

LA CONSTRUCCION MEDICA DE UN ESTIGMA

Oscar Guasch Andreu.

Introducción

Los Evuzok, pueblo del Camerún, atribuyen el origen del "mal" (la enfermedad), a dos tipos de causas: endógenas y exógenas. Las primeras tienen que ver con el incumplimiento de reglas tribales por parte de algún miembro de la comunidad (o por ésta en su conjunto), provocando en consecuencia la ira y el consiguiente castigo de los ancestros. Las causas exógenas, al contrario, se asocian directamente a la brujería (al afán consciente o no de hacer daño: muy a menudo a través de la envidia y el mal de ojo), la cual procede de la costa, siendo los Evuzok un pueblo del interior. Esta constatación llevó a Lluís Mallart (precisamente a partir del estudio de los Evuzok), a definir la enfermedad como aquello que "permite a los hombres explicar las diferentes formas de desorden que pueden desestabilizar una sociedad... la enfermedad, es un medio que permite a los hombres pensar la sociedad, organizarla y reestructurarla" (Mallart.1984:54). La enfermedad, pues, permite a los Evuzok comprender la sociedad en la que viven: la transgresión de la norma o la agresión de los "otros" (los extranjeros), son el origen del "mal". Con todo, no es necesario trasladarse al continente negro para constatar que la enfermedad es un instrumento social de clasificación (y por ende de integración y segregación): en la Historia de Europa, un buen ejemplo de ese uso social de la enfermedad lo es la clase de racionalizaciones que sobre el origen de la peste efectuaron nuestros antepasados medievales. La plaga tenía que ver, bien con "nuestros pecados" (y la consiguiente ira divina expresada en terminos de peste), bien con la presencia de los "otros", los extranjeros: muy a menudo los judíos -"illi fecerunt escelos atroces" (1)-.

Ciertamente nosotros, los "occidentales", hemos avanzado muy poco respecto a los "primitivos" Evuzok y nuestros ancestros medievales. La enfermedad es de

nuevo (o mejor dicho: es ahora con mayor intensidad), instrumento social de integración y segregación. En éste artículo se pretende revisar la construcción médica del estigma SIDA y algunas de las consecuencias que ello ha tenido.

El origen.

La Ciencia -y la medicina lo es-, como cualquier otra actividad humana "no puede ser nunca estudiada en sí misma, sino en el contexto en que es producida, difundida y utilizada" (Peset. 1983:11); partiendo de la premisa anterior, no parece descabellado afirmar que la definición biomédica de los llamados "grupos de riesgo" se realizó atendiendo no sólo a consideraciones y datos de carácter epidemiológico, sino también merced a una toma de posición por parte de la medicina respecto a los "otros" de nuestra sociedad; toma de posición por la que la medicina ejerció de nuevo funciones típicas de control social "al definir lo normal y lo anormal, lo deseable y lo indeseable" (Rodríguez.1987:208): no en vano todos y cada uno de los "grupos de riesgo" definidos se ubican -con mayor o menos intensidad- en los márgenes de nuestra sociedad (2). La noción de "grupo de riesgo" es, pues, arbitraria, tiene su origen en las bases mismas del conocimiento científico: en la necesidad de clasificar y etiquetar tras el análisis. Sin embargo los análisis, las clasificaciones y los etiquetamientos, no son siempre correctos, y muchísimo menos son justos. El concepto de "grupo de riesgo" nace en 1983 cuando no existía aún analítica alguna para detectar la presencia del virus porque "para los americanos el principal problema fue circunscribir los grupos de población susceptibles de ser portadores del agente, a fin de descartarlos de la hemodonación" (Leibowitch.1984:125). La definición de los "grupos de riesgo" parecía la correcta: una vez descartados los haitianos, vista su escasa importancia epidemiológica, quedaron tres grupos base: homosexuales (grupo marginal que entraba en contacto con el virus en razón de su promiscuidad sexual), los heroíómanos (grupo marginal que se infectaba por el uso antihigiénico de jeringuillas), y los hemofílicos (grupo no marginal, pero si enfermo, que se infectaba a partir de hemoderivados contaminados). La definición parecía la correcta, pero desde luego no lo era.

El ejemplo más claro de ésta arbitrariedad en la construcción de los "grupos de riesgo", -y que revela de forma meridiana como los "definidores" estaban profundamente influenciados por su manera de entender lo normal y lo anormal- se obtiene al poner en relación al colectivo homosexual con lo que Sontag denomina la "población general", es decir: heterosexuales blancos que no se inyectan drogas" (Sontag.1989:35).

Ya en 1983 -momento de la fijación de los "grupos de riesgo"-, se había descubierto el virus y se conocían las vías principales de contagio, recomendándose también la mayoría de medidas preventivas que aún hoy siguen vigentes (3), e insistiéndose en que la promiscuidad sexual constituía una conducta de riesgo por la que sobre todo los homosexuales entraban en contacto con el virus. "Sobre todo los homosexuales" terminó significando "exclusivamente los homosexuales".

Promiscuidad ha sido, desde la llamada "revolución sexual", un término claramente asociado al universo homosexual, donde "los gays acumulan rutinariamente proezas sexuales que maravillarian a los más fanáticos mujeriegos: en el mundo heterosexual pueden encontrarse sátiros que -no dedicándose a otra cosa-, consigan reunir un millar de conquistas.. en el mundo gay tal suma puede alcanzarse en menos de un año" (Amis.1987:10). Aceptando, en principio, la promiscuidad de los homosexuales, lo cual motivó su inclusión en los "grupos de riesgo" -realmente no había otra razón(4)-, la cuestión es: ¿por qué sólo los homosexuales?. Realmente definir a los homosexuales como "grupo de riesgo" fue un error de envergadura porque, evidentemente no todos los homosexuales son promiscuos, sino tan sólo algunos de los que definen y viven su orientación sexual participando del universo "gay"; es decir: una minoría. Pero al definir a los homosexuales como "grupo de riesgo", en realidad lo que se estaba haciendo era proyectar sobre los "otros" unas pautas de frecuencia sexual que sin duda se daban también entre algunos sectores de la "población general", tal y como lo prueban el generalizado aumento del herpes y de ETS de todo tipo entre la población heterosexual (5). Existiendo entonces, tanto en el universo heterosexual como en el homosexual sectores de población con pautas de conducta sexual promiscuas (6), ¿por qué sólo los homosexuales fueron considerados "grupo de riesgo", cuando se sabía perfectamente que no era la orientación sexual, sino la

pauta de frecuencia sexual no monógama lo que ponía al sujeto en contacto con el virus?. La explicación más plausible (que además revela el nivel de arbitrariedad existente en la definición de los "grupos de riesgo"), es que "un riesgo médico era percibido al tiempo como un riesgo social" (Pollak 1988:13), y puesto que la enfermedad "viene siempre de fuera", ésta no podía tener ni su origen ni su difusión entre la "población general".

De las cuatro "H" iniciales, tres reproducían el modelo de "riesgo médico más riesgo social". Tan sólo los hemofílicos parecían escapar a la norma anterior, pero ello les convertía en un riesgo social mayor porque "representan una amenaza potencial aún pero, ya que a diferencia de los ya estigmatizados no se les puede identificar fácilmente"(Sontag, 1989:33).

Probablemente si a la hora de analizar el fenómeno SIDA se hubiera tenido más en cuenta el enfoque sociológico que el epidemiológico, los resultados obtenidos no habrían relacionado tan directamente la enfermedad con grupos desviados, al fin y al cabo "la Sociología presupone el cambio social y la Epidemiología el control social" (Miguel, 1978:193).

Las consecuencias.

