

# Sociedad del riesgo y SIDA: el caso de Sudáfrica

## *Risk society and VIH: the case of Southafrica*

Manuel ESPINEL VALLEJO\*

Departamento de Sociología I  
Universidad Complutense de Madrid  
manuel611@mi.madridtel.es

Recibido: 9-02  
Aceptado: 4-03

RESUMEN

Recientemente, Beck ha señalado que la investigación sobre la modernidad reflexiva debería contemplar cómo ese modelo se relaciona con las diferentes modernidades de otras parte del mundo. Siguiendo esa línea de reflexión este trabajo analiza la pandemia de VIH/SIDA en Sudáfrica desde la teoría de la sociedad del riesgo. En este sentido, se puede afirmar que tanto el patrón socio-epidemiológico como las dimensiones que ha alcanzado esta enfermedad en este país son el resultado de la «sobre-acumulación» de consecuencias perversas de la forma fragmentada, desigual, arbitraria y azarosa que adquirió el proceso de modernización en la población negra (africana) de Sudáfrica, bajo la figura del apartheid. Este proceso materializa un régimen de riesgo que se caracteriza por tres dimensiones complementarias: riesgos producidos por relaciones de género violentas, riesgos producidos por la estructura del mercado laboral y riesgo producidos por la forma como, tanto la población como por el gobierno sudafricano, han racionalizado la enfermedad. El VIH/SIDA sería, entonces, una de las expresiones de la «modernidad reflexiva» de las sociedades no desarrolladas, en las cuales la autoconfrontación de los fundamentos de su modernidad puede llegar a poner en duda su propia viabilidad.

**PALABRAS CLAVES**  
Sociedad del riesgo, modernización, consecuencias perversas, VIH/SIDA, Sudáfrica, epidemiología

ABSTRACT

Beck has recently remarked that the research about «reflexive modernity» should take into account how this model is related to different «modernities» from different places of the World. In this sense, the paper analyses the HIV/AIDS pandemic in South Africa starting from the risk society theory. Hence, it is possible to affirm that both the socio-epidemiological profile and the extent of this disease are the result of the accumulation of perverse consequences, of the fragmented, unequal, arbitrary and unlucky way in which the modernisation process has materialised itself and affected black South Africans in the context of apartheid. This process materialize a risk regime that is characterized by three complementary dimensions: risks caused by violent gender relations; risks produced by the labour market structure and risks caused by the way people and government have rationalized this illness. The HIV/AIDS would then become one of the expressions of «reflexive modernity» in underdeveloped societies, in which the tackling of the foundations of modernity can end up in the questioning of their viability.

**KEY WORDS**  
Risk society, modernisation, perverse consequences, HIV/AIDS, South Africa, epidemiology

\* Quiero agradecer a la Profesora María Luz Morán, vicedecana de investigación de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, y a la profesora Susana Aguilar Fernández, del Departamento de Sociología I de la misma Facultad, sus valiosos comentarios sobre el texto. Igualmente, quiero expresar mi agradecimiento 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 Sudáfrica.

**SUMARIO** Introducción. El VIH/SIDA en Sudáfrica: situación actual. El Apartheid. La sociedad del riesgo de Ulrich Beck. De la modernidad simple a la modernidad reflexiva. Individualización, crisis ecológica y obsolescencia institucional. Paradojas de la sociedad del riesgo. Incertidumbre y principio de precaución. Régimen de riesgo y VIH/SIDA en Sudáfrica. Los riesgos generados por las violentas relaciones de género. Los riesgos generados por la estructura del mercado laboral. Los riesgos generados por el proceso de racionalización de la enfermedad. Conclusiones. Bibliografía.

## Introducción

A comienzos del año 2000, varios medios de comunicación divulgaron una noticia según la cual el VIH/SIDA (Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) 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 The Washington Post tituló esta noticia (Washington Post, 2000). Su origen fue la divulgación pública de un informe especial elaborado por el Consejo de Inteligencia Nacional (CIN), organismo dependiente de la CIA (National Intelligence Council, 2000), 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 indicaban que, en la siguiente década, esta enfermedad no sólo 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 recientemente creados países de la antigua Unión Soviética, comprometiendo con ello su proceso de transición económica y política. De hecho, el VIH/SIDA se puede considerar como la mayor pandemia de la historia de la humanidad, por encima de la epidemia de peste bubónica (Muerte Negra) que, en el siglo XIV, acabó con un tercio de la población de Europa (veinte millones de personas).

Esa misma perspectiva fue adoptada por El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, en su reunión del 10 de enero de 2000, cuando el Vicepresidente de Estados Unidos en aquel

entonces, Al Gore, en calidad de Presidente del Consejo de Seguridad de la Naciones Unidas, señaló que el concepto de seguridad debería interpretarse a través de un prisma más amplio y diferente, 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 (Security Council, 2000). En relación específicamente con el VIH/SIDA manifestó: «*Today marks the first time, after more than 4,000 meetings stretching back more than half a century, that the Security Council will discuss a health issue as a security threat. We tend to think of a threat to security in terms of war and peace. Yet no one can doubt that the havoc wreaked and the toll exacted by HIV/AIDS do threaten our security. The heart of the security agenda is protecting lives — and we now know that the number of people who will die of AIDS in the first decade of the 21st Century will rival the number that died in all the wars in all the decades of the 20th Century*» (Al Gore 2000).

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 las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, de Diciembre del 2003 (UNAIDS/WHO, 2003), señala cómo, hasta esa fecha, cerca de 28 millones de personas han muerto desde que se detectó la enfermedad (hace unos 20 años) y alrededor de 40 millones son portadores del virus, de los cuales 2,5 millones son niños menores de 15 años y cerca del 50% son mujeres. Por otra parte, el 95% de los portadores se encuentran en países subdesarrollados, especialmente en el África subsahariana, lugar donde se localiza el 70% de los portadores vivos (26,6 millones de africanos) y donde representa la principal causa de mortalidad. Además, cerca del 10% de la población entre los 15

y los 49 años de esta región africana es portadora del virus o padece de Sida, con lo cual 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. El informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA de Junio de 2000, reconoce además que hoy esta enfermedad se puede considerar como una crisis del desarrollo y que, en algunas partes del mundo, ha llegado también rápidamente 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 (UNAIDS, 2000). 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 tenemos 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 para tratar el VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas. De hecho, de los 1.233 nuevos fármacos que se introdujeron en el mercado entre 1975 y 1997, sólo 13, 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. Al final, los laboratorios tuvieron que retirar la demanda debido a la presión internacional (Rivière, 2001, 2002; Oxfam, 2001).

Una primera lectura de la situación del VIH/SIDA permite delimitar la nueva dimensión que ha adquirido esta enfermedad. Esta dimensión se manifiesta en cuatro aspectos fundamentales: En primer lugar, la magnitud que está alcanzando esta pandemia ha sobrepasado las previsiones de los expertos y ha desbordado las acciones sanitarias tradicionales de prevención y tratamiento (Farmer, 1999). En segundo lugar, esta enfermedad, en la me-

didada 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 (World Economic Forum, 2003). 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 subdesarrollados. Finalmente, y como consecuencia de lo anterior, 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 desarrollados (ICG-Report, 2001).

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 trabajado recientemente esta idea del riesgo ha sido 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 recientemente Beck ha utilizado referentes empíricos como la inestabilidad de los mercados financieros, la encefalopatía espongiiforme bovina o la manipulación genética (Beck, 2002), la crisis medioambiental sigue siendo el fundamento empírico de su teoría. Además, analiza esta crisis en el contexto de la modernización simple o industrialización de los países desarrollados, particularmente durante los siglos XVII y XIX. En ese sentido, parece que quedara muy poco espacio en su teoría para referirse a otro tipo de problemas en otro tipo de contextos. Sin embargo, llama la atención que en alguna de sus últimas publicaciones vislumbra la posibilidad, o mejor la necesidad, de abrir su teoría a otros problemas en otros contextos. Efectivamente, para Beck «...El trabajo de la investigación sobre la modernidad reflexiva no trata únicamente de la decadencia del modelo occidental [eurocéntrico].

