

Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina

*José Arturo Granados Cosme**

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo hacer un análisis de dos de las funciones sociales de la medicina científica: normalización y normatividad en el ámbito de la sexualidad humana tomando como referente de análisis la construcción del rechazo social a la homosexualidad. Para tal fin y tratando de perfilar un enfoque crítico, se recurre a los aportes teóricos de Foucault sobre el poder y a la noción de esquema hetero, el análisis articula conceptos como el de anomalía y anormal para entender la legitimación y naturalización de la homofobia así como sus rasgos estructurantes en la profesión médica.

PALABRAS CLAVE: Homofobia, Biopolítica, Sexualidad, Heteronormatividad, Homosexualidad.

ABSTRACT

This paper has as objective to analyze the two social functions involved in the scientific medicine: the normalization and normativity in the human sexuality field, taking as an analytical reference the construction of the homosexuality social rejection. To accomplish that from a critical perspective, the analysis is complemented by Foucault's theoretical ideas about power as well as the notion of hetero schema. The analysis articulates concepts such as anomaly and abnormality to understand how works the legitimation and naturalization of homophobia as well as its structuring features in the medical profession.

KEYWORDS: Homophobia, Biopolitics, Sexuality, Heteronormativity, Homosexuality.

* Profesor-Investigador de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco: jcosme@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 30 de junio de 2014
Fecha de aprobación: 6 de octubre de 2014

Introducción

El complejo proceso de socialización de los individuos en un orden cultural determinado es puesto en marcha mediante la difusión e incorporación de la normatividad, de ahí que en adelante hablaremos en términos de la normalización de los individuos como forma concreta en que se aplica y pone en práctica la reglamentación social.

La normatividad sexual se difunde mediante discursos que son emitidos por instituciones legitimadas, no sin violencia ni eventuales resistencias y transformaciones, determinando el margen de operación de las prácticas que ejercen los individuos. Todo discurso es susceptible de generar opresión (incluyendo los elaborados y emitidos por la ciencia que pretende producirse desde un terreno apolítico) (Wittig, 2005), en el caso del que trata sobre el sexo, éste lleva consigo prohibiciones que han implementado una desigualdad respecto al ejercicio de los derechos sexuales. Hay discursos que se elaboran a partir de una matriz heterosexual que considera que lo que funda cualquier sociedad es la heterosexualidad, negando así la existencia de categorías fuera de tal matriz. En tanto discurso, el del sexo, produce acciones y entre éstas resalta la opresión hacia aquellos cuya conducta no se deriva de la normatividad impuesta por el pensamiento heterocentrado, frecuentemente se trata de acciones violentas que tienen un impacto específico en la salud mental y física. En lo subsecuente analizaremos particularmente el caso de la relación entre normalización, normatividad y homosexualidad.

Medicina y homosexualidad

Diversas instituciones emiten discursos sobre la homosexualidad¹, de manera que éstos intervienen en la reproducción cultural de los significados y prácticas que la sociedad despliega hacia los homosexuales. Las instituciones de salud como espacio en que tiene lugar el trabajo médico se vinculan con la construcción de la homosexualidad como *alteridad*² del orden, en dos sentidos: primero, porque la medicina organizó y dio fundamento teórico a la noción de la homosexualidad como patología y emitió argumentos que fueron difundidos en la población en general; segundo, porque a través de los servicios que ofrecen, los profesionales de la salud pueden ejercer conductas discriminatorias o matizadas por el rechazo a la homosexualidad y actualmente, por su asociación con la infección por VIH-SIDA, se ha documentado que médicos (Gillon, 1987; Rose, 1994) y psicólogos (Jones, 2000; Kelly, Lawrence, Smith, Hodd y Cook, 1987) muestran actitudes devaluatorias y discriminatorias hacia los homosexuales e incluso consideran en su trato a pacientes con SIDA que éste ha sido adquirido por sus “estilos de vida”.

¹ Algunos autores describen que el término homosexualidad es un concepto relativamente nuevo en la historia de la humanidad y refieren que su descripción como una perversión se identifica apenas en 1882 por un psiquiatra forense en el libro *Psychopathis sexualis* (Cáceres, 1997).

² La noción de alteridad es una categoría analítica frecuentemente utilizada en la antropología. En general puede asumir dos acepciones, la que expresa una situación o condición que *altera* la supuesta uniformidad de un determinado orden cultural o la que expresa la existencia de formas de vida alternas a la cultura dominante. Como puede verse, la primera definición privilegia el análisis del conflicto y permite identificar relaciones de hegemonía y subordinación entre los diferentes grupos sociales conformados en su relación con la semejanza, mientras que la segunda otorga el mismo estatuto a las diferentes alternativas para la conformación de la identidad del sujeto, en este último enfoque se posibilita el análisis de la capacidad del individuo para transformar la cultura mediante su particular apropiación del orden cultural. Aunque diferentes, las dos propuestas permiten el análisis de la semejanza y la diferencia, así como las relaciones entre éstas, el presente trabajo no encuentra contradicciones radicales y en todo caso, considera que la diferencia fundamental estriba en el nivel de organización social en que se ubique la reflexión.

Una herramienta teórica que posibilita el análisis de estas dos tendencias es la propuesta por Menéndez sobre el modelo médico hegemónico. Entre los rasgos estructurales que lo componen nos interesa destacar su concepción de la enfermedad como ruptura, desviación o diferencia; así como la tendencia a la medicalización de ciertos fenómenos sociales que pueden resultar problemáticos para las instituciones. La medicalización se refiere a la expansión de la práctica médica a, cada vez más, áreas del comportamiento, convirtiendo algunos hechos “sociales” problematizados en enfermedades, este supone “la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud-enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas de comportamiento social” (Menéndez, 1990a:67).

Como práctica social, la actividad médica opera en “la realización de determinado modelo ideal o “normalidad” y de la enfermedad como expresión de la “diversidad” de tal normalidad, la tarea médica entonces se orienta a la “restitución de la normalidad” (Conti, 1972:290) y contribuye con un sistema ideológico y político de gran coherencia que se integra a un sistema de valores más general. Esto significa que la medicina propone modelos controlados de conducta, “supone la inducción a practicar y concebir las relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de fundamentos médicos”; lo anterior significa un salto de lo biológico a lo conductual (Menéndez, 1990a:66). En este sentido, el modelo médico hegemónico, como cuerpo teórico y como práctica social, concibe a la sexualidad como un ámbito susceptible de expresar la salud o la enfermedad. Una vez que ha sido legitimada la heterosexualidad e impuesta como norma social, las prácticas entre personas del mismo sexo son percibidas como enfermedad y se busca controlar tal desviación ya sea eliminando la diferencia o superándola mediante actos

terapéuticos; es en estas finalidades que se insertan las actividades de la medicina científica.

Sin embargo, lo que resulta una tarea social o política de la medicina, aparece a simple vista como una actividad desprovista de prejuicios al postularse como una práctica científica, por lo tanto neutral y objetiva. La práctica médica consigue escindir sus propósitos normalizadores mediante mecanismos ideológicos en los que sustrae el carácter social y autoritario de varias de sus prescripciones atribuyendo a hechos sociales patologizados, una causalidad exclusivamente biológica. Con ello se pretende dar fundamento científico a ciertas actividades de exclusión y encierro que destina a cierto tipo de sujetos clasificados como enfermos cuando en el fondo uno de los objetivos a que contribuye, es a mantener y reproducir la norma social. En ese sentido, la práctica médica es normalizadora y basándose en el aval científico de la biología, justifica prácticas ideológicas.

El carácter científico de su práctica le permite a la medicina asegurar la reproducción de la noción de normalidad y “resguardar” a la sociedad de los peligros e incertidumbres que genera la existencia de la *alteridad*; para ello, no sólo es suficiente identificar al *alterado* o al *alterno* (enfermo en términos médicos) sino “construirlo” como paciente, anormalizarlo o demonizarlo, lo que supone todo un trabajo ideológico dentro del cual operará el conocimiento médico y su prescripción terapéutica, “La construcción del paciente supone además la legitimación del encierro” (Menéndez, 1990a:64).

Estudios críticos sobre algunos rasgos de la práctica médica, la plantean como un aparato ideológico y político, como una institución que diseña, instrumenta y emite la normalización de las conductas sobre el cuerpo, en cuyo proceso exige incluso la elaboración de nuevas categorías

nosológicas (Menéndez, 1990b:106); en relación a la sexualidad y la salud mental, la medicina generó una amplia taxonomía de los comportamientos distinguiendo entre los normales y los anormales. Con sus acciones terapéuticas, la práctica médica transmite las pautas de comportamiento consideradas correctas y difunde la estigmatización de las incorrectas ya sea de forma implícita o explícita; en materia de sexualidad, el discurso emitido por la medicina se complementa con los de la institución de la familia, el Estado y la Iglesia para la definición de lo correcto y lo incorrecto sobre los usos del cuerpo y el ejercicio de la sexualidad. Como en toda institución normativa, dentro de las funciones de la medicina también hay situaciones que incluyen procesos de criminalización de la víctima, en muchos casos, se explica la enfermedad como resultado del descuido personal o la irresponsabilidad, prejuicio común en la mayoría de las enfermedades pero en el caso del VIH-SIDA esta patología significó, sobre todo en sus inicios, un “castigo ejemplar” para quienes mostraban una conducta sexual desviada: “...la ideología predominante incluye imputar la culpabilidad a individuos y grupos específicos en la manifestación de la enfermedad y la conducta arriesgada” (McKinlay en Menéndez, 1990b:106), atribuyendo además a éstos, consecuencias al cuerpo social.

Pese a los pretendidos caracteres de neutralidad y objetividad del modelo médico hegemónico, sus agentes, los profesionales de la salud no consiguen estar desprovistos de prejuicios ya que portan un conjunto de conocimientos que *a priori* descalifican las expresiones no heterosexuales, “el juicio científico, incluso con relación a objetos exentos de valores, sigue siendo un juicio axiológico por el hecho de que es un acto psicológico” (Canguilhem, 1978:165). La normalidad no se refiere al simple promedio o a la regularidad que da la mayor frecuencia, sino precisamente al significado

que la sociedad le atribuye a una condición que se ajusta a su sistema de creencias y valores; una de las funciones concretas de la práctica médica es la restitución del individuo enfermo a su sociedad, lo cual implica que hubo previamente un proceso de “anormalización” de ciertos comportamientos considerados fuera del orden (*alternativos*) o que alteran su normalidad; en el caso de la conducta homosexual, la medicina formó parte de las instancias sociales en que se configuró a ésta como *alteridad*, ya sea biológica o psicológica, la anormalización de la homosexualidad estuvo acompañada de una elaboración “científica” de su causalidad basándose en el prejuicio de la naturaleza “pervertida” de sus portadores que son culpabilizados.

Por otra parte, en los discursos emitidos por la medicina, la salud es una cualidad para la supervivencia del individuo en relación a los demás, competencia que se verifica fundamentalmente en la duración de la vida, en la capacidad para el trabajo y en la aptitud para la reproducción (Conti, 1972); en este esquema que asocia la salud a la capacidad reproductiva de la especie, los homosexuales no dan cumplimiento a una propiedad que se considera correspondiente a la naturaleza y, en ese sentido, su orientación sexual se configura en núcleo problemático a resolver por la medicina.

Casi desde su origen, la medicina científica consideró a las conductas no heterosexuales como anormales y las definió como patologías, la homosexualidad desencadenó una intensa producción de estudios científicos que buscaron identificar la causa de esta orientación sexual (el agente etiológico en términos del modelo de causalidad de la enfermedad en las ciencias médicas); del mismo modo, se diseñaron y experimentaron infinidad de terapias “conversivas”, tal preocupación por la homosexualidad revela en el fondo, la intención

de controlar la conducta sexual y legitimar “científicamente” la heterosexualidad como base de la moral burguesa que se instaló como dominante en el capitalismo en virtud de que es en la figura de las uniones heterosexuales que puede resguardarse la propiedad privada.

Al hablar tanto del sexo, lo que se buscaba en el fondo era ocultar lo que es; el discurso científico al ser incapaz de hablar del sexo mismo, se volcó sobre sus excepciones y las reconstruyó como “aberraciones” o *alteraciones* mórbidas. Algunos atributos asignados a la práctica científica de la medicina como su falsa “neutralidad” y su fin regulatorio de la conducta humana (Menéndez, 1990a) se conjuntaron para que, desde la psiquiatría y aún sus expresiones relativamente disidentes y reformadoras (como en su momento fue la psicología), ocultaran con su aparente “descubrimiento” de las rarezas y perversiones sexuales, la realidad sobre la sexualidad. Lo anterior se debió a que la ciencia, en tanto producto cultural, está influenciada por las prescripciones de una moralidad dominante en la que sus imperativos se tradujeron en normatividad médica.

Sexualidad y salud pública

De esta manera, las mínimas “oscilaciones” de la sexualidad (heterosexualidad en realidad) fueron categorizadas como peligrosas para la sociedad y se postuló que su “transmisión” generacional amenazaría a la especie humana (considerándolas aberraciones del sentido genésico)³. Así el discurso sobre la sexualidad se articuló a la práctica

³ Los discursos sanitarios sobre el sexo supusieron en él un poder tal que cualquier “desviación” de la heterosexualidad exclusiva y permanente tenía consecuencias no sólo en toda la existencia de quien la expresara sino en todo el cuerpo social y sus generaciones procedentes. Foucault (1990a) identifica que era raro no encontrar enfermedad a la que no se le haya atribuido, al menos parcialmente, una etiología relacionada con el comportamiento sexual.

médica que instauró un catálogo exhaustivo de la morbilidad sexual con el supuesto fin de la sanidad del cuerpo social. En el fondo, con ello se implantaba un nuevo poder (Foucault, 1999a): el de la naciente salud pública, contribuyendo así a su institucionalización que por su objeto de praxis, se articuló con las históricas exclusiones del Estado. Con lo anterior, en el cuerpo se concretaron las economías y modalidades de ejercicio del poder en tanto que los cuerpos (sea el individual o el social) son arbitrados y violentados con la normatividad para legitimar diferentes regímenes de dominación (Muñiz, 2002). Así, el cuerpo se presenta como el lugar privilegiado para la operación de las modernas formas de poder, que no ha sido frontal y represivo, sino sutil y evasivo (Muñiz, 2010).

En el siglo XIX que se consolida la medicina científica, el discurso sobre el sexo se inscribió en el desarrollo del saber sobre la reproducción biológica, este hecho estuvo asociado al auge de las ciencias de la naturaleza como modalidad predominante en la generación del conocimiento y al propósito de instaurar sus métodos y criterios de validez como únicos y generales. Así, la conducta sexual es colocada al interior de una lógica del sexo similar a las estructuras de generación del conocimiento en las ciencias duras, en cuya base se depositan los fenómenos concretos en una serie de oposiciones binarias: cuerpo/alma, carne/espíritu, instinto/razón, pulsiones/consciencia y normal/anormal que, sólo en apariencia, reducen el sexo a una pura mecánica basada en su inscripción a la reproducción biológica.

Otra característica de la práctica médica (Foucault, 1999a) o, en términos de Menéndez (1990a) del modelo médico hegemónico⁴, es la medicalización

⁴ El concepto de modelo médico hegemónico es formulado por Menéndez (1990) como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el

de fenómenos ya no sólo biológicos sino eminentemente sociales. Con el registro minucioso y casi obsesivo de las transgresiones de *la* sexualidad (heterosexualidad en realidad), el dominio del sexo fue inscrito en el régimen de la dicotomía normal/patológico; definiéndose una fisiopatología de lo sexual que incluía supuestas repercusiones en otras enfermedades.

El carácter biologicista, regulatorio y normativo de la medicina la hace, en esencia, una práctica política en el sentido en que al prescribir la definición sobre lo normal y lo patológico, resulta funcional a la reproducción de la moral asociada al modo de producción vigente. En esta secuencia operan mecanismos de a) relación negativa: rechazo, exclusión, desvalorización, obstáculo y ocultamiento; b) instauración de la regla, se instituye un orden en el que se distingue lo lícito/ilícito, lo legal/prohibido, así el poder actúa pronunciando la regla; c) aplicación de la prohibición y *lo* prohibido, el instrumento en este mecanismo es la amenaza del castigo y se expresa en categorías discursivas como “no tocarás”, “no consumirás”, “no experimentarás”; d) una modalidad de prohibición, mediante la censura se afirma lo que no está prohibido, impide que lo no permitido no sea dicho (pretendiendo anular así su existencia) y en consecuencia negar que eso que está prohibido existe, y e) unificación e integración de un dispositivo que permite que los mecanismos anteriores operen en los distintos niveles de los aparatos institucionales (Estado, familia, escuela y medicina). De hecho, que la sexualidad se configurara como objeto de conocimiento, fue posible por efectos del poder a través de técnicas de saber (la confesión) y

desarrollo de la denominada medicina científica que desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternas otras prácticas, saberes e ideologías desarrolladas por los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado mismo.

procedimientos discursivos que la localizaron y la mantienen estática.

El poder y sus anormales, cuerpos que importan a la salud pública

La sociedad estructurada sobre un esquema hetero y mediante la instrumentación de sus dispositivos políticos, ha buscado por diferentes medios reducir la sexualidad a sus consecuencias reproductivas, es decir, a los vínculos heterosexuales entre adultos y legitimados por el matrimonio. Para este fin, el poder público hace uso de diferentes medios según sea la población blanco, éstos son dispositivos específicos de saber y poder. Foucault (1999a) menciona cuatro:

A) La histerización del cuerpo de la mujer⁵, que significa saturarlo de sexualidad e integrarlo al imaginario social como efecto de la patología intrínseca al sexo, llevándolo al campo de la medicina y trasladando tal noción al cuerpo social (mediante la regulación de la fecundidad, sea para estimularla o inhibirla), a la familia (en donde las mujeres son ubicados en una posición central) y a la crianza de los niños (a quien debe producir y educar); así se configura la mujer histérica. B) Pedