

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

CÁTEDRA DE MEDICINA SOCIAL

“VIH Y POBLACIÓN TRANS: UN ENFOQUE DESDE EL TRABAJO SOCIAL”

Estudiantes: Bernal Florentina (flori_bernal@hotmail.com)

Bibel Valentina (valenbibel10@hotmail.com)

Ferrer Emiliana (f.eemi@hotmail.com)

Moreno Ana Luz (anita_moreno_87@hotmail.com)

Profesora: Otero Laura

Fecha: 20 de octubre de 2015

Resumen: El presente trabajo, tiene como objetivo problematizar el VIH en tanto constructo social, centrándonos en su expresión en la población trans. Para esto partimos de considerar los prejuicios y significaciones negativas que se construyeron en la sociedad sobre el mismo. Además entendiendo que las mujeres trans constituyen un colectivo que está expuesto a la constante vulneración de sus derechos a raíz de su identidad de género, intentamos recuperar cómo es la accesibilidad a las instituciones de salud de las mismas. Creemos que para el análisis debemos tener en cuenta otras categorías como lo son las determinantes sociales de la salud, las políticas de salud vigentes destinadas a dicha problemática y conjuntamente el papel del Estado en este contexto. No podemos dejar de considerar para el desarrollo del trabajo la concepción de salud desde la cual nos posicionamos, entendiendo a la misma no sólo desde lo biológico, sino atravesada por múltiples determinaciones, lo que implica una mirada que permita historizar, desnaturalizar y problematizar la problemática del VIH. Así situándonos como futuras profesionales creemos relevante dicha temática ya que se constituye como un posible campo de intervención profesional para el Trabajo Social.

Presentación del tema

Partiendo de analizar el VIH como un constructo social, nos proponemos a lo largo de este trabajo analizar la expresión de dicha enfermedad en la población trans, recuperando analíticamente conceptos principales trabajados durante el año. Entendiendo que el derecho a la salud se constituye como un derecho universal y atravesado por el derecho a un sistema de salud eficaz, integrado y accesible para toda la población, es que pretendemos analizar cómo es la accesibilidad de dichas mujeres trans a las instituciones de salud. En este sentido la accesibilidad es uno de los elementos que abarca el derecho a la salud, pero consideramos que no puede pensarse sin estar relacionada con la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios del sistema.

Por otro lado creemos interesante recuperar la experiencia laboral de una trabajadora social que se desempeña en el área de Coordinación Nacional de Diversidad Sexual, perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Considerando que los sujetos que construyen su identidad de género en base la diversidad sexual, muchas veces se ven expuestos a la vulneración de sus derechos, yes aquí que situamos a la población trans. Además sumado a esta situación, recuperamos los prejuicios, discriminaciones y significaciones negativas que se construyeron en las sociedades sobre las personas que viven con VIH.

La elección de la temática se relaciona con que, pensándonos como futuras profesionales, consideramos que podría constituirse como un posible campo de intervención para el Trabajo Social. Por esto es que nuestra intención se centra en poder abordar la temática de una forma crítica y reflexiva, para pensar los aportes y los desafíos para nuestra disciplina en pos de una intervención atravesada por una mirada integral. Partimos para esto de una concepción histórico-crítica de la profesión, entendiendo que la misma se inserta en un contexto mayor, en una totalidad que la contiene, sin poder dejar de lado las diversas determinaciones sociales, políticas, económicas, ideológicas y de clase que la atraviesan. Por eso entendemos que reflexionar sobre esta temática implica posicionarnos políticamente, pensar sobre las implicancias de nuestra intervención en el contexto cotidiano de las mujeres trans que viven con VIH, pero entendiendo que existen múltiples dimensiones que abarcan y determinan este cotidiano.

Creemos que desde esta posición se requiere una visión integral de la salud, comprendida desde el movimiento de la Medicina Social- Salud Colectiva a partir del

contexto histórico, social, político y económico que la atraviesa, comprendiendo que estas determinaciones condicionan las formas de vivir, enfermar y hasta de morir de distintos sujetos, grupos, clases sociales.