*La cuestión clave es cómo ese modelo se relaciona con las diferentes modernidades de otras partes del mundo, ¿Qué formas sociales nuevas e inesperadas van surgiendo? ¿Qué nuevas formas sociales y políticas y qué nuevas líneas de conflicto emergen en el horizonte?* (Beck, 2002, p.3)». Dentro de esa misma perspectiva, Beck señala que no se puede seguir relegando a las sociedades contemporáneas no occidentales a la categoría de «tradicionales» o «premodernas», incapaces de definirse en términos propios y sólo caracterizadas en términos de déficit o ausencia de modernidad. En ese sentido, las categorías de Beck pueden abrir la posibilidad de «re-pensar» las trayectorias divergentes de las modernidades en diferentes lugares del mundo.

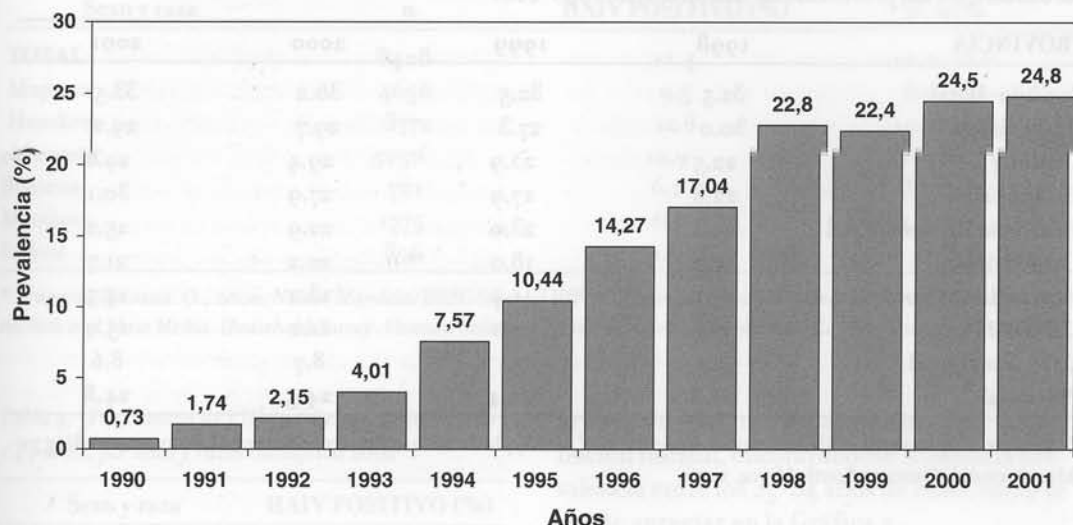
Para analizar la nueva dimensión del VIH/SIDA desde la teoría del riesgo de Beck, se tomará como caso de referencia la epidemia en Sudáfrica. Se escogió este país por tres razones fundamentales. En primer lugar, porque es el país que, en este momento, presenta el mayor número de personas afectadas por esta enfermedad (seis millones); en segundo lugar, porque su historia y desarrollo han afectado no sólo a sus 40 millones de habitantes, sino a todo el África Subsahariana; y, en tercer 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 primera parte de este trabajo se realizará una descripción de la situación actual del VIH/SIDA en Sudáfrica y se revisará someramente la historia de este país desde la perspectiva del apartheid, sin la cual sería muy difícil comprender la magnitud y el patrón socio-epidemiológico que ha adquirido la enfermedad en esta región. En la segunda parte del trabajo se presentarán las principales categorías y líneas conceptuales de la teoría de la «sociedad del riesgo» de Beck. Posteriormente, se realizará un análisis de la actual epidemia en Sudáfrica desde la teoría de la sociedad del riesgo, tomando como referencia fundamental las consecuencias del apartheid sobre la sociedad sudafricana. Finalmente, se esbozarán algunas conclusiones, tratando de poner en evidencia los aportes de la teoría de la sociedad del riesgo para comprender el VIH/SIDA y el sentido que adquieren algunas categorías de esta teoría cuando se utilizan para analizar el proceso de modernización de países no desarrollados.

## El VIH/SIDA en Sudáfrica: situación actual

Los países del África subsahariana, región a la que pertenece Sudáfrica, han desarrollado un patrón socio-epidemiológico de la epidemia de VIH/SIDA que es muy diferente al de los países desarrollados. Efectivamente, mientras que en Europa el 75% de los casos son hombres, que adquieren el virus por contacto homosexual (34%) o por el uso de drogas intravenosas (28%), y la prevalencia en adultos es baja (0,3%), en el África subsahariana el 58% de los casos son mujeres, que adquieren el virus por contacto heterosexual (90%) al tiempo que la prevalencia en adultos es alta (8,8%) (UNAIDS/WHO, 2002). 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% de las mujeres de este grupo de edad (como ocurre en Botsuana) (UNAIDS/WHO, 2002).

En Sudáfrica, los datos sobre prevalencia proceden de «La Encuesta Nacional Prenatal de Mujeres Embarazadas» (ENPME), que se realiza anualmente desde 1990 (Department of Health, 2002). La naturaleza de esta encuesta hace complicado extrapolar sus datos a la población general, por lo que la interpretación de las cifras debe hacerse con precaución (Gilbert, Walker, 2002). Hasta finales del 2002, estos eran los únicos datos de los que se disponía a nivel nacional y no se disponía 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. En diciembre de ese año, la Fundación Nelson Mandela y el Consejo de Investigaciones de Ciencias Humanas (FNMCIH) publicaron un estudio que pretendía llenar este vacío. Se trata de los resultados de una gran encuesta de hogares, que incluyó toma de muestras para detectar la presencia del virus en los entrevistados, con el objetivo de determinar la prevalencia Nacional de VIH en Sudáfrica, los comportamientos de riesgo y el papel de los medios de comunicación en relación con la epidemia (Shisana, 2002). En noviembre de 2002, el Centro de Investigación Actuarial, el Consejo de Investigaciones Médicas y la So-

Gráfica 1.—Tendencia de la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas en Sudáfrica de 1990 a 2001\*



\* Fuente: Department of Health, 2002, National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey of woman attending public antenatal clinics in South Africa, 2001.

ciudad Actuarial de Sudáfrica publicaron un estudio sobre el perfil de VIH/SIDA en las provincias de Sudáfrica, basado en modelos demográficos (Dorrington, Bradshaw y Buldender, 2002).

Otro elemento importante a tener en cuenta para interpretar los datos de VIH/SIDA en Sudáfrica es la estructura de su población. La población sudafricana está compuesta de un 77% de negros, 11% de blancos, 9% de mestizos y 3% de hindios (Shisana, 2002) y, aunque, con la eliminación definitiva de la *apartheid* en 1994, las categorías «raza» o «grupo de población» han sido excluidas de los datos oficiales (Gilbert, Walker, 2002), la información suministrada por la encuesta de hogares indica que el patrón socio-epidemiológico «africano» afecta a la población negra de Sudáfrica mientras que el patrón «europeo» se encuentra entre la población blanca y mestiza.

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 *apar-*

*theid*. En la medida en que, a finales de los ochenta y comienzos de los noventa, el gobierno blanco fue eliminando paulatinamente estas restricciones, la infección comienza a generalizarse entre la población negra hasta alcanzar el patrón arriba mencionado. En la parte dedicada al *apartheid* se analizará con mayor detalle esta situación.

Según los datos suministrados por la ENPME, hasta el 2001 cerca de cinco millones de sudafricanos, en su gran mayoría población negra, estaban infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana o padecen de SIDA, de los cuales el 56% son mujeres y el 46% son hombres. Para una población de 46,6 millones de habitantes, esto significa una prevalencia aproximada del 11,2%. Si consideramos que la infección afecta fundamentalmente a personas entre los 15 y los 49 años de edad, la prevalencia asciende al 20% en este grupo de población. Además, se estima que cerca de 84.000 niños han adquirido el virus a través de una transmisión madre-hijo.

La evolución de la prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazadas entre 15 y 49 años en Sudáfrica desde 1990 hasta 2001 muestra que ha habido un rápido crecimiento en los últimos once años, tal y como se aprecia en la Gráfica 1. En términos de regiones, la prevalencia de la in-

Tabla 1. Estimaciones, con un intervalo de confianza del 95%, de la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas, 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
<b>Nacional</b>	<b>22,8</b>	<b>22,4</b>	<b>24,5</b>	<b>24,8</b>

\* Fuente: Department of Health, 2002. National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey of woman attending public antenatal clinics in South Africa, 2001.

fección por el virus de la inmunodeficiencia humana se distribuye de manera desigual en las distintas provincias de Sudáfrica, según se puede apreciar en la Tabla 1. En la Provincia de KwaZulu-Natal, donde la prevalencia ha superado el 30%, las muertes superan a los nacimientos. Si esta tendencia se mantiene, en el año 2005 solo el 13% de la población de esta provincia alcanzará una expectativa de vida de 40 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 el 60%, mientras que en toda la provincia es aproximadamente del 11% (Marais, 2000). Como se manifestó anteriormente, la prevalencia del VIH/SIDA es mayor entre las mujeres que entre los hombres, particularmente en las mujeres jóvenes entre los

20 y los 30 años de edad, tal como lo muestra la Tabla 2. La prevalencia más alta en mujeres se encuentra en la Provincia del Norte, con un 40%, y la más baja en la Provincia de Cabo Occidental, con un 5% (Marais, 2000).

Los datos suministrados por un estudio de la FNMCIH tienden a matizar y homogenizar los resultados de la ENPME y permiten conocer en detalle la distribución de la enfermedad por grupos raciales, edad y sexo. Según estos datos, la prevalencia de VIH/SIDA en el 2002 es ligeramente más alta (11,4%) y afecta fundamentalmente a la población negra, en comparación con los otros grupos raciales, tal como lo muestra la Tabla 3. Por otra parte, la prevalencia en la población entre 15 y 49 años es más baja, tal como lo muestra la Tabla 4. Finalmente, la frecuencia de la infección por

Tabla 2. Estimaciones, con un intervalo de confianza del 95%, de la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas, 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: Department of Health, 2002. National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey of woman attending public antenatal clinics in South Africa, 2001.

Tabla 3. Prevalencia global de VIH/SIDA por sexo y raza, Sudáfrica 2002

Sexo y raza	n	HAIV POSITIVO (%)	IC 95%
TOTAL	8428	11,4	10,0-12,7
Mujeres	4656	9,5	8,0-11,1
Hombres	3772	12,8	10,9-14,6
Africanos	5056	12,9	11,2-14,5
Blancos	701	6,2	3,1-9,2
Mestizos	1775	6,1	4,5-7,8
Indios	896	1,6	0-3,4

\* Fuente: Shisana, O., 2002, *Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS. South African National HIV Prevalence, Behavioral Risk and Mass Media. Household Survey*, Human Sciences Research Council Publishers Cape Town, South Africa.

Tabla 4. Prevalencia de VIH/SIDA en personas entre 15 y 49 años, por sexo y raza, Sudáfrica 2002

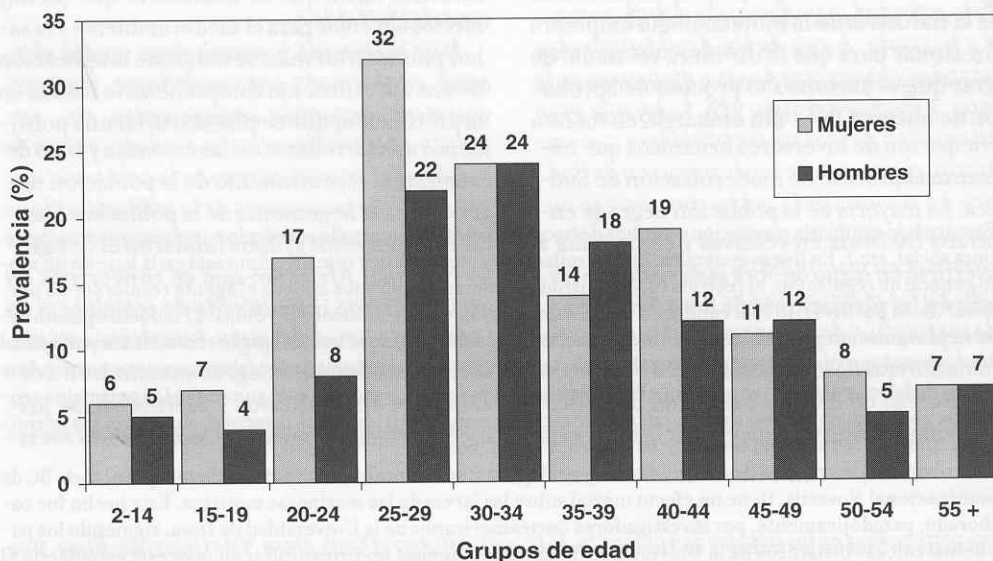
Sexo y raza	HAIV POSITIVO (%)
TOTAL	15,6
Mujeres	17,7
Hombres	12,8
Africanos	18,4
Blancos	6,2
Mestizos	6,6
Indios	1,8

\* Fuente: Shisana, O., 2002, *Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS. South African National HIV Prevalence, Behavioral Risk and Mass Media. Household Survey*, Human Sciences Research Council Publishers Cape Town, South Africa.

grupos de edad tiende a adquirir una distribución normal, encontrándose la máxima prevalencia entre los 25-34 años de edad, como se puede apreciar en la Gráfica 2.

Para intentar 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

Gráfica 2.—Prevalencia de VIH/SIDA por sexo y edad, Sudáfrica 2002



\* Fuente: Shisana, O., 2002, *Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS. South African National HIV Prevalence, Behavioral Risk and Mass Media. Household Survey*, Human Sciences Research Council Publishers Cape Town, South Africa.

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 (Thompson, 1995).

## El Apartheid<sup>1</sup>

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 6 millones, estaba constituida por un 67% de africanos (población negra), 21% de blancos (55% «Afrikaners», descendientes de holandeses, y un 45% de origen británico), 9% de mestizos («Colours», resultado de la mezcla de europeos, africanos y asiáticos descendientes de esclavos malayos) y 3% de hindios («Indians», procedentes de la India y que trabajaban en plantaciones de azúcar). Los «Afrikaners», organizados fundamentalmente en familias, se dedicaron a las actividades agrarias y pastoriles en las mejores tierras de la región. Los descendientes británicos, fundamentalmente hombres, se concentraron en las ciudades (Johannesburgo, Pretoria, Durban, etc) y monopolizaron prácticamente toda la actividad manufacturera, fabril, comercial y bancaria. A raíz de los descubrimientos de grandes yacimientos de oro y 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 «Afrikaners», en la explotación de las minas y en las empresas manufactureras de los descendientes británicos.

El proceso de modernización de Sudáfrica, promovido fundamentalmente 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, que se desplazaron 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 doble en la población negra que en la blanca, y la expectativa de vida al nacer era de 15 años menos entre los negros que entre los blancos, tal como lo muestra la Tabla 5.

Una incipiente y escasa clase media africana, conformada por vendedores, clérigos, maestros, pequeños comerciantes, etc., 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, sectores asalariados negros comenzaron a organizarse en sindicatos y realizaron las primeras protestas sociales. Las tensiones socia-

<sup>1</sup> Esta parte se basa en los trabajos de Thompson, L. (2001), *A History of South Africa*, Yale University Press, New Haven y Londres, de Welsh, F. (2000): *A History of South Africa*, Harper Collins Publishers, Londres y 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.



Tabla 5. 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		304	
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.

les 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 «Afrikaners», la adhesión del gobierno sudafricano a los aliados durante la Segunda Guerra Mundial, provocó una radicalización de estos sectores, llevándolos a fundar el Partido Nacionalista. Este partido logró movilizar el suficiente apoyo de las principales sectores rurales y urbanos de los «Afrikaners», apelando tanto a sus fuertes actitudes étnicas y raciales como a sus intereses materiales, y en 1948 accedió al poder.

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: a) separar la población en cuatro grupos raciales: blancos («Afrikaners» y angloparlantes), negros («Africans»), mestizos («Coloured») e hindios («Indian»); b) consolidar y perpetuar la hegemonía política y económica de los blancos, privilegiando sus intereses sobre el resto de grupos, particularmente los negros y c) consolidar un Estado-Nación blanco, al segregar a la población negra en varias pequeñas naciones, conocidas como «homelands» (tierras de origen), potencialmente «autónomas», pero que no eran otra cosa que las reservas legalmente definidas.

Estas medidas aumentaron el desplazamiento masivo de la población africana con el

fin de asentarse en sus respectivos «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; también 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 públicos para blancos y negros (escuelas, universidades, cafeterías, teatros, estaciones de autobús y tren, servicios de taxi y autobús, baños, parques, iglesias, hospitales, etc) 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: a) la recesión económica; b) las permanentes huelgas de los sindicatos, mayoritariamente negros, que contribuyeron no sólo a agudizar la situación económica sino a generar un clima de conflicto e inestabilidad permanentes; c) lo oneroso que resultaba para el gobierno del Partido Nacionalista el sostener una burocracia destinada a garantizar el mantenimiento del *apartheid*; d) el continuo crecimiento de la población negra, particularmente en las «townships», que comenzó a limitar y a debilitar la capacidad de control del gobierno blanco<sup>2</sup>; e) el control por parte de

<sup>2</sup> En efecto, en 1980 la población negra representaba el 72% de la población, mientras que población blanca solo el 16%. (Thompson, 2001).

los negros de prácticamente toda la economía informal; f) la corrupción, la ineficiencia y el autoritarismo de los jefes tribales y las condiciones de pobreza de los «homelands», que lo hizo prácticamente insostenibles y g) El incremento de la violencia interracial y los disturbios en las ciudades, que fue generando zozobra entre algunos sectores de la población blanca, que comenzaron a emigrar o a exigir cambios (o, por lo menos, la flexibilización de las leyes que sostenían el apartheid).

Como resultado de todo ello, y del aumento, a su vez, de la presión internacional<sup>4</sup>, 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 de apartheid, la liberación de presos políticos, entre ellos Nelson Mandela, y la conformación de un gobierno democrático multirracial. En 1994, se realizan 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 interraciales que pudiesen atentar el proceso de transición democrática y, en 1996, se aprueba la nueva Constitución de Sudafrica.

### **La sociedad del riesgo de Ulrich Beck. De la modernidad simple a la modernidad reflexiva**

Los análisis clásicos de la sociedad del riesgo desarrollados por Ulrich Beck han tenido como referencia las sociedades desarrolladas y como eje de discusión la crisis medio ambiental. Esto quedó reflejado en su primer trabajo, «*La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*» (Beck, 1998). Al comienzo de dicho texto, Beck señala que la contaminación atómica producida por el accidente de la central nuclear de Chernobil ha puesto en evidencia los peligros de la era atómica. En otras palabras, la novedad de la fuerza cultural y política de esta era es el poder del peligro (nuclear), que suprime todas las zonas protegidas

y todas las diferencias de la modernidad. Este hecho, según Beck, transforma a las sociedades industriales o de clases, cuyo paradigma era la producción social de la riqueza – y la consecuente eliminación de las necesidades materiales de la vida –, y las convierte en sociedades (industriales) del riesgo, cuyo paradigma es la producción social del riesgo.

Para Beck, la sociedad (industrial) del riesgo es un producto, o mejor, el resultado del éxito de la modernización simple – tanto en lo científico tecnológico como en lo político – en las sociedades avanzadas o desarrolladas. El crecimiento y la cualificación de las fuerzas productivas, junto con y a través del desarrollo científico técnico, han ido transformando la propia modernidad simple, fuente y origen de estos procesos, de manera reflexiva, es decir, convirtiéndola en tema, objeto y problema de su propia realización (industrialización). En ese sentido, la sociedad del riesgo es el resultado de lo que Beck ha denominado «modernidad reflexiva», es decir, «*la modernización de la sociedad moderna*». Este metacambio de la sociedad moderna es el resultado de la acumulación de una masa crítica de efectos colaterales no intencionados, que gradualmente han ido revolucionando los fundamentos de la modernidad simple (Beck, Bons, Lau, 2003). 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, destruyen los fundamentos que dan cuenta de la sociedad industrial (Beck, Giddens, Lash, 1997). Para Beck, la sociedad del riesgo no es una opción que puede elegirse o rechazarse en el curso del debate político. Surge a través del proceso de autonomización de la modernización simple que es ciego y sordo a las consecuencias y peligros que genera (Beck, 2002a).

<sup>4</sup> La caída del Muro de Berlín y el derrumbe de la Unión Soviética desdibujan notablemente la influencia del comunismo internacional sobre los movimientos de liberación nacional africanos, los cuales, como en el caso particular de Sudafrica, comienzan a ser vistos con buenos ojos por la comunidad internacional. (Welsh, 2000).

## Individualización, crisis ecológica y obsolescencia institucional

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, de tal manera que recae sobre los individuos todo el esfuerzo de la definición (Beck, Giddens, Lash, 1997); con la crisis ecológica pierde su sentido la idea de la explotación de la naturaleza como base del crecimiento ilimitado, debido al «consumo y no-renovación» de recursos naturales (Beck, 2000a, 2000b).

En términos 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, etc.), 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, 2002a, p. 118).

Es en la crisis medioambiental donde Beck encuentra el fundamento empírico que suscita 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 tiempo-espaciales presentes y locales. Los peligros ecológicos contemporáneos, como la destrucción de la capa de ozono, sólo han aparecido como síntomas muchos años después, 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 ecológicos 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: a) limita las acciones presentes para controlar las causas de la contaminación, por la ausencia de una clara relación causa efecto temporal, y b) 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, etc.). 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). Por tanto, el aspecto central en la sociedad del riesgo global es como imaginar el control sobre lo imprevisible e incontrolable en términos institucionales, es decir, políticos, legales, económicos, científicos, tecnológicos y cotidianos (Beck, 2002 c).

## Contradicciones de la sociedad del riesgo

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 creación 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 por la fabricación de productos peligrosos o potencialmente contaminantes, o por el anuncio de 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, del reparto y asunción de los costes y del establecimiento de responsabilidades (Beck, 2002b).

### Incertidumbre y principio de precaución

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 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 de la siguiente forma: «*¿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). El fundamento entonces del principio de precaución se encuentra en la imprevisibilidad y la incertidumbre que general las consecuencias no intencionadas del proceso de modernización.

Esta imprevisibilidad del régimen del riesgo, según Beck, abre el camino para el «regreso» de la incertidumbre. Como se mencionó anteriormente, la certidumbre, en forma de progreso, que producen la expansión y despliegue de la racionalidad instrumental, propia de la modernización simple o industrial, se ve neutralizada, en el tiempo, por las incertidumbres que provoca el hecho de que las consecuencias de la acumulación de efectos colaterales sea impredecible. En ese sentido, afirma Beck, el reconocimiento de que los peligros desencadenados por el despliegue técnico industrial se han vuelto no previsibles y difíciles de calcular, en términos de magnitud, obliga a

realizar una reflexión sobre los fundamentos del contexto social y una revisión de las convenciones vigentes y las estructuras básicas de este tipo de racionalidad (Beck, 1998). Al ser un producto de la modernización simple, las incertidumbres son completamente *fabricadas*. «*Por tanto —afirma Beck— el concepto contemporáneo de riesgo asociado a la sociedad del riesgo y a la incertidumbre manufacturada, se refiere a una particular síntesis de conocimiento desconocimiento. Para ser preciso, se fusionan aquí dos significados, a saber, la evaluación de los riesgos basada en el conocimiento empírico (accidente de automóvil, por ejemplo), por un lado, y la toma de decisiones y la actuación sobre los riesgos en la incertidumbre indefinida, es decir la indeterminación, por el otro*» (Beck, 2002a, p. 222).

En resumen, la teoría de la sociedad del riesgo de Beck significa una radicalización de la modernidad, o la emergencia de una segunda modernidad de las sociedades occidentales (industrializadas), en la que la individualización, la globalización y el riesgo (crisis ambiental) socavan la modernidad industrial del estado-nación y sus fundamentos. Como consecuencia, la modernidad deviene reflexiva, es decir, las consecuencias no intencionadas, del proceso de industrialización simple, generan riesgos «globales» que neutralizan, grave e incluso irreversiblemente, los logros del proceso de modernización (Beck, 2002a). La modernidad reflexiva es, entonces, «...una era de incertidumbre y ambivalencia, que combina la amenaza constante de desastres de una magnitud enteramente nueva con la posibilidad y necesidad de reinventar nuestras instituciones políticas y de inventar nuevas formas de hacer política en "lugares" sociales que antes se consideraban apolíticos» (Beck, 2002a, p. 146).

### Sociedad de riesgo y VIH/SIDA. Enfermedades infecciosas y modernización

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 30 años, las enfermedades infecciosas se consideraban, si no erradicadas, sí completamente controladas (Valderas, 1999). Ese optimismo había surgido de las teorías clásicas de la modernización que, bajo el prisma concep-

tual 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 hizo eco de esta consigna al sugerir que los estados nacionales, a lo largo de su desarrollo, atraviesan por transformaciones epidemiológicas previsibles: las muertes ocasionadas por enfermedades infecciosas se ven reemplazadas por enfermedades crónicas y degenerativas, propias de los países desarrollados (Farmer, 1996).

La epidemia de VIH/SIDA en Sudáfrica parece ir por un camino diametralmente opuesto, tanto del marcado por las teorías del desarrollo como del señalado por la teoría de la transición epidemiológica. Si nos atenemos a los datos que se suministraron anteriormente, de proseguir la tendencia actual, en pocos años la expectativa de vida de la población negra sudafricana, particularmente la de sus mujeres, retrocederá casi al nivel que tenía a comienzos del siglo XX (ver Tabla 5). Cabría entonces preguntarse ¿Dónde está el problema? Por lo menos hay tres presupuestos en la teoría del desarrollo que, a la luz del caso sudafricano, son difícilmente sostenibles: a) que la modernización sea un proceso lineal, previsible y transparente; b) que, en consecuencia, se pueda reproducir en contextos diferentes al de los países desarrollados y c) que, una vez se ha puesto en marcha, siga un camino independiente y autónomo de las condiciones históricas del contexto donde se materializa que, en el caso que nos ocupa, es un país no desarrollado. Es aquí donde la teoría de Beck sobre la sociedad del riesgo ofrece elementos que muestran las limitaciones de estos presupuestos y abre la posibilidad de comprender mejor los elementos subyacente a la epidemia del VIH/SIDA, particularmente en Sudáfrica.

La teoría de la sociedad del riesgo de Beck implica que el proceso de modernización simple es mucho más que sus consecuencias pre-

visibles y transparentes. Junto con estas consecuencias, encontramos otras imprevisibles y opacas que introducen elementos inciertos y contradictorios en la trayectoria del proceso de modernización. «El proceso de industrialización no determina a priori sobre qué estructuras sociales se asienta y qué consecuencias entraña», lo cual termina por producir una pluralización de los vías de modernización, algunas de ellas imprevisibles (Beck, 2000 a). De aquí que muchas de las consecuencias que, a posteriori, son imputables al proceso de modernización, resulten invisibles, a priori, a la forma en que se racionaliza este proceso.

La reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas en Europa, en los siglos XIX y XX, es un buen ejemplo que permitirá, no solo ilustrar estos aspectos sino ubicar la epidemia VIH/SIDA en el contexto de la modernización. Para comenzar, es bueno no perder de vista que sólo desde mediados del siglo XIX fue posible establecer con cierta certeza el impacto de las enfermedades infecciosas sobre la población europea. En este período, los nacimientos, las muertes y las causas de estas muertes comenzaron a ser registrados, por primera vez, en forma de estadísticas nacionales (McKeown, Lowe, 1984). Según estos registros, la marcada reducción de la mortalidad en el siglo XIX (cerca del 50%) se debió casi enteramente a la disminución de las muertes por enfermedades infecciosas (tuberculosis, tifus, fiebre tifoidea, viruela, difteria, cólera, fiebre escarlatina, tos ferina).

Lo interesante de este proceso es que esta *reducción de la mortandad fue una consecuencia no intencional* del proceso de industrialización en Europa y del incremento de la producción de alimentos, y no de la puesta en marcha de medidas preventivas o terapéuticas específicas. Es posible afirmar lo anterior porque la teoría del contagio microbiano solo se desarrolló a finales del siglo XIX, y porque las medidas preventivas y terapéuticas, creadas y puestas en práctica a partir de esta teoría, solo empezaron a tener impacto sobre la prevalencia de las enfermedades infecciosas después de 1935, cuando las sulfonamidas comenzaron a ser utilizadas por primera vez<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Así, por ejemplo, la mortalidad por tuberculosis en Inglaterra, desde 1838 (fecha en la que ya se dispone de cifras de mortalidad asociadas a una enfermedad particular) hasta 1882 (fecha en la que se descubre el agente

Al final, afirman McKeown y Lowe, todos estos factores contribuyeron a la rápida expansión de la población europea, al incremento de la esperanza de vida y a la mejora de la salud en general. Sin embargo, muchos de estos logros posiblemente no se hubieran alcanzado si la tasa de natalidad no hubiera disminuido también.

Desde un punto de vista histórico, la limitación del crecimiento de la población, a través del control del tamaño de la familia, era una condición indispensable para alcanzar esos logros en la salud. Aunque no es fácil tratar de dar explicaciones generales acerca de las prácticas de control de la natalidad, sí parecen responder, al menos en parte, a estrategias familiares de tipo social. Las familias burguesas de la Inglaterra tardo victoriana, por ejemplo, presionadas por el aumento de los gastos generales, se ven obligadas a escoger entre una disminución del nivel de vida o una reducción de la prole. Este cambio, que tiene que ver con los complejos (y costosos) símbolos de la clase media, está destinado a generalizarse a lo largo del siglo XIX, a menudo en versión pequeño-burguesa. Con la Primera Guerra Mundial, se extiende el control «racionalizado» de la natalidad de la familia burguesa, a campesinos y obreros, bajo la forma del uso generalizado del preservativo con fines anticonceptivos, porque su uso «militar» procuraba evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis entre los soldados (Macry, 1997). Posteriormente, el proceso de racionalización científico-técnico, expresado en forma de terapia antimicrobiana (antibióticos), la inmunización activa (vacunas), las políticas de salud pública, el estudio sistemático de las enfermedades (epidemiología), la educación en salud, etc. generalizó esta tendencia, la sistematizó, la consolidó y garantizó que estos adelantos y beneficios no se perdieran.

### Régimen de riesgo y VIH/SIDA en Sudáfrica

Siguiendo las tesis de Beck se puede afirmar que el régimen de riesgo, que condiciona las probabilidades de enfermar o morir por VIH/SIDA, su magnitud y perfil socio-epidemiológico, particularmente en el caso de Sudáfrica, tiene su origen en la forma en que se materializó su proceso de modernización simple y en las consecuencias que se derivaron de dicho proceso. En términos generales, el modelo de modernización de la sociedad sudafricana, basado en la «segregación racial o *apartheid*, permitió a los blancos no sólo 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 a, y participar de, sus éxitos, su racionalidad y, por qué no, sus riesgos. Aunque, como se pudo apreciar anteriormente en relación con la historia del *apartheid* en Sudáfrica, se presentaron 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 fomento de una mano de obra asalariada, la urbanización, etc.), la forma en que tanto negros como blancos experimentaron el proceso de modernización fue muy diferente. En este caso estaríamos hablando de una igualdad paradójica de procesos heterónomos de modernización (Beck, 2000 a). De ahí que, mientras la mayoría blanca podía acceder, tanto cualitativa como cuantitativamente, a los beneficios y a la racionalidad derivados del proceso de modernización, la población negra lo hacía de una manera fragmentaria, desigual, azarosa y arbitraria. De hecho, la «especial susceptibilidad y vulnerabilidad» de la población negra al VIH/SIDA puede considerarse como una consecuencia de la natura-

---

causal de la tuberculosis, el bacilo de Koch) se redujo en cerca del 50%; posteriormente, se redujo un 30% adicional antes que se iniciara la primera terapia con estreptomocina (1945) y un 10% adicional antes que se iniciara la vacunación con BCG (1955). Es decir, cerca del 80% de la disminución de la tuberculosis durante más de siglo y medio se explica por motivos no relacionados con una acción terapéutica específica. Al respecto consultar, McKeown, Th., Lowe, C., *Introducción a la medicina social*. Siglo XXI Editores, Bogotá, Buenos Aires, Madrid, México, 1984.

leza precaria de ese proceso (Barnes, White-side, 1999).

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. En el momento en que se inició el desmonte de las leyes que regían el apartheid, a comienzos de los años noventa, se disparó el número de casos y la prevalencia aumenta casi 30 veces en apenas 10 años (ver Gráfico 1). Pero además, el patrón socio-epidemiológico cambió radicalmente. La enfermedad comenzó a afectar fundamentalmente a las mujeres negras jóvenes, de entre 20 y 35 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 tienen su razón de ser en el apartheid. Por una parte, al controlar la movilidad de la población, restringir al máximo las relaciones interraciales y 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 situaciones que dan cuenta de su magnitud, forma de propagación y perfil socio-epidemiológico.

Estas situaciones, que se pueden interpretar como consecuencias perversas del proceso de modernización de la población negra, materializaron un régimen de riesgo que, analíticamente hablando, se puede desagregar en tres dimensiones complementarias: a) 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 los «homelands» y «townships»; b) los riesgos generados por la estructura del mercado laboral, generada, a su vez, por

las exigencias de mano de obra móvil y flexible tanto en la minas como en la industria manufacturera urbana; c) los riesgos generados por representaciones ambiguas, contradictorias y sesgadas de esta enfermedad, tanto entre los ciudadanos como en las instituciones públicas responsables de la seguridad ciudadana y del control y prevención de la enfermedad.

### Los riesgos generados por las violentas relaciones de género

La organización de la población negra en «homelands» fracturó y desorganizó profundamente la estructura familiar y, además, promovió formas tribales de control autoritarias y arbitrarias que mantuvieron las desigualdades tradicionales de género, particularmente a nivel rural (Gilbert, Walker, 2002). La consecuencia más seria de esta situación ha sido el acentuado abuso sexual que experimentan las mujeres jóvenes, posiblemente a través del incesto, o porque son forzadas a la prostitución principalmente por su situación de pobreza, analfabetismo o precariedad laboral (UNESCO, 1999). De hecho, en 1998, se estimó que en Sudáfrica se perpetraron aproximadamente 135 violaciones al día, de las cuales el 25% se cometieron en la Provincia Gauteng. Además, en un estudio realizado en la Ciudad del Cabo, el 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, el 77% de mujeres entrevistadas manifestó que la violencia sexual era muy frecuente y el 68% manifestó haber sufrido acoso sexual en el trabajo; en ese mismo estudio, sólo 1 de cada 10 escolares entrevistados se oponía a la violencia sexual (Wojcicki, 2001). Esta situación se manifiesta claramente en la alta prevalencia de HIV/SIDA entre las mujeres sudafricanas, especialmente entre las jóvenes. En efecto, el 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 el 60% en mujeres, cuya edad es de alrededor de 25 años (Gilbert, Walker, 2002).

La estructura de autoridad tribal en los «*homelands*» permitió, además, que se perpetuara la poligamia, particularmente en zonas rurales (Latré-Gato, 1999). Es el caso de Hlabisa, Distrito de la Provincia de KwaZulu-Natal, donde el gobierno blanco mantuvo 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 que la institución de la poligamia no sólo 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% (ver tabla 2).

Un aspecto que no se puede perder de vista es que la injusta y poco equitativa distribución del poder en las relaciones de género no fue un elemento de discusión relevante en la lucha contra el apartheid, quedando completamente subordinada a la lógica intrínseca de las estrategias de 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 más grande para poder ejecutar una respuesta efectiva a esta enfermedad en Sudáfrica (Marais, 2000). Los resultados del estudio de la FNMCIH parecen apuntar en esa dirección. Como se puede apreciar en las Tablas 6 y 7, en la población negra africana las variables ingresos y nivel educativo no discriminan los datos de prevalencia como se podría suponer a priori. En el caso de los ingresos, la prevalencia es sólo un 5% mayor en los grupos con bajos ingresos en comparación con aquellos cuyos in-

Tabla 6. Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 años y más, según los ingresos familiares y por raza, Sudáfrica 2002

Ingresos	Total	Africanos	Blancos	Mestizos	Indios
No cuentan con suficientes ingresos para cubrir las necesidades básicas	13,9	14,5	6,2	7,6	1,9
Ingresos sólo para cubrir las necesidades básicas	14,0	16,1	6,4	4,4	3,7
Suficiente para la mayoría de cosas importantes	6,5	9,0	3,7	7,8	0,5
Algún dinero para extras	5,0	10,3	4,6	2,7	0,0

\* Fuente: Shisana, O., 2002, *Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS. South African National HIV Prevalence, Behavioral Risk and Mass Media. Household Survey*, Human Sciences Research Council Publishers Cape Town, South Africa.

Tabla 7. Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 años y más, por nivel educativo y raza, Sudáfrica 2002

Escolaridad	Total	Africanos	Blancos	Mestizos	Indios
Sin escolarización	8,3	8,7	0,0	5,2	0,0
Escuela primaria	12,1	12,6	10,7	8,3	1,2
Escuela secundaria	14,9	17,2	7,7	5,1	0,8
Selectividad («Matic exam»)	15,3	21,1	4,4	6,4	3,0
Educación superior	6,5	10,2	3,3	2,7	0,3

\* Fuente: Shisana, O., 2002, *Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS. South African National HIV Prevalence, Behavioral Risk and Mass Media. Household Survey*, Human Sciences Research Council Publishers Cape Town, South Africa.



gresos son algo más altos (Tabla 6). En el caso de la educación, la prevalencia tiende a aumentar con el nivel educativo de una manera significativa, por lo menos hasta la finalización de los estudios secundarios (Tabla 7).