A corto plazo las consecuencias de la arbitraria definición de los homosexuales como "grupo de riesgo" fueron básicamente dos: por un lado supuso la reactivación del activismo político "gay", 'esta vez ante un "enemigo" mucho más poderoso que los prejuicios -o que al menos mataba más rápidamente (7); por otro, significó reubicar de nuevo -y de un modo repentino- en los márgenes a un colectivo que lentamente empezaba a salir de su ostracismo social (8). La tercera consecuencia que a medio plazo impuso la urgente necesidad de practicar "safer sex" (sexo seguro), fue la aparición y el desarrollo de técnicas sexuales consideradas no peligrosas, junto a la recuperación de otras consideradas obsoletas o pasadas de moda como la pornografía dura, las revistas, peep shows, video doméstico y el sex by phone, etc." (Fernández, 1987:24)(9).

Finalmente, se perfilan a largo plazo en el futuro del universo homosexual, una serie de cambios sociológicos importantes que significarían el fin de la cultura

"gay", como consecuencia de la imposibilidad -impuesta por el SIDA- de seguir reproduciendo el modelo de intercambio sexual generalizado que había constituido su fundamento: "las culturas perecen cuando se las despoja de las formas de vida que les dan identidad. Y en esto la cultura "gay" no puede ser muy diferente de las culturas originarias, étnicas y religiosas, que hoy perviven en el limbo de la historia" (Cardín.1987:4)(10).

Con todo, lo arbitrario no es sólo la inclusión de los homosexuales en uno de los "grupos de riesgo" sino la definición y construcción de los mismos en su totalidad. Los haitianos y los africanos de color también están sufriendo las consecuencias del arbitrario discurso del Modelo Médico Hegemónico (11) respecto al SIDA (12).

Junto a los homosexuales, los haitianos fueron las primeras víctimas de la definición de los "grupos de riesgo". De nuevo los "occidentales" no pudimos asumir ser los "portadores del mal", y quisimos hallar en Haití el origen de la enfermedad: "los americanos acusaron a los haitianos, sobre todo a los emigrantes ilegales, de importar la nueva peste de un país con condiciones higiénicas desastrosas, a otro limpio y aseado... se especuló sobre la miseria, sobre las aguas sucias y los parásitos externos e intestinales, sobre el alcoholismo de los haitianos, sobre su uso de la marihuana, sobre toda suerte de privaciones y depravaciones" (Grmek.1989:63). Sin embargo, y pese a que las conclusiones epidemiológicas revelaban que buena parte de la entrada del VIH en los Estados Unidos se había producido a partir de la infección de homosexuales norteamericanos que practicaban el "turismo sexual" en Haití, a nadie se le ocurrió "especular" con el uso y el abuso que los homosexuales norteamericanos hacían de los varones de un país subdesarrollado (13). El "mal" y su difusión pues, tenían que ver de un modo u otro con los márgenes, Sin embargo, en tanto que definición arbitraria, de carácter sociológico, la inclusión de los haitianos en los "grupos de riesgo" pudo ser contestada en términos políticos; así, la presión del "loby" haitiano en EEUU junto a la del gobierno de Haití, se tradujo, por primera vez en la historia de la medicina, en una intervención del embajador haitiano en Washington en el *New England Journal of Medicine*, donde "lamentaba el daño cuasado por las negligencias semánticas norteamericanas en el comercio y en los negocios"(Leibowitch.1984:127). Pese a que, finalmente los haitianos dejaron

de ser considerados como "grupo de riesgo", el daño ya estaba hecho: se acentuó la situación de marginación social de los emigrantes haitianos en USA, y se redujo a mínimos la entrada de divisas procedentes del turismo a un país con una economía falta de recursos. Pero lo peor fue -es- que la enfermedad persiste en Haití: una nación pobre y sin capacidad sanitaria para detenerla.

Como más arriba se apuntaba, también los negros africanos están sufriendo las consecuencias del discurso médico sobre el SIDA, esta vez no por haber sido etiquetados como "grupo de riesgo", sino a consecuencia de la hipótesis que a la hora de determinar el origen del virus, afirma que procede de África. Efectivamente las investigaciones apuntan el origen africano del virus, pero lo que raramente se tiene en cuenta es que, "primero: el SIDA, bajo su forma epidémica actual, es una enfermedad tan nueva en África como en América; segundo, en la segunda fase de la epidemia actual el mundo entero se infectó a partir de cepas americanas. Antes de la emergencia del SIDA entre los homosexuales norteamericanos, las cepas africanas fueron introducidas varias veces en Europa, dando origen tan sólo a infecciones esporádicas" (Grmek.1989:244). En otras palabras: el virus parece africano -hipótesis no totalmente probada-, pero el tipo de virus que ahora asola África y el mundo tiene poco que ver con el autóctono. De nuevo el análisis es arbitrario: se insinúa que el subdesarrollo, el primitivismo, la falta de higiene, los intercambios de sangre con los simios, permiten la aparición del virus. olvidando que posiblemente "los homosexuales norteamericanos prepararon las condiciones que, al margen de juicios morales, posibilitaron la epidemia: fueron una especie de caldo de cultivo que permitió el desarrollo de cepas virulentas de VIH" (Grmek. 1989:263). Homosexuales, sí, pero occidentales al fin. Al juicio científico se añade el moral: la peste debe proceder del subdesarrollo aunque su difusión pueda depender de otros factores.

Las consecuencias que para África ha tenido el ser -supuestamente- el lugar de origen de VIH, son muy semejantes a las de Haití: "reducir la corriente turística que supone unos ingresos indispensables para numerosos países, y obligar a dedicar una parte creciente de los presupuestos de sanidad a analíticas y tratamiento, gastos que sobrepasan en mucho las posibilidades económicas de estos países" (Guy 1989:9). Por otro lado, la situación de la gente

de color en Europa, ya de por sí bastante marginal en tanto que "negros" y pobres, ha empeorado notablemente al ser percibidos como potenciales portadores del virus, y ello ha posibilitado la politización del problema - básicamente en Francia- a partir del discurso neofascista del Front National, quien "proyectando sus temores de futuro sobre el SIDA y la inmigración, que perciben como fenómenos íntimamente asociados simbolizando la decadencia social, pretenden que la lucha contra la enfermedad sirva también para restablecer el orden tradicional" (Pollack. 1988:87).

Sin embargo las consecuencias de la creación de los "grupos de riesgo" no ha sido tan sólo la reestigmatización de ciertos colectivos marginales, al contrario, ha habido otra consecuencia que a medio plazo probablemente se revele como mucho más grave. En general los "mass-media" han actuado como caja de resonancia del discurso médico sobre el SIDA, de tal manera(14) que se ha gestado un proceso de particularización por el que "el cuerpo social ...ha acabado por asumir que la enfermedad afecta solamente a sectores de población con problemas y conductas particulares" (Guasch. 1987:91). El SIDA, pues, es percibido como la "enfermedad de los demás", y cuando los problemas no se asumen como propios, difícilmente pueden ser enfrentados. Si los homosexuales -los estadounidenses en particular- reaccionaron con notable rapidez ante el SIDA, fue porque se sentían afectados por él. A nivel de prevención "para que una información sea retenida, debe ser confirmada por cercanos que compartan las mismas preocupaciones y los mismos problemas" (Pollak. 1988:63), y la "población general", no sintiéndose afectada por la enfermedad, ni teniendo -creyendo no tener- ni problemas ni preocupaciones respecto a ella, difícilmente será consciente de las precauciones que deben tomarse frente al síndrome inmunodeficiente. La consecuencia más grave de la arbitraria creación de los "grupos de riesgo" y de la difusión de los mismos efectuada por los "mass-media", es que en el futuro el problema se ubicará cada vez más entre la "población general". De los tres esquemas epidemiológicos existentes(15), parece ser que el esquema africano se convertirá en el único para toda la "aldea mundial", aumentando el contagio heterosexual en ambos sentidos (16), así como la transmisión perinatal.

A modo de conclusión.

Según Castel "un riesgo no es el resultado de la presencia de un peligro concreto para una persona o para un grupo de personas, sino la relación de datos generales impersonales o factores (de riesgo), que hacen más o menos probable el acontecimiento" (Castel.1984:153). Lo que produjo en su momento la creación de los "grupos de riesgo", fue la valoración de ciertas relaciones de datos respecto al SIDA, y lo único que permite explicar que no se estableciera la igualdad "norteamericano=grupo de riesgo" (siendo Estados Unidos el país con mayor número de casos detectados), es, precisamente, que esa valoración fue arbitraria. Y es que si la Historia la escriben los países vencedores, la Medicina la "escriben" los países ricos.

Tarragona, 19 de junio de 1989

Notas.

(1).- "Los que cometieron el más atroz de los crímenes". Otro ejemplo histórico de la tendencia a afirmar el origen foráneo de la enfermedad, lo es el caso de la sífilis que "apareció bruscamente en 1494 en el ejército de Carlos VIII de campaña en Italia, y que fue denominada "mal francés" por unos y "mal de Nápoles" por otros"(Grmek. 1989:167). En España, un ejemplo histórico más cercano lo es la epidemia de cólera de 1833-35, ya que "una de las preocupaciones fundamentales de los médicos españoles, fue la de demostrar que se trataba de una enfermedad "importada", esto es: externa al propio sistema social y sanitario" (Durán.1983:36).

(2).- Solamente los hemofílicos parecen no responder totalmente a la ubicación marginal aludida, sin embargo, en tanto que enfermos crónicos, pueden ser considerados como "un caso especial de comportamiento desviado" (Coe.1984:124), y por ello como individuos no centrales en el sistema social.

(3).- Puesto que la información es hoy por hoy el único instrumento válido de defensa ante el SIDA, no estará de más repetir aquí cuales son las medidas higiénicas generalmente recomendadas: utilizar sangre sometida a control

sanitario, emplear jeringuillas de un solo uso, utilizar preservativos en las relaciones sexuales, y no compartir objetos de uso personal.

(4).- Una de las primeras hipótesis sobre la extensión del SIDA entre los homosexuales (elaborada cuando aún se hablaba de "cáncer gay"), fue la "Teoría del Dominó", según la cual, a partir de un cúmulo de infecciones y reinfecciones por ETS, junto al empleo del nitrito de amilo (una droga con efectos inmunodepresores), se produciría el repentinamente derrumbe del sistema inmunológico.

(5).- Al igual que la "población general", los profesionales de la medicina aprehenden la homosexualidad a partir de estereotipos, y ello tiene consecuencias en la relación médico-enfermo: "Yo estoy casado y con dos niños, cuando tuve problemas de piel, mi médico de cabecera me prescribió una crema sin efecto alguno...cuando no eres sospechosos de ser marica o toxicómano, simplemente no tienes derecho a tener el SIDA" (Pollak. 1988:90).

(6).- En España no hay obreros, o al menos esa conclusión se desprende de las respuestas que dan los españoles a la pregunta de "A qué clase social pertenece usted?". La inmensa mayoría se autoubica en la "clase media", aún en el caso de tener un salario de 80.000 pesetas mensuales. Al igual que el concepto de "clase social" el de "promiscuidad" es una construcción cultural. No es promiscuo quien lo es, sino quien lo parece -habida cuenta de que no hay un cupo fijo establecido a partir del cual pueda definirse a un sujeto como tal-. Por ejemplo, los jóvenes pueden resistirse a emplear preservativos porque ello "es percibido como un gesto de desconfianza, ya que el amor debe encontrarse a través de la confianza y la pureza, incluso en el caso de que el "nuevo amor" sea el tercero del año" (Got. 1989:106). Suponer que el "nuevo amor" es promiscuo o que pueda estar infectado haría entrar en crisis la relación. Ante esta perspectiva lo idóneo es percibir el "nuevo amor" como "puro", y la pureza nunca está contaminada.