Desarrollo

Para comenzar el desarrollo partimos de comprender el proceso salud-enfermedad como parte del proceso vital humano, un proceso que es multidimensional y complejo, en tanto que sus manifestaciones individuales y colectivas implican dimensiones psico-biológicas y socio-culturales (López Arellano, 2013). A su vez, salud y enfermedad están desigualmente distribuidas entre los individuos, clases y pueblos; lo que remite a la desigualdad en salud, es decir, aquellas diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico o cultural. Considerándose injustas ya que se generan a través de situaciones inaceptables que se deben y se pueden evitar. Estas desigualdades en salud, a su vez, afectan sobre todo a los grupos más oprimidos y explotados de la sociedad. En lo que respecta al tratamiento de la enfermedad, aquellas personas con mayor poder adquisitivo pueden sobrellevar mejor la enfermedad, con mejores tratamientos y más accesibilidad; por el contrario, aquellas con menos recursos, a pesar de poder llevar a cabo ciertos controles no está a su alcance poder evitar situaciones que tengan influencia sobre la enfermedad, es decir no pueden contar muchas veces con los recursos suficientes para poder hacer frente a la misma.

Como grupo recuperamos la concepción de salud que plantea Weinstein (1988), como un conjunto de capacidades bio-psico-sociales de un individuo o un colectivo, y como tal es una propiedad de los seres vivos que puede contribuir a generar condiciones para favorecer los cambios sociales. Desde esta visión, una persona nunca deja de tener salud, sino que en determinado momento se puede estar sano o enfermo; es así que el autor utiliza el concepto de capacidades, las cuales se entienden como expresiones particulares ya que en cada uno de nosotros se desarrollan de manera distinta. Por esto en ciertos momentos pueden verse afectadas ciertas capacidades de una persona, pero al mismo tiempo otras pueden expresarse en su máximo potencial. Esto deviene en entender a la salud y a la enfermedad de manera dinámica y relacional, no de manera estática, comprendiendo también que cada sujeto transita los problemas de manera distinta y les hace frente a los mismos de forma particular.

Para seguir avanzando sobre dicha temática, creemos necesario explicitar conceptualmente categorías que nos permiten contextualizar la problemática y llevar cabo el análisis propuesto. Una de ellas remite a comprender entonces, que el estado de salud de una población en particular y de los sujetos, se vincula estrechamente con las condiciones de empleo y trabajo, con el acceso a la vivienda, el cuidado del medio ambiente, el acceso a una adecuada alimentación, al acceso a determinados servicios públicos, entre tantos otros factores. Este tipo de relaciones que se establecen, son denominadas, por autores trabajados, como determinantes sociales, los cuales *“(...) conforman por tanto un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva, a la salud pública”*. (Benach y Muntaner, 2009; pág. 22) Uno de los puntos que trabajan estos autores, o que mencionan como factor de estos determinantes, es la temática sobre la accesibilidad a la salud. Para esto también creemos necesario hacer hincapié en definir a la misma, siguiendo a Comes Y. Y col. (2006), como el encuentro o relación que se da entre los sujetos y los servicios de salud. Pensarlo de esta manera, como un problema desencuentro/encuentro entre la población y los servicios de salud, permite tener en cuenta la inclusión de las prácticas de vida y de salud de la población para construir estrategias en pos de mejorar el acceso. Esta perspectiva posibilita redimensionar el concepto en su complejidad, en tanto:

“(...) hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entraman en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización.” (Comes Y. Y col., 2006; pág. 203)

Considerando las categorías que definimos anteriormente, es que comprendemos a la salud más allá de lo físico y biológico pudiéndola entender como un proceso, es decir la misma no es estática ni igual en todos los contextos. Por esto la perspectiva de Medicina Social que denomina Granda (2004), parte principalmente de comprender a la salud del sujeto y de la población en su realidad histórica, en el contexto más amplio que la rodea y no sólo a partir de un descuento de enfermedad. Así, el objeto de la disciplina no estaría representado por cuerpos biológicos sino por cuerpos sociales.

En esta dirección retomamos la existencia de distintas significaciones y construcciones sociales negativas de las personas que tienen VIH-Sida, las cuales influyen en la salud de las mismas. Una denominación que suele circular en los discursos

es la de “grupos de riesgo”, que lleva a pensar a las personas que tienen VIH como sujetos “peligrosos” “amenazantes” de una normalidad instituida. De esta manera se toma a un conjunto de la población como “riesgosa” y no se hace hincapié en un tipo de conductas que exceden al sujeto que las practica. Se asocia con esto la idea del origen- causa del VIH, en tanto que los primeros casos se manifestaron en homosexuales (origen), y a pesar del descubrimiento del virus (causa) se continúa adjudicando socialmente a dichas personas la causa de la enfermedad (Maglio).

En este sentido Mendes (2000) expresa que se construyó la ecuación de Sida = muerte, es decir que todas las personas que tienen VIH están culturalmente destinadas a morir, encasilladas en ese lugar, diagnosticadas de esa forma. Por esto el autor dice que son seres contraculturales cuando continúan viviendo ya que no encuadran en el diagnóstico que la sociedad tiene para ellos.

Es así que estos discursos que circulan desde el sentido común y que se reproducen a través de las palabras, de las formas de decir y no decir, crean modelos y prácticas que llevan muchas veces a segregar, discriminar y excluir a las personas con VIH-Sida, situación que tiene un gran impacto en la salud de las mismas.

Esto hace referencia, tomando a Berlinguer (2007) a que algunas enfermedades, en todas las épocas han sido consideradas como peligro. La primera motivación tiene su origen en un hecho real: la conciencia empírica de que el mal se puede transmitir de uno a otro hombre. Pero siempre hubo y todavía se mantiene, una ligazón entre la exigencia legítima de aislar la fuente de contagio real y otras razones o prejuicios extra sanitarios. Además de crear peligros, la enfermedad puede crear disturbios sociales. El peligro son las molestias, quien las propaga, quien no las obstaculiza, no el enfermo. Si bien puede ser fuente de contagio y los comportamientos individuales también cuentan, en el caso de las enfermedades infecciosas, lo que cuenta sobre todo es la prevención y la cura. Siguiendo a Watts Sheldon (2000) es que podemos identificar a la enfermedad VIH – SIDA como constructo, en tanto se vuelve un complejo de filtros culturales que sobrepasan la dimensión más objetiva de la misma, viéndose acompañado el virus que origina la enfermedad y a la persona que lo adquiere, de un proceso de estigmatización que se filtra en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Como afirma el autor, creemos que muchas veces las incapacidades que se dan para poder controlar dicha enfermedad, remiten más al orden de las barreras que la misma sociedad establece. Entendemos que las mismas puede ser de diversos ordenes, sociales, intelectuales, políticas y

económicas, pero que en fin terminan segregando cada vez más a las personas que transitan por esta enfermedad.

Teniendo en cuenta lo desarrollado anteriormente, y para comprender cómo se expresa el VIH en la población trans, caracterizaremos brevemente rasgos particulares de dicho colectivo, recuperando distintos relatos que nos permiten comprender las condiciones de vida cotidianas por las que atraviesan.

Creemos necesario explicitar que si bien hacemos referencia a las mujeres travestis, dentro del colectivo trans en el mismo también se incluyen transexuales y transgéneros. Las mujeres trans en su conjunto, son vistas como una identidad marginada, consideradas sidosas, ladronas, escandalosas, infectadas, en palabras de Berkins (2008)¹. Sin embargo, como plantea la autora, las mismas buscan otorgarle otros sentidos a la palabra travesti, y poder relacionarla con la lucha, la dignidad, la felicidad, la resistencia; además ponen en cuestión el binomio que propone la cultura hegemónica de hombre/mujer y que consideran que oprime a quienes no quieren enmarcarse en dichas categorías.

Las condiciones de vida y las situaciones que atraviesan las chicas travestis son de gran complejidad, porque sufren la exclusión de múltiples ámbitos, viviendo la experiencia continua del desarraigo. En una sociedad donde la identidad travesti es criminalizada y estigmatizada, la mayoría de ellas sobrellevan la pérdida del hogar y de los vínculos familiares, primeramente; siendo además excluidas del sistema educativo formal y del ámbito laboral. Por esto como se ve en diversos testimonios la prostitución se constituye como la única salida para la sobrevivencia, dice Berkins (2008):

“(...) el ejercicio de la prostitución callejera es la más importante fuente de ingresos para el 79,1% de las compañeras encuestadas. Aquellas compañeras que reportan otros trabajos también se encuentran en el mercado informal sin reconocimiento alguno de derechos laborales, en ocupaciones de baja calificación y remuneración”. (Berkins, 2008, pág. 46).²

¹Fundadora y presidenta de la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT). Fue impulsora de la ley 3062 de respeto a la identidad adoptada por travestis y transexuales y aprobada por la Legislatura porteña en 2009.