### Los riesgos generados por la estructura del mercado laboral

Las exigencias de mano de obra provocaron en Sudáfrica una gran migración de hombres a los yacimientos y a los centros industriales complementarios, a lo largo de prácticamente de todo el siglo XX. Con el fin del apartheid y, por ende, de las restricciones a la movilidad, se aceleró este fenómeno, tanto por el aumento de la movilidad interna como por el aumento de la inmigración de trabajadores de países limítrofes con Sudáfrica. Las minas de oro habitualmente emplean 350.000 trabajadores hombres, 95% de los cuales son emigrantes, algunos de áreas rurales de Sudáfrica y otros de los países vecinos como Lesutho, Botswana y Mozambique (Campbell, 2004). 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 (el corazón de la industria de las minas de oro de Sudáfrica), por ejemplo, viven unos 88.000 mineros, de los cuales, el 60% procede de otras partes de Sudáfrica y son inmigrantes de países vecinos. En esta área se calcula que viven aproximadamente medio millar de prostitutas, de las cuales el 33% está infectada por el VIH. A su vez, el 28,5% de los mineros también 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; Kalipeni,

Craddock, Ghosh, 2000 a). Efectivamente, la incidencia de VIH/SIDA en zonas rurales o tribales asciende a cerca del 12% en la población entre 15 y 49 años (Shisana, 2002).

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. 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 10.000 hombres pueden vivir en estos lugares), generalmente terminan contagiándose a través del comercio sexual practicado de forma esporádica o permanente. De hecho, en asentamientos urbanos informales el VIH/SIDA puede afectar al 28% de la población entre 15 y 49 años (Shisana, 2002). 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; Riviére, 2002).

### Los riesgos generados por el proceso de racionalización de la enfermedad

En el caso sudafricano, la racionalidad asociada al riesgo de enfermarse 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 dos grandes ámbitos que ponen en evidencia esta lógica: la construcción de la representación de la enfermedad entre la población negra y la racionalización que, sobre la misma, han venido haciendo los responsables gubernamentales de su control y prevención.

En relación con el primer aspecto, desde mediados de los años de 1980 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.

Otro elemento importante tiene que ver con la representación de la enfermedad en un marco de inseguridad y riesgo permanente. Esta situación genera prácticas que, no sólo tienden a perpetuar o reproducir los riesgos sino que limitan o neutralizan las acciones orientadas a mitigar el impacto de la enfermedad, 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 denominado «sexo de alto riesgo». Al ser el período 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 muchos hombres mueran por otras causas. 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). Frecuentemente se ubica en un nivel inferior en relación con aquellas que generan peligros inminentes: *«En esta región [Kwa-Zulu 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 15 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 10 años, ellos te responden... bien, el polvo y las rocas nos matarán antes»* (Marais, 2000, p.51).

El segundo aspecto tiene que ver específicamente con la forma cómo 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 la ruptura del apar-

theid y la propagación de la enfermedad. De lo contrario, se podía poner el peligro la débil transición hacia la democracia, amenazada permanentemente por la posibilidad de una guerra civil (Marais, 2000). Posteriormente, el gobierno del Presidente Thabo Mbeki, elegido en 1999, 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; Thompson, 2001). En consecuencia, Mbeki cuestionó 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, en los meses previos a la XIII Conferencia Internacional sobre VIH/SIDA, realizada en Durban en Junio de 2000, una serie de reuniones con los denominados «disidentes», que negaban la relación entre el virus y la enfermedad (Masland, King, 2000). Producto de esas reuniones, Mbeki, en el discurso inaugural de la Conferencia de Durban, cuestionó la asociación entre la infección por el virus y la 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; Rivière, 2002). Las contradicciones y ambigüedades generadas por esta forma de «racionalización» de la enfermedad y su tratamiento han generado confusión no sólo entre la población negra sino entre los mismos funcionarios responsables de adelantar acciones de promoción y prevención, con lo cual se potencian aún más los riesgos de adquirirla (Trengove Jones, 2001; Thompson, 2001; The Economist, 2002).

## Conclusiones

La epidemia de VIH/SIDA en Sudáfrica ha permitido ilustrar tanto la forma como se pue

den materializar los riesgos en las sociedades no desarrolladas, como los aportes de la teoría de la sociedad del riesgo para comprender y analizar este tipo de problemas. Siguiendo esta perspectiva es posible afirmar que esos riesgos, en términos de su magnitud y distribución social, han estado condicionados por la forma en que se plasma el proceso de modernización simple, como parece demostrar el caso de Sudáfrica. En este país, el riesgo de enfermar y morir por VIH/SIDA está fuertemente asociado al modelo de modernización que impuso la población blanca a la negra, 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 especificidad del VIH/SIDA en esta región, en términos de su perfil socio-demográfico, distribución y prevalencia, se puede considerar como la externalización de efectos colaterales latentes del «éxito de la modernización» entre la población blanca.

Beck afirma que la sociedad del riesgo es el resultado de la acumulación de efectos colaterales latentes que son, a su vez, resultado de los éxitos de la modernización simple en los países desarrollados. ¿Sigue siendo válida esta afirmación en el caso de los países no desarrollados? Para contestar esta pregunta, hay que detenerse un instante en el caso de Sudáfrica. Este país materializó, por lo menos, dos experiencias distintas de modernidad. Por una parte, la modernidad de la población blanca, que fue muy semejante a la europea. En este sentido, se puede hablar de un proceso exitoso de su modernización. Por otra parte, la experiencia de la modernidad de la población negra, que fue violenta, fragmentada, inequitativa, arbitraria y azarosa. Más que un fracaso en su proceso de modernización habría que hablar 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 condi-

cionarlas mutuamente, de tal manera que el éxito de una significó la distorsión de la otra.

Si extrapolamos 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 puede interpretarse como consecuencia perversa del éxito de la modernización de los países desarrollados. En términos de Beck: «En la denominada periferia, la sociedad del riesgo global no aparece como un proceso endógeno que puede ser enfrentado por medio de toma de decisiones nacionales autónomas, sino mejor como un proceso exógeno que es impulsado por la toma de decisiones en otros países, especialmente los denominados centrales» (Beck, 2002 c). De hecho, el VIH/SIDA, el terrorismo, la droga, la corrupción, etc., son efectos colaterales latentes de ese éxito que afectan fundamentalmente a los países no desarrollados y comprometen la seguridad de los desarrollados. Es decir, son amenazas y riesgos que cuestionan y tienden a erosionar 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, 2002). Por esto no debe extrañarnos que estos efectos colaterales latentes hayan sido incluidos dentro de la nueva agenda de seguridad del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

La siguiente pregunta a responder sería: ¿Cómo se aplican conceptos como el de «modernidad reflexiva» a los países no desarrollados? De igual manera, que en el caso anterior, el VIH/SIDA en Sudáfrica nos da pistas. La estructura de su proceso de modernización se convirtió en una especie de «caja de resonancia» que amplificó, los efectos colaterales latentes de este proceso, en cuanto al VIH/SIDA se refiere. 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 significa que el proceso de modernización genera un terreno frágil y movedizo, que produce una profunda inestabilidad no solo a las biografías personales sino a las propias instituciones creadas por ese proceso. Esa inestabilidad sería entonces el resultado de la forma fragmentada, desigual y azarosa en que las personas

acceden a ese proceso, particularmente a sus beneficios y a su racionalidad y de la manera contradictoria, sesgada y arbitraria en que sus instituciones racionalizan los riesgos. En ese sentido, la incertidumbre aumenta notablemente, y con ella, los sentimientos de inseguridad. Las experiencias de las mujeres en Sudáfrica, en relación con el VIH/SIDA, es especialmente ilustrativa de esta situación.

En estas circunstancias, la «modernidad reflexiva» de los países no desarrollados confronta la *viabilidad* de sus sociedades e instituciones, por la sobre-acumulación de efectos colaterales latentes. En última instancia, «la modernidad reflexiva» 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, sino fundamentalmente a la «sostenibilidad» social y cultural de estos países. El caso del VIH/SIDA ha puesto en evidencia que son las mujeres las que experimentan más directamente el impacto de este proceso.

En este aspecto, la teoría de la sociedad del riesgo de Beck parece quedarse algo rezagada. En la medida en que centra su análisis de los efectos colaterales latentes y de las consecuencias perversas del proceso de moderni-

zación en los países desarrollados, no alcanza a percibir plenamente la magnitud del fenómeno en los países no desarrollados. En la medida en que utiliza conceptos como sostenibilidad, vulnerabilidad y viabilidad en un contexto exclusivamente ecológico, pierde de vista que, en este momento, algunas sociedades y países pueden estar «en peligro de extinción», no solo porque desaparezcan físicamente, sino porque el legado de muchas generaciones se puede consumir por esta situación. Como se ha señalado reiteradamente, el VIH/SIDA ya está comenzando a consumir el 50% de la existencia (expectativa de vida) de muchas personas en un número importante de países del África subsahariana.

Como afirma Beck, la modernidad deviene reflexiva porque se preocupa «por sus consecuencias no deseadas, por los riesgos y sus implicaciones para sus fundamentos» (Beck, 2002, p241). En ese sentido, el fundamento de esa reflexividad no solo está en los países desarrollados y su crisis ecológica. Quizás su fundamento se encuentre más profundamente arraigado en el impacto que produce, en los países no desarrollados, las consecuencias perversas del éxito de la modernización simple en los países desarrollados. Este trabajo apunta en esa dirección.

## Bibliografía

- AL GORE (2000): Opening Statement in the Security Council Meeting on AIDS en *Africa January 10*. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.un.int/usa/00-003.htm>.
- 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.; CIDDENS, A., y LASH, S. (1997): *Modernization reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid, Alianza Universidad.
- (1998): *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós.
- (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.
- (2002c): *The terrorist threat. World risk Society revisited. theory, culture and society*, Vol. 19, No. 4, pp. 39-55.
- BECK, U.; BONS, W.; LAU, C. (2003): *The theory of reflexive modernization. Problematic, hypotheses and research programme, theory, culture and society*, Vol. 20, No. 2, pp. 1-33.
- CALDWELL, J. (2000): «Rethinking the African AIDS epidemic». *Population and Development Review*, pp. 117-135.
- CAMPBELL, C. (2004): «Migrancy, masculine identities and AIDS: The Psychosocial context of HIV transmission on the South African goldmines». En Kalipeni, E.; Craddock, S.; Oppong, J.; Chosh, J. (2004): *HIV and AIDS in Africa. Beyond epidemiology*. USA, UK, Australia, Blackwell Publishing.

- CHEBY, M. (2001): «Mbeki disputes AIDS statistics», *Nat Med*, Nov; 7(11), p.117.
- DAY, J.; CHARALABOUS, S.; GRANT, A., y CHURCHYARD, G. (2000): «Integrated HIV prevention and care: Experience from the South African mining industry», *AIDS Bulletin*, Vol. 9, No. 4. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.mrc.ac.za/aids/dec2000/hivprevention.htm>.
- DELOR, F., y HUBERT, M. (2000): «Revisiting the concept of "vulnerability"», *Social Science & Medicine*, 50, pp.1557-1570.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2002): *National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey of woman attending public antenatal clinics in South Africa, 2001*. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica:
- DORRINGTON, R.; BRADSHAW, D., y BUDLENDER, D. (2002): *HIV/AIDS profile of the provinces of South Africa - indicators for 2002*, Centre for Actuarial Research, Medical Research Council and the Actuarial Society of South Africa.
- EBERSTADT, N. (2002): *The Future of Aids*, Foreign Affairs, November/December. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.aei.org/ra/raebero211-12.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., y 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*, Vol. 2, No. 4, Center For Disease Control, Atlanta, GA. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol2no4/farmer.htm>.
- FARMER, P. (1999): *Infections and inequalities. The Modern plagues*, Los Angeles, Londres. University of California Press, Berkeley.
- GIDDENS, A.; BAUMAN, Z.; LUHMANN, N., y BECK, U. (1996): *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos.
- GILBERT, L., y 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), p. 225.
- ICG REPORT (2001): *HIV/AIDS as a security issue*, Washington, Bruselas.
- KALIPENI, E.; CRADDOCK, S.; GHOSH, J. (2004): Mapping the AIDS pandemic in Eastern and Southern Africa: A critical overview. En Kalipeni, E.; Craddock, S.; Oppong, J.; Ghosh, J. (2004): *HIV and AIDS in Africa. Beyond epidemiology*. USA, UK, Australia, Blackwell Publishing Ltd.
- KIELY, R. (1999): «The last refuge of the noble savage? A critical assessment of post-development theory», *The European Journal of Development Research*, Vol. 11, No.1, pp. 30-55.
- KRAAK, G., y SIMPSON, G. (1998): *The illusions of sanctuary and the weight of the past: notes on violence and gender in South Africa*, Development Update, Vol. 2, No. 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*, No. 161, Septiembre. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.unesco.org/issj/rics162/chimeredansp.html>.
- MACRY, P. (1997): *La sociedad contemporánea. Una introducción histórica*, Editorial Ariel S.A., Barcelona.
- MARAIS, H. (2000): *To the edge. Aids Review*, University of Pretoria, South Africa.
- MASLAND, T., y KING, (2000): «Flirting with strange ideas. Mbeki reaches out to a controversial AIDS researcher», *Newsweek*, Apr 17:135(16), p. 3.
- MCKEOWN, Th., y LOWE, C. (1984): *Introducción a la medicina social*, Siglo XXI Editores, Bogotá, Buenos Aires, Madrid, México.
- NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL, *The Global infectious disease threat an its implications for the United States*, January 2000. Este informe «no clasificado» se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.cia.gov/nic/pubs/index.htm>.
- 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](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*, Vol. 11, No. 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*, 2002, agosto, pp. 18-19.
- SECURITY COUNCIL, *The impact of AIDS on peace and security in Africa*, 4087th Meeting, 10 January 2000. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.un.org/News/dh/latest/scafrica.htm>
- SHISANA, O. (2002): *Nelso Mandela/HISRC Study of HIV/AIDS. South African National HIV Prevalence, Behavioral Risk and Mass Media. Household Survey*. Human Sciences Research Council Publishers Cape Town, South Africa.
- 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/>.
- THE ECONOMIST (2002): «Aids in South Africa. Leave them be, South African scientists deplore their government's meddling», April 4. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica.
- THOMPSON, L. (2001): *A History of South Africa*, New Haven/Londres. Yale University Press.
- TRENGOVE JONE, T. (2001): *Who cares? AIDS Review*, University of Pretoria South Africa.
- UNAIDS/WHO (2000): *AIDS epidemic update*, June.
- (2002): *The Report on the Global HIV/AIDS Epidemic «The Barcelona Report»*.
- (2003): *AIDS epidemic update*, Diciembre.
- UNESCO (1999): *A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care. South Africa Experience*, Studies and Report, Special Series, Issue No. 3.
- VALDEBAS, 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*, Vol. 12, No. 2, pp. 85-93.
- WASHINGTON POST, *AIDS is declared a threat to security*, April 30, 2000. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.washingtonpost.com>
- WELSH, F. (2000): *A History of South Africa*, Harper Collins Publishers, Londres.
- 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*, Vol. 10, No. 1. Se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.nrc.ac.za/aids/apr2001/accept.html>.
- WORLD ECONOMIC FORUM (2003): *Scenarios. The global HIV/AIDS crisis*, Annual Meeting, Global Health Initiative.