexibilización del trabajo, y por la destrucción de los vínculos familiares y comunitarios bajo la presión de la individualización. *“Las oportunidades, riesgos y ambivalencias de la biografía, que en [otros] tiempos podían abordarse en la unidad familiar, en la comunidad local o recurriendo a la clase o al grupo social, tienen que ser captadas, interpretadas y tratadas cada vez más por el individuo aislado”* (Beck, 2002, p.118).

En la crisis medio ambiental es precisamente donde Beck encuentra el fundamento empírico que sustenta su reflexión. Las armas nucleares, la emisión permanente de sustancias tóxicas y contaminantes y los cultivos genéticamente modificados plantean riesgos permanentes que desbordan las coordenadas témporo-espaciales presentes y locales. Los peligros ecológicos contemporáneos, como la destrucción de la capa de ozono, solo han aparecido como síntomas muchos años después de que se iniciara su impacto, como resultado invisible de acciones específicas (acumulación de emisiones producidas por la industrialización creciente). Esos mismos peligros *“no saben de fronteras”*, en palabras de Beck, y son universalizados por el aire, el viento, el agua y las cadenas alimenticias. Desde esta perspectiva, los peligros ecológico adquieren una dimensión global, que superan las acciones locales de control y generan incertidumbres presentes, en función de las posibles consecuencias futuras, muchas de ellas difíciles de prever. Esa *“imprevisibilidad”* acrecienta los riesgos en la medida en que: i) limita las acciones presentes para controlar las causas de la conta-

minación, por la ausencia de una clara relación causa-efecto temporal; y ii) legitima a sus causantes porque desvirtúa los posibles argumentos para paralizar la producción, hecho que si tendría efectos en el corto plazo (despido de trabajadores, reducción de la productividad, etcétera). De allí que la conversión de los efectos invisibles de la producción industrial en conflictos ecológicos globales críticos represente la materialización de *“una profunda crisis institucional de la primera fase de la modernidad industrial”* (Beck, 2002a, p. 51).

2.1 Condiciones contradictorias de la modernidad

Bajo el paraguas de la sociedad del riesgo se refugian dos condiciones contradictorias de la modernidad. La primera es aquella en la que la sociedad aún se define como sociedad industrial movida por el optimismo del progreso que niega todos los riesgos. La percepción, entonces, es dominada por una especie de consenso sobre el progreso, la producción industrial, la seguridad en el puesto de trabajo y la producción de riqueza, negándose sistemáticamente cualquier riesgo. La segunda es aquella en la que la conciencia del riesgo resquebraja la idea de progreso. Sobre la industria empieza a extenderse un manto de duda y comienzan a llover las acusaciones públicas, en la medida en que crece la sospecha de que fabrican productos peligrosos o potencialmente contaminantes o anuncian medidas de seguridad que no pueden cumplir. Y en cada noticia se puede esperar lo peor (Beck, 2002b).

En la medida en que las ideas de progreso, productividad y acumulación movilizan el proceso de modernización, los riesgos florecen y se desarrollan como nunca, más aún si son negados consciente o inconscientemente por aquellos responsables de su producción, control o prevención, en función



de las posibles relaciones de causalidad, el reparto y asunción de los costes y del establecimiento de responsabilidades (Beck, 2002b). En términos de costes y responsabilidades, los riesgos contemporáneos establecen conflictos entre responsables y afectados que imponen la necesidad de realizar un redefinición del principio de causalidad. De allí que la carga probatoria de la causalidad debe recaer, al menos en parte, en los potenciales causantes y no en los afectados. Esto significa, entre otras cosas, que los costes de los riesgos pueden ser imputados de manera retroactiva a las empresas, con lo cual se las obliga a la prevención de los mismos. En consecuencia, el principio de precaución frente a los riesgos quedaría formulado con la siguiente pregunta: “¿Cuáles son los peores casos que se pueden imaginar, y como podemos, por lo que respecta tanto a los patrones técnicos como a los resultantes costes económicos, convivir con las formas de producción de manera que, a lo largo de su desarrollo, podamos dar siempre marcha atrás?” (Beck, 2002b).