²Estos datos surgen a partir de una investigación realizada en el año 2005, donde se encuestaron 302 mujeres travestis de Buenos Aires, el Conurbano Bonaerense y de Mar del Plata, que se

En relación a esto, la trabajadora social entrevistada da cuenta de que el 90 % de la población trans se dedica o se dedicó al trabajo sexual: “ *el trabajo sexual es una situación compleja, porque no tienen acceso a derechos, es una población muy vulnerable, para mí, es una actividad que se realiza y genera ingreso, por lo tanto es trabajo, esto me lleva a tener conflictos con mis compañeros de trabajo, es mi opinión, debería haber más políticas públicas para que desaparezca pero así y todo no desaparecería porque hay personas que lo eligen, por lo tanto hay que regularlo*”. (Fragmento de entrevista a trabajadora social)

En este sentido, recuperando experiencias de organización laboral relacionada a esta población, pudimos encontrar la conformación de una cooperativa que nuclea travestis que antiguamente ejercían la prostitución. Poniéndose de manifiesto entonces, que es posible otras alternativas al trabajo sexual. A través de dar a conocer estas experiencias, pensar en la articulación de organizaciones que constantemente estén trabajando dichas temáticas, dando a conocer la información adecuada, muchas veces es posible sostener procesos de intervención que apunten a la autonomía de dichos sujetos y a un acceso real a las condiciones dignas de vida. Los cuales por las situaciones que fuimos mencionando anteriormente, comprendemos que se ven afectados en el ejercicio de decisión y acción en los ámbitos en los que se desarrollan.

Si bien entendemos que no se da una vinculación lineal y directa entre el VIH y el colectivo trans, la mayoría de las chicas travestis vive con VIH, y aquí es donde las discriminaciones a raíz de la propia identidad travesti se suman con los estigmas existentes vinculados al VIH-Sida. La relación y los tratos recibidos en las instituciones de salud tampoco son muy alentadores para ellas, los programas estatales no están preparados ni tampoco reconocen las particularidades de este colectivo, para poder pensar políticas de prevención y asistencia para las mismas. En varias experiencias se evidencian además, las discriminaciones y estigmas que sufren en los hospitales por parte del personal, siendo ninguneadas y deshumanizadas, situación que lleva a muchas de ellas a abandonarse a la enfermedad o dejar de lado el tratamiento. Podemos visualizar estas situaciones en los relatos que encontramos en “Cumbia, copeteo y

plasmó en el libro “*La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travestis en la Argentina*” (Berkins y Fernández, 2005)

lágrimas” (Berkins, 2008)³, donde se reflejan episodios tales como: *“Recuerdo que me acerque a un hospital por un problema dental. Allí se me negó la atención por no tener el testeo de VIH, pero realmente me dio la sensación de que el motivo real por el cual se negaron a atenderme es por mi condición sexual (pág.117).”*

Otra situación que aparece en diversos testimonios de las chicas travestis, es que no tienen posibilidad de elegir o decidir sobre el cuidado o no en la relación sexual, en el contexto de la prostitución, situación que las expone constantemente a una posible infección o reinfección de VIH-Sida. En este sentido Berkins y Fernández (2005) plantean que la mayoría de las mujeres travestis cuentan con información acerca de la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, pero las posibilidades de tomar decisiones informadas y llevarlas adelante no son una cuestión solamente de acceso a la información, sino que se debe observar la efectividad de dichas medidas preventivas en un contexto de desvalorización social y condiciones de vida precarias.

Teniendo en cuenta los datos que fueron tomándose, y reconstruyéndose para realizar dicho análisis, creemos relevante destacar cómo el Estado se posiciona ante estas problemáticas, tanto en las instituciones que lo componen como a través de los profesionales que son contratados por él, como es el caso del Trabajo Social. Entendiendo que el Estado es el mayor empleador de los trabajadores sociales, a partir de aquí repensamos las posibles estrategias de intervención en el marco más amplio de las políticas existentes y su vinculación específica con la accesibilidad de dicha población al sistema de salud.

A partir de la entrevista realizada a la trabajadora social de la oficina de Coordinación Nacional de Diversidad Sexual, pudimos dar cuenta que para abordar la temática lo hacen a través de un equipo interdisciplinario compuesto, por cuatro trabajadores sociales, un psicólogo, una psicopedagoga, un sociólogo y un comunicador social. Teniendo como principales tareas la difusión de derechos, de recursos con los que las comunidades puedan contar para resolver ciertas problemáticas que atraviesan.

³ Dicho libro se propone recuperar exhaustivamente los datos sobre educación, vivienda, vínculos familiares, ingresos, prostitución, salud, violencia del colectivo que lucha por la identidad travesti y transexual, completando la investigación de *“La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travestis en la Argentina”* (Berkins y Fernández, 2005), basado en 300 encuestas realizadas a travestis de Córdoba, Salta, Mendoza, San Miguel de Tucumán y Neuquén.

Además efectúan actividades enfocadas en la prevención de enfermedades, pero no es la principal tarea sino que articulan con organizaciones de la sociedad civil que llevan a cabo la difusión. Así mismo realizan asistencia la cual se basa en la atención directa al público, donde las personas se acercan demandando alguna intervención y de allí se los deriva a otros servicios.

En lo que respecta a la labor del Trabajo Social las principales demandas están referidas a la discriminación, acceso al trabajo, a la vivienda, y a la salud en cuanto a la orientación para el cambio de identidad. Para esto articulan con servicios de salud, con INADI (frente alguna situación de discriminación), gestionan recursos en lo que respecta a situaciones urgentes, brindan acompañamiento familiar a partir de talleres, y articulan con los programas como “Ellas Hacen” y “Argentina Trabaja”.

Considerar ala salud como un derecho de la población, permite pensarla como una responsabilidad del gobierno en tanto el mismo debe ser garante del interés público. Por lo tanto el Estado debe brindar iguales oportunidades para que los sujetos puedan llevar adelante una vida y prácticas saludables, haciendo hincapié y desplegándose los recursos en mayor medida ante una mayor vulnerabilidad, aunque entendemos que no siempre esta relación se da de manera proporcional. Desde esta perspectiva Ase y Buriyovich (2009) plantean que la salud se constituye como un componente inalienable de la dignidad humana, todas las personas por el sólo hecho de existir tienen derecho a la salud. Por esto el Estado tiene responsabilidades y obligaciones que cumplir, debe *“(..).respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación hagan uso de su derecho a salud”*. (pág. 29).

Creemos importante en este sentido, tener en cuenta que hoy existe una política pública sobre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual permitiendo la atención pública y gratuita de todas las personas. Desde la Dirección de Sida y ETS, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, se promueve la política en relación al VIH desde cuatro ejes: el acceso a la información y recursos preventivos, accesibilidad al diagnóstico de VIH e ITS con asesoramiento, mejoras en la atención de las personas con VIH y reducción del estigma y la discriminación. Esta política se enmarca en la ley Nacional de Sida 23.728, constituyéndose como un marco normativo y jurídico que reconoce derechos e igualdades para toda la población.Un aspecto que es necesario tener en cuenta es que

en Argentina ha habido grandes avances con respecto a la legislación y los derechos de los grupos LGTBIQ4, como por ejemplo la ley de Identidad de Género, la ley Anti Discriminatoria, la ley de Matrimonio Igualitario, la Declaración de los derechos sexuales. Sin embargo, nos preguntamos cómo se expresa esto en la realidad concreta y las particularidades de vida de la población travesti, donde consideramos que debiera existir una política que apunte a la integralidad de la salud, entendiendo que las problemáticas no se resuelven simplemente con la existencia de una intervención médica y de servicios de salud únicamente. Lo que queremos transmitir con esto es que si bien existe una política de VIH centrada en distintos ejes, también es clave recuperar las condiciones de vida particular y concretas de las mujeres travestis que inciden en el proceso de la enfermedad. Si bien se plantea una estrategia general en relación al VIH, es importante entender que el mismo se expresa de forma particular en cada individuo y que cada persona percibe, siente, se enfrenta a la enfermedad de distintas formas.

En este sentido entendemos que tienen que tenerse en cuenta otros factores y determinantes de la situación de salud, como lo son el acceso a una buena alimentación, a una vivienda digna, a un trabajo formal, a la educación la existencia de respeto por su identidad de género. Por eso decimos que aunque es de mucha importancia que las mujeres travestis puedan acceder a distintas informaciones en cuanto al VIH, a recursos preventivos, al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad, no podemos acotar la mirada en estos elementos.

Reflexión final

Con el propósito de poder reflexionar acerca del proceso de intervención en dicha temática en lo que respecta a la intervención del Trabajo Social, y considerando que nuestra profesión está en contacto con el otro, interpelando, cuestionando y reflexionando sobre las representaciones sociales que constituyen a los sujetos como semejantes, creemos necesario el trabajo previo de reflexión y análisis respecto a las temáticas que fuimos trabajando. Problematizando el lugar que adquiere muchas veces el profesional como ejecutor de ciertos programas destinados a estos colectivos, nos proponemos como desafío poder estar construyendo otras modalidades y estrategias de intervención que contemplen las diversas prácticas y atravesamientos cotidianos. De esta manera nos es posible replantearnos la accesibilidad en tanto el encuentro de los sujetos con los distintos niveles de atención a la salud, como ya planteamos y desde lo cual identificamos la necesidad de pensar otro tipo de abordajes que permitan contemplar las condiciones de vida tanto de las personas que tienen VIH, como en el caso de las mujeres travestis que también viven con dicha enfermedad.

La intervención profesional requiere de la construcción de estrategias de intervención en lo social, abordando desde distintas posiciones las relaciones de subordinación instaladas en la sociedad, para poder así, lograr una comprensión más amplia y compleja sobre la problemática social. Si bien intentamos reflexionar sobre el proceso de intervención posible del trabajo social en este campo, comprendemos que para abordar las situaciones que se nos presentan es necesario apostar a un trabajo interdisciplinario, apelando a diversos actores y estrategias, y teniendo en cuenta también todos los factores que influyen en este proceso de salud-enfermedad y no solamente sus manifestaciones biológicas.

Bibliografía

- Ase, Iván y Burijovich, Jacinta (2009). "La estrategia de la Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud? En: Salud Colectiva Año 5 N° 1: 27-47.
- Berlinguer, Giovanni (2007) "Determinantes sociales de las enfermedades". En: Revista Cubana de Salud Pública.33(1): 1-14
- Berkins, Lohana (2008). "Cumbia, copeteo y lágrimas". Editorial A.L.I.T.T. Buenos Aires.
- Berkins, Lohana (2008). "Travestis: una identidad política". En: La sexualidad represora. Editorial Topía. Buenos Aires.
- Berkins, Lohana y Fernández, Josefina (2005). "La gesta del nombre propio". Editorial Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires.
- Comes, Y. y col. (2006). "El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios". En: Anuario de Investigaciones Volumen XIV: 201-201. Facultad de Psicología. UBA Buenos Aires
- Czeresnia, D. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En: "Promoción de la Salud Conceptos, reflexiones, tendencias". Czeresnia D y Machado de Freitas C. Compiladores. Lugar Editorial. Buenos Aires
- Dubos, R. (1975). "La búsqueda filosófica de la salud". Págs. 158-181. En: El espejismo de la salud. FCE, México
- Granda, Edmundo. (2004). ALAMES. Veinte años. Balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina. IX Congreso de Medicina Social. La Salud como derecho a conquistar. Lima Perú.
- Joan Benach y Carles Muntaner. (2009). "La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo " En: Ecología Política: No. 37, junio de 2009, Barcelona
- López Arellano, Oliva (2013) Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: Divulgacao em saude para debate. N° 49:150-156 Rio de Janeiro. Brasil
- Maglio, Francisco. "El sida como enfermedad social". Ponencia
- Mendes, Carlos (2000). "El poder del diagnóstico". Revista NX Positivo.
- Watts, Sheldon. (2000). "Introducción" (págs. 13-20 y 373-376) en Epidemia y Poder. Editorial Andrés Bello. Barcelona. España

- Weinstein, Luis (1988). "El Concepto de Salud". Capítulo 1. En: Salud y Autogestión. Ed. Nordan. Montevideo.