(7).- Pese a la crítica efectuada por Sontag contra el empleo de las metáforas bélicas en el proceso de racionalización de la enfermedad, debe reconocerse que en ocasiones tales metáforas resultan útiles. El ejemplo más hermoso de esto último lo es el libro de Alain Emmanuel Dreuilhe -Corps à Corps. 1987)-, en

el que el grito de "el cuerpo es una patria", un enfermo de SIDA recupera lo último que le quedaba y que el saber médico le había robado: su enfermedad.

(8).- A lo largo de los últimos quince años la homosexualidad empezó a ser ampliamente tolerada en la mayoría de los países del "occidente". Ante ese proceso muchos homosexuales realizaron su "coming out" (se "destaparon"), y ahora algunos empiezan a lamentarlo porque son -o así lo creen- percibidos como posibles infectados. En palabras de un informante: "Chavalas con las que antes me lo pasaba de puta madre hablando de tíos buenos ahora ya no quieren beber de mi vaso".

(9).- Como sucede con otros procesos sociales los análisis efectuados en USA no son directamente aplicables a otro tipo de realidades; por ejemplo: ningún homosexual en San Francisco realizará una felación sin emplear preservativo -salvo, claro está, los llamados "suicidas del sexo: contagiados, ""kamikaze queens""y desesperados incontinentes" (Fernández.1987:24)-. mientras que en nuestro país muy pocos homosexuales están dispuestos a cambiar el tacto de la carne por el del caucho. Por otro lado, una técnica sexual muy extendida en España para evitar el contagio -pero que no lo evita y que es consecuencia de una incorrecta reelaboración de la información recibida- es realizar el coito anal sin preservativo, pero evitando eyacular en el ano del "partenaire": algo así como la marcha atrás" en versión homosexual. Lo más curioso de la recuperación de prácticas sexuales seguras es que muchas de ellas, ahora elogiadas, fueron "fuertemente valoradas como prácticas perversas por el psicoanálisis y la psiquiatría" (Pollak.1988:81).

(10).- Con todo, la disolución de la cultura "gay" a la que alude Cardín, habría empezado antes de la aparición del SIDA, siendo algunos de sus síntomas la progresiva desmasculinización del varón heterosexual y el fenómeno del culto al cuerpo. El SIDA actuaría solamente como un importante catalizador del proceso.

(11).- El Modelo Médico Hegemónico es aquel discurso y praxis médica caracterizado por las siguientes funciones: la curativo-preventiva, la normatizadora, la de control, y la de legitimación (Menéndez.1986:53).

Generalmente se le conoce con el nombre de "medicina occidental", si bien el modelo aparece en todo el planeta y en todo sistema político de estado.

(12).- También las personas usuarias de drogas intravenosas están sufriendo las consecuencias tanto del discurso médico sobre el SIDA como de la enfermedad misma. Los heroínómanos, ya antes terriblemente estigmatizados por su relación con la delincuencia, van camino de convertirse en las "brujas" del siglo XXI: se les acusa desde cometer atracos jeringuilla en mano, hasta de colocar a propósito hipodérmicas en las playas para que se infecte la población general. Los más marginales raramente cumplen las prescripciones médicas - con lo cual se acelera el proceso de la enfermedad-, y algunos de los que dejaron la heroína, vuelven a ella cuando descubren su seropositividad porque "ya no hay remedio y da lo mismo".

(13).-Cualquier relación sexual es aceptable cuando media el mutuo consentimiento, cosa ésta que no parece darse cuando a alguien la relación le es impuesta por las circunstancias - en el caos de los países del Tercer Mundo la pobreza-. Con todo no sólo algunos homosexuales usan y abusan de la población de los países pobres: los caso de Tailandia y Filipinas revelan como la violencia sexual asociada a la pobreza poco tiene que ver con la orientación sexual.

(14).- Un periodista es un profesional que, sin conocer un tema, debe escribir sobre él como si lo dominara. Por lo general la prensa ha difundido los aspectos más evidentes del problema sin profundizar en él (lo cual, por otro lado tampoco es su función), pero se ha creado una visión estereotipada del mismo: la de los "grupos de riesgo".

(15).- Actualmente existen tres esquemas epidemiológicos del SIDA:

a.- el euro-occidental (que incluye América Latina), donde la transmisión es sexual y parenteral, y donde los más afectados son toxicómanos y homosexuales.

b.- el africano, donde las mujeres están tan infectadas como los varones, siendo la prostitución el canal principal de contagio.

y c.- Europa del este, Asia y Australia, donde la enfermedad es poco frecuente incluso entre poblaciones con conductas de riesgo.

(16).- Si bien las mujeres, en tanto que receptoras del semen están más expuestas al contagio que los varones, éstos no están exentos de riesgo: "pese a que el virus precisa de una puerta de entrada, pueden existir microtraumatismos, debido a la relación sexual, inflamaciones de la mucosa uretral o lesiones infecciosas en el pene" (Henrion.1988:45), que pueden facilitar ese acceso. El caso africano es prueba de ello.

Referencias bibliográficas.

- AMIS, M. (1987). Hallándole sentido al SIDA. En: Los Cuadernos del Norte, VIII, 44:6-13.ed.CAA.
- CARDIN, A. (1987). Una cierta sensación de fin. En: Los Cuadernos del Norte, VIII, 44:2-5.ed.CAA.
- CASTEL, R. (1984). La gestión de los riesgos. Anagrama. Barcelona.
- COE, R.M. (1984). Sociología de la Medicina. Alianza Editorial. Madrid.
- DREUILHE, A.E. (1987). Corps à Corps. Gallimard. Paris.
- DURAN, M.A. (1983). Desigualdad social y enfermedad. Tecnos. Madrid.
- FERNANDEZ, LL. (1987). Sexo y homosexualidad en la era del SIDA. En: Los Cuadernos del Norte, VIII, 44:24-31.CAA.
- GOT, C. (1989). Rapport sur le SIDA. Flammarion. Paris.
- GRMEK, M.D. (1989). Histoire du SIDA. Payot. Paris.
- GUASCH, O. (1987). El SIDA y los homosexuales españoles. En: JANO, XXXII, 72:91-95.
- GUY, F. (1988). L'Afrique, le SIDA, le sexe, l'enfant. En: Santé Mentale, núm.:96:8-16.

- HENRION,R.(1988). Les femmes et le SIDA. Flammarion. París.
- LEIWOBITCH,J. (1984) . Un virus étrange venu d'ailleurs. Grasset. París.
- MALLART,LL. (1984). Bruixeria, medicina i estructura social: el cas dels Evuzok del Camerun. En: Comelles, J.M. (comp.) Antropologia i Salut Barcelona. Fundació Caixa de Pensions.
- MENENDEZ,E. (1986). Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud" en Nueva Antropología, VIII,29-48-63.
- MIGUEL de, J.M. (1987). Sociología de la Medicina. Vicens-Universidad. Barcelona.
- PESET,J.L. (1983). Ciencia y marginación. Crítica. Barcelona.
- POLLAK,M. (1988). Les homosexuels et le SIDA. Métailié. París.
- RODRIGUEZ,J.A. (1987). Salud y Sociedad. Tecnos. Madrid.
- SONTAG,S. (1989). El SIDA y sus metáforas. Muchnik. Barcelona.