Siguiendo estas tesis, las relaciones de causalidad que condicionan el riesgo de enfermar o morir por VIH/Sida, su magnitud y perfil socio epidemiológico, particularmente en el caso de Sudáfrica, hay que buscarlas en la forma como se materializó su proceso de modernización simple y en las consecuencias de dicho proceso. En términos generales, el modelo de modernización de la sociedad sudafricana, basado en la “segregación racial o apartheid, le permitió a los blancos no solo experimentar una modernización ‘a la europea’” (Thompson, 1995; Walker, 2001; Gilbert, Walker, 2002), sino normalizar las condiciones a través de las cuales la población negra podía acceder y participar de sus éxitos, su racionalidad y sus riesgos. Aunque, como se pudo apreciar anteriormente, en relación con la historia del *apartheid* en Sudáfrica, se pre-

sentaron convergencias y simultaneidades históricas en ambas trayectorias, como fue el caso de la incorporación al capitalismo internacional a través de la explotación de las minas de oro y diamantes, el desarrollo manufacturero e industrial, el desarrollo de una mano de obra asalariada, la urbanización, entre otros aspectos, la forma como negros y blancos vivieron y experimentaron el proceso de modernización fue muy diferente. En otras palabras, mientras el proceso de modernización permitió que la mayoría blanca pudiera acceder, tanto cualitativa como cuantitativamente, a los beneficios y a la racionalidad derivados de ese proceso, la población negra lo hizo de una manera fragmentaria, desigual, azarosa y arbitraria. De hecho, la “especial susceptibilidad y vulnerabilidad” de la población negra al VIH/Sida es una consecuencia de ese proceso (Barnes, Whiteside, 1999).

2.2. Comportamiento de la enfermedad

Anteriormente se mencionó que el patrón socio epidemiológico del VIH/Sida en Sudáfrica, cuando comenzó la epidemia en la década de los ochenta, era muy semejante al europeo, es decir, era muy baja su prevalencia y afectaba fundamentalmente a hombres blancos mayores de 30 años que habían adquirido la enfermedad a través de relaciones homosexuales o por la inyección intravenosa de drogas. Como se pudo apreciar en el Gráfico 1, en el momento en que se inició el desmonte de las leyes que regían el *apartheid*, a comienzos de los años noventa, se dispara el número de casos y la prevalencia aumenta casi treinta veces en apenas diez años. Pero además, el patrón socio epidemiológico cambió radicalmente. La enfermedad comenzó a afectar fundamentalmente a las mujeres negras jóvenes entre 20 y 30 años que habían adquirido la infección casi exclusivamente a través de relaciones heterosexuales. Posteriormente, al quedar embarazadas,



transmitían la enfermedad a sus hijos. Este comportamiento del VIH/Sida tiene su razón de ser en el *apartheid*. Por una parte, al controlar la movilidad de la población, restringir al máximo las relaciones interraciales y al preservar los tabúes relacionados con la homosexualidad masculina en las *homelands*, a través de la estructura autoritaria de los jefes tribales, el *apartheid*, limitó notablemente la expansión de la infección que, en la práctica, se concentró casi exclusivamente entre la población blanca. Por otra parte, al eliminarse las restricciones que imponía el *apartheid* sobre la población negra, a comienzos de la década de los noventa, se desencadenaron las condiciones que dan cuenta de su magnitud, su forma de propagación y su perfil socio epidemiológico.

Las consecuencias perversas del proceso de modernización de la población negra materializaron un régimen de riesgo que en términos analíticos, se puede representar en tres dimensiones absolutamente complementarias: i) los riesgos generados por las violentas relaciones de género, producidas y promovidas, a su vez, por el proceso de individualización de la población negra en las *homelands* y en las *townships*; ii) Los riesgos generados por la estructura del mercado laboral, producida, a su vez, por las exigencias de mano de obra móvil y flexible tanto en la minas como en la industria manufacturera urbana; iii) los riesgos generados por representaciones de esta enfermedad ambiguas, contradictorias y sesgadas, tanto entre los ciudadanos como en las instituciones públicas y gubernamentales responsables de la seguridad ciudadana y del control y prevención de la enfermedad.

2.3 Individualización y violencia de género

La organización de la población negra en *homelands*, por su parte, fracturó y desorganizó profundamente la estructura familiar

de esta población y además, promovió formas tribales de control autoritarias y arbitrarias que mantuvieron las desigualdades tradicionales de género, particularmente en lo rural (Gilbert, Walker, 2002). La consecuencia más seria de esta situación ha sido el acentuado abuso sexual que experimentan la mujeres jóvenes, posiblemente a través del incesto o porque son forzadas a la prostitución principalmente por su situación de pobreza, de analfabetismo o de precariedad laboral (Unesco, 1999). De hecho, en 1998, se estimó que en Sudáfrica se perpetraron aproximadamente 135 violaciones al día, de las cuales 25% se cometieron en la Provincia Gauteng. Además, en un estudio realizado en la Ciudad del Cabo, 44% de los hombres entrevistados admitió haber agredido física o sexualmente a su compañera en el último año. En otro estudio realizado en la Provincia de Gauteng, 77% de mujeres entrevistadas manifestó que la violencia sexual era muy frecuente y 68% dijo haber sufrido acoso sexual en el trabajo; en ese mismo estudio, solo uno de diez escolares entrevistados se oponía a la violencia sexual (Wojcicki, 2001). Esta situación se manifiesta claramente en la alta prevalencia de VIH/Sida entre las mujeres sudafricanas, especialmente entre las jóvenes. En efecto, 35% de las mujeres entre 15 y 30 años de edad están infectadas por el virus, aunque en algunas zonas alcanza cifras alarmantes como es el caso de la ciudad minera de Carletonville donde la prevalencia puede llegar hasta 60% en mujeres cuya edad está alrededor de los 25 años de edad (Gilbert, Walker, 2002).

La estructura de autoridad tribal en las *homelands* permitió, además, que se perpetuaran los patrones machistas, bajo la figura de la poligamia, particularmente en zonas rurales (Latre-Gato, 1999). Es el caso de Hlabisa, Distrito de la Provincia de KwaZulu-Natal, donde el gobierno blanco mantu-



vo la estructura autoritaria, patriarcal y machista de los jefes Zulúes: “Para nosotros los Zulúes es una tradición que los hombres tengan más de una mujer”, comenta Gugu Chakwe, educadora de un programa de VIH/Sida. “Nosotras les pedimos a ellos que paren, pero les es muy difícil cambiar. Si ellos no desean usar el condón, yo no puedo hacer nada. Si les dices que no, se pueden ir con otra de sus mujeres” (Swarns, 2001). En la medida en que la institución de la poligamia no solo es aceptada sino legitimada en muchas zonas rurales de Sudáfrica, el VIH/Sida se extiende rápidamente entre varias mujeres, cuando el hombre adquiere la enfermedad. Esta situación es especialmente dramática en la Provincia de KwaZulu-Natal donde la infección en mujeres embarazadas asciende al 36% (Cuadro 2).

Los ejemplos anteriores permiten poner en evidencia el efecto acumulativo de las consecuencias perversas del proceso de modernización. Este efecto acumulativo no solo refuerza las prácticas que tienden a perpetuar o reproducir los riesgos sino que limita o neutraliza las acciones que tienden a mitigar el impacto de esas consecuencias, estableciéndose con ello un círculo vicioso de autogeneración de más consecuencias perversas. En estas condiciones los individuos llegan a ser menos sensibles frente a los riesgos de morir, por lo que algunos hombres practican el “sexo de alto riesgo”, por decirlo de alguna manera, porque al ser el periodo de latencia de la infección por VIH de cerca de 8-10 años hasta que aparecen los primeros síntomas de VIH/Sida, es muy probable que mueran por otras causas antes de que se manifieste la enfermedad. En comunidades con altos niveles de violencia, por ejemplo, esta enfermedad es una situación más entre otras muchas que amenazan la realidad cotidiana (Cadwell, 2000). Con frecuencia se ubica en un nivel inferior en relación con aquellas que generan peligros

inminentes: “En esta región [KwaZulu Natal] la historia de violencia significa que las familias han sido diezmadas, de tal manera que las personas viven una clase de existencia kamikaze. No me digas que una enfermedad me va a matar en quince años, cuando una persona desea matarte mañana. Sabes que la gente está viviendo en el límite, y si a eso le añades la pobreza tienen un excelente caldo de cultivo para el virus” (Marais, 2000, p. 51). Una actitud semejante se encuentra entre los mineros de Carletonville, Provincia de Gauteng: “Cuando le dices a los mineros que si no usan condón pueden adquirir el Sida y morir en diez años, ellos te responden...bien, el polvo y las rocas nos matarán antes” (Marais, 2000, p. 51).

2.4. Estructura del mercado laboral y patrón de propagación

Las exigencias de mano de obra provocaron una gran migración de hombres a los yacimientos y a los centros industriales complementarios, a los largo prácticamente de todo el siglo XX. Con el fin del *apartheid* y, por ende, de las restricciones a la movilidad, se acrecentó este fenómeno, al estimularse no solo por el aumento de la movilidad interna sino por una gran inmigración de trabajadores de países limítrofes con Sudáfrica. La alta concentración de hombres en estas zonas, unida a los ingresos derivados de la explotación minera y a la pobreza de la mujer en las zonas rurales aledañas, promovió el comercio sexual, con lo cual se aumentaron las posibilidades de contagio. Actualmente, en Carletonville, por ejemplo, en el corazón de la industria de las minas de oro de Sudáfrica, viven unos 88 mil mineros, de los cuales, 60% son inmigrantes procedentes de otras partes de Sudáfrica y de países vecinos. En esta área se calcula que vive aproximadamente medio millar de prostitutas, de las cuales 33% está infectada por el VIH. A su vez, 28,5% de los mineros tam-



bién está infectado por el virus (Day, Charalabous, Grant, Churchyard, 2000). Una vez ha terminado la temporada de explotación en las minas y los hombres regresan a sus hogares, existe una alta posibilidad de contagio de sus esposas o compañeras habituales. Esta estructura socio laboral genera una cadena de transmisión (movilidad del trabajador-contagio del trabajador-contagio de la compañera habitual-transmisión materno infantil) que permite explicar el desarrollo de microepidemias en zonas rurales alejadas de las minas (Estébanez, Alonso, 2000).

Un fenómeno semejante ha venido ocurriendo en las ciudades, donde la población negra se encuentra concentrada en grandes y pobres *townships*: Alexandra, Soweto y Sharpeville cerca de Johannesburgo, Maledodi cerca de Pretoria y Kwamashu cerca de Durban. El patrón es el mismo. Jóvenes desempleados o trabajadores inmigrantes, provenientes de zonas rurales de Sudáfrica o de países vecinos, que viven en condiciones de hacinamiento en “hoteles colectivos” (más de 10 mil hombres pueden vivir en estos lugares), y por lo general terminan contagiándose a través del comercio sexual practicado de forma esporádica o permanente. Estos jóvenes, posteriormente, transmiten la infección a su compañera permanente o a otras mujeres en encuentros ocasionales, ya sea en la misma ciudad o cuando regresan a sus pueblos de origen o comunidad tribal (Unesco, 1999).

La sobre acumulación de efectos perversos traduce la estructura de inseguridad e incertidumbre del régimen de riesgo en condiciones de zozobra y vulnerabilidad. Estas condiciones provocan un desbordamiento de las acciones tanto públicas como privadas tendientes a mitigar su impacto, con lo cual la responsabilidad y los costes finalmente terminan siendo asumidos por los afecta-

dos. Esto a su vez produce una amplificación de los riesgos tanto cuantitativamente, en términos de magnitud de la epidemia, como cualitativamente, en términos de la racionalidad asociada a la definición no solo de la enfermedad sino a los propios riesgos asociados. Después de analizar la magnitud de la epidemia en Sudáfrica, se abordará el significado de la amplificación de los riesgos en términos cualitativos.

2.5. Construcción social del riesgo

En el caso sudafricano la racionalidad asociada al riesgo de enfermar y morir por VIH/Sida ha estado fuertemente vinculada a la lógica de la desconfianza, la resistencia y la prevención que la población negra desarrolló hacia los blancos durante los años del *apartheid*. Hay por lo menos tres ámbitos que ponen en evidencia esta lógica: la construcción de la representación de la enfermedad entre la población negra, la distribución del poder en las relaciones de género y la racionalización que, sobre la enfermedad, hacían los responsables gubernamentales del control y prevención de la enfermedad.

En relación con el primer aspecto, desde mediados de la década del ochenta, *la representación de la enfermedad* comenzó a construirse por el estigma hacia los gays, considerados como ejemplo de la “perversión” de los blancos, el estigma del racismo relacionado con los mitos y la ansiedad de los blancos en relación con la sexualidad de los negros, las medidas de control de la población negra por parte del gobierno del *apartheid* y el “terror” generalizado de los blancos hacia los negros (Marais, 2000). Por eso, hasta bien entrado el gobierno democrático de Nelson Mandela, buena parte de la población negra veía con bastante desconfianza las acciones del gobierno tendientes a controlar y prevenir la epidemia.



El segundo aspecto tiene que ver específicamente con *la violencia de género* cuyas consecuencias ya se han discutido anteriormente. Lo que hay que resaltar en este momento es que la injusta y poco equitativa distribución del poder en las relaciones de género, que se había consolidado especialmente en las *homelands* durante el *apartheid*, quedó completamente subordinada a la lógica intrínseca de la estrategia de la liberación nacional: primero la liberación de la nación y después la liberación de la clase trabajadora (Kraak, Simpson, 1998). Hasta la fecha “los problemas de género” siguen sin resolverse y, de hecho, representan posiblemente el obstáculo particular más grande para poder ejecutar una respuesta efectiva a esta enfermedad en Sudáfrica (Marais, 2000).

El tercer aspecto tiene que ver específicamente con la forma como *el gobierno sudafricano ha venido racionalizando en los últimos años la epidemia de VIH/Sida*. En los primeros años del gobierno de Nelson Mandela se produjo una especie de “silencio institucional” con el fin de evitar toda asociación entre el *apartheid* y la enfermedad. De lo contrario se podía poner en peligro la débil transición hacia la democracia, amenazada permanentemente por la posibilidad de una guerra civil (Marais, 2000). Posteriormente, en el gobierno de Thabo Mbeki, se consideró que tanto la magnitud de las cifras como el mismo patrón socio epidemiológico de la enfermedad, parecían descalificar la voz de los expertos y la propia racionalidad científico-técnica (Marais, 2000; Trengove Jones, 2001). En consecuencia, Mbeki cuestionó y descalificó las estadísticas de los casos de VIH/Sida, al considerar que las cifras estaban manipuladas con el único objetivo de desacreditar la recién constituida democracia, en particular el gobierno del Congreso Nacional Africano, y promover la estrategia de las multinacionales de medicamentos para aumentar la

venta de sus productos (Cherry, 2001). Al ser tan marcada la diferencia entre los patrones socio epidemiológicos de esta enfermedad en Europa y África, el mismo Presidente Mbeki convocó una serie de reuniones con los denominados *disidentes* que negaban la relación entre el virus y la enfermedad en los meses previos a la XIII Conferencia Internacional sobre VIH/Sida, realizada en Durban, en junio de 2000 (Masland, King, 2000). Producto de esas reuniones en el discurso inaugural de la Conferencia de Durban, Mbeki cuestionó la asociación entre la infección por el virus y enfermedad y denunció que el Sida era una enfermedad exclusiva de la pobreza (Horton, 2000). Dentro de esta misma línea, el Presidente Mbeki ha venido cuestionando el uso de AZT y de la nevirapina para reducir la transmisión de la infección de madre a hijo (Epstein, 2000, Riviére, 2002). Las contradicciones y ambigüedades generadas por esta forma de racionalización de la enfermedad y su tratamiento han generado confusión no solo entre la población negra sino entre los mismos funcionarios responsables de adelantar acciones de promoción y prevención, con lo cual se potencian los riesgos de adquirir la infección por VIH (Trengove Jones, 2001, The Economist, 2002).

Conclusiones

La epidemia de VIH/Sida en Sudáfrica ha permitido ilustrar la forma como se pueden materializar los riesgos en las sociedades no desarrolladas. Esos riesgos, en términos de su magnitud y su distribución social, han estado condicionados a su vez por el modelo de modernización simple que han seguido estas sociedades, tal y como lo demuestra el caso de Sudáfrica. En este caso en particular, el riesgo de enfermar y morir por VIH/Sida ha estado fuertemente asociado con la estrategia de modernización que impuso la



población blanca, de origen europeo, a la población negra, de origen africano, inicialmente en condiciones de colonización y posteriormente bajo la figura del *apartheid*. Esta forma de modernización generó dos regímenes de riesgo diferentes en relación con esta enfermedad. Uno que ha reproducido el patrón epidemiológico propio de los países desarrollados, y el otro que ha contribuido a definir la forma especial de presentación del VIH/Sida en el África subsahariana. En ese sentido, y siguiendo a Beck, es posible afirmar que la forma especial de presentación del VIH/Sida en esta región, en términos de su perfil socio demográfico, su distribución y su prevalencia, se puede considerar como la externalización de efectos colaterales latentes del “éxito de la modernización” de la población blanca.

Como se mencionó anteriormente, Sudáfrica materializó, de manera simultánea, dos experiencias distintas de modernidad. Por una parte, la experiencia de la modernidad de la población blanca que, en términos generales, fue muy semejante a la europea, por lo que es posible hablar de “un proceso exitoso de modernización”, si se toma como referencia Europa. Por otra parte, la experiencia de la modernidad de la población negra que fue violenta, fragmentada, poco equitativa, arbitraria y azarosa. Más que hablar de un fracaso en su proceso de modernización habría que referirse en términos de una modernización distorsionada, precaria e inestable. Ahora bien, estas dos trayectorias no discurrieron de manera autónoma ni independiente. Muy por el contrario, la figura del *apartheid* se encargó de condicionarlas mutuamente, de tal manera que el éxito de una significó la distorsión, precarización e inestabilidad de la otra.

Si se extrapola este modelo a la relación entre países desarrollados y no desarrollados se puede afirmar que la estructura precaria,

fragmentada, inestable y distorsionada con la que discurre la modernidad en muchos países no desarrollados es una consecuencia perversa del éxito de la modernización de los países desarrollados. De hecho, el VIH/Sida, el terrorismo, la droga, la corrupción, etcétera, son efectos colaterales latentes de ese éxito, que afectan en lo esencial a los países no desarrollados y comprometen la seguridad de los no desarrollados. Es decir, son amenazas o riesgos que cuestionan y, finalmente, destruyen los fundamentos que dan cuenta de la sociedad industrial, como señala el mismo Beck. Surgen a través del proceso de autonomización de la modernización simple que es ciego y sordo a las consecuencias y peligros que genera (Beck, 2002a). Es por esto que todos estos efectos colaterales latentes han sido incluidos dentro de la nueva agenda de seguridad del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, tal y como se señaló al comienzo del artículo.

De acuerdo con esta línea es posible afirmar que, en el África subsahariana, la estructura de su proceso de modernización se convirtió en una especie de “caja de resonancia” que amplifica el régimen de riesgo de enfermar y morir por VIH/Sida. En términos cuantitativos esto significa que los riesgos aumentan, tanto en magnitud como en frecuencia, debido a una *sobre acumulación* de consecuencias perversas. En términos cualitativos esto quiere decir que las representaciones colectivas sobre los riesgos, como las biografías personales y las respuestas institucionalizadas (públicas y privadas) se tornan contradictorias y ambiguas. En ese sentido, la incertidumbre aumenta notablemente, y con ella, los sentimientos de inseguridad y de vulnerabilidad (Delor, 2000).

En estas circunstancias, la “sociedad del riesgo” de los países no desarrollados confronta la *viabilidad* de sus sociedades e institucio-



nes, por la sobre acumulación de efectos colaterales latentes. En última instancia, confronta los éxitos del proceso de modernización simple de los países desarrollados con la viabilidad social e institucional de los países no desarrollados. El concepto de viabilidad no solo hace referencia a la crisis del desarrollo, como se expuso al comienzo del texto, sino fundamentalmente a la *sostenibilidad* social y cultural de estos países. Las experiencias de las mujeres en Sudáfrica, en relación con el VIH/Sida, es en especial ilustrativa de esta situación. El caso del VIH/Sida ha puesto en evidencia que son las mujeres las que experimentan más directamente el impacto de este proceso de sobre acumulación de consecuencias perversas, lo cual pone en tela de juicio las posibilidades y la viabilidad futura de los países afectados por ésta y otras enfermedades infecciosas.

En resumen, a través del prisma de la sociedad del riesgo ha sido posible vislumbrar un nuevo escenario comprensivo de la actual epidemia del VIH/Sida. Desde un punto de vista realista se reconoce la existencia de una relación causal entre el virus y la infección en las personas. Desde una perspectiva constructivista se asume que esa relación causal está mediada y condicionada por un régimen de riesgo o economía política del enfermar o morir por VIH/Sida. En el caso de Sudáfrica, caso de referencia de este trabajo, dicho régimen es una función de las relaciones de género, las características del mercado laboral, la representación social de la enfermedad y las respuestas institucionales públicas y privadas, tanto nacionales como internacionales en relación con el control y prevención de esta enfermedad. Esta perspectiva constructivista lo que finalmente indica es que el régimen del riesgo irrumpe por la puerta de atrás de los supuestos éxitos y logros de un proceso modernizador, que se asume así mismo como fuente de progreso y

desarrollo. La situación es en particular grave para los países no desarrollados en los que los efectos colaterales no previstos de ese proceso, no solo tienden a neutralizar los posibles éxitos y logros que se hayan podido alcanzar sino que, además, establecen un especial nivel de vulnerabilidad que amenaza seriamente la viabilidad social y cultural de esas sociedades en sus pilares más sensibles, como en el caso de Sudáfrica con las mujeres y los niños.

Referencias bibliográficas

- Aids in South Africa, 2002. "Leave them be, South African scientists deplore their government's meddling". *The Economist*, April 4. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: http://www.economist.com/science/displayStory.cfm?story_id=1066891
- Barnes, T., 1999. Whiteside, A., "HIV/AIDS and development: case studies and a conceptual framework". *The European Journal of Development Research*, 11. Pp. 200-234.
- Beck, U.; Giddens, A.; Lash, S., 1997. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid, Alianza Universidad.
- , 1998. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona. Paidós. Barcelona.
- , 2000a. "The cosmopolitan perspective: sociology of the second age of modernity". *British Journal of Sociology*, 51. Pp.79-105.
- , 2000b. *Un nuevo mundo feliz, La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona. Paidós.
- , 2002a. *La sociedad del riesgo global*. Madrid. Siglo XXI de España.
- , 2002b. *Libertad o capitalismo. Conversaciones con Johannes Wilms*. Barcelona. Paidós.
- Caldwell, J., 2000. "Rethinking the African AIDS epidemic". *Population and Development Review*. Pp. 117-135.
- Chery, M., 2001. Mbeki disputes AIDS statistics, *Nat Med*. Noviembre 7(11). P.117.
- Day, J.; Charalabous, S.; Grant, A.; Churchyard, G., 2000. Integrated HIV prevention and care: Experience from the South African mining industry. *AIDS Bulletin*. V. 9. N. 4. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.mrc.ac.za/aids/dec2000/hivprevention.htm>.



- Delor, F.; Hubert, M., 2000. "Revisiting the concept of vulnerability". *Social Science & Medicine*, 50. Pp.1557-1570.
- Eberstadt, N., 2002. *The Future of Aids, Foreign Affairs*. November/December. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.aei.org/ra/raeber0211-12.htm>
- Epstein, H., 2000. The Mystery of AIDS in South Africa. *The New York Review of Books*, Julio, 20. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.nybooks.com/articles/9>
- Estébanez, P.; Alonso, H., 2000. "VIH/Sida en África: más allá del pesimismo". *Le Monde Diplomatique*. Diciembre. Pp. 22-23.
- Farmer, P., 1996. "Social inequalities and emerging infectious diseases". *Emerging Infectious Diseases Journal*. V. 2. N. 4. Center For Disease Control. Atlanta, GA. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol2no4/farmer.htm>
- Giddens, A.; Bauman, Z.; Luhmann, N.; Beck, U., 1996. *Las consecuencias perversas de la modernidad*. Barcelona. Anthopos. Barcelona.
- Gilbert, L.; Walker, L.; 2002. "HIV/AIDS in South Africa: an overview". *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18(3). Pp. 651-660.
- Horton, R., 2000. "Mbeki defiant about South African HIV/AIDS strategy". *Lancet*. Jul 15. 356(9225). Pp. 225.
- Kiely, R., 1999. "The last refuge of the noble savage? A critical assessment of post-development theory". *The European Journal of Development Research*. V. 11. N. 1. Pp. 30-55.
- Kraak, G.; Simpson, G., 1998. "The illusions of sanctuary and the weight of the past: notes on violence and gender in South Africa". *Development Update*. V. 2. N. 2. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.interfund.org.za/vol2no21998.html>
- Latré-Gato, A., 1999. "Las mujeres y el VIH/Sida en África: aspectos socioculturales de la infección por el VIH/Sida". *Revista Internacional de Ciencias Sociales*. N. 161. Septiembre. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.unesco.org/issj/rics162/chimeredansp.html>
- Marais, H., 2000. "To the edge". *Aids Review*. University of Pretoria. South Africa.
- Masland, T. King., 2000. "Flirting with strange ideas. Mbeki reaches out to a controversial AIDS researcher". *Newsweek*. Apr 17. 135(16). P. 3.
- Oxfam, 2001. *South Africa vs. the Drug Giants A Challenge to Affordable Medicines*. Great Britain. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: http://www.oxfam.org.hk/english/campaigns/trade/sa_court_case.pdf
- Preston, P., 1999. "Development theory: learning the lessons and moving on". *The European Journal of Development Research*. V. 11. N. 1. Pp. 1-29.
- Reich, R., 2000. "The Global Drug Gap". *Science*. 287. Pp. 1979-1981.
- Rivière, P., 2001. "Sida: la solidaridad internacional en quiebra". *Le Monde Diplomatique*. Julio. P. 20.
- _____, 2002. "Vivir con Sida en Soweto". *Le Monde Diplomatique*. Agosto. Pp. 18-19.
- South African Department of Health, 2002. "National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey in South Africa". Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://196.36.153.56/doh/aids/index.html>
- Swarns, R., 2001. "Death and denial. A constant knell. South Africa's AIDS Vortex Engulfs a Rural Community". *New York Times*. November, 25. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.nytimes.com/>
- Thomson, L., 1995. *A History of South Africa*. New Haven/London. Yale University Press.
- Trengove Jone, T., 2001. "Who cares?" *AIDS Review*. University of Pretoria South Africa.
- UNAIDS/WHO, 2000. *AIDS epidemic update*. June.
- _____, 2002a. "The Report on the Global HIV/AIDS Epidemic". *The Barcelona Report*.
- _____, 2002b. *AIDS epidemic update*. December.
- Unesco, 1999. "A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care. South Africa Experience". *Studies and Report, Special Series*. Issue N. 3.
- Valderas, J., 1999. "La perenne enfermedad". *Investigación y Ciencia*. Temas 18. Epidemias. Pp. 4-11.
- Walker, A., 2001. "Changes in public health in South Africa from 1872". *The Journal of The Royal Society for the Health*. V. 12. N. 2. Pp. 85-93.
- Wauthier, C., 2002. "Sudáfrica después de Mandela". *Le Monde Doplmatique*. Junio. P. 20.
- WHO, 2000. "Overcoming antimicrobial resistance". *Report on infectious diseases*.
- Wojcicki, J., 2001. "An acceptance of violence against sex workers and women who exchange sex for money: survey results from Gauteng province and implications for HIV prevention". *AIDS Bulletin*. V. 10. N. 1. Se puede consultar en el siguiente sitio de internet: <http://www.mrc.ac.za/aids/apr2001/accept.htm>.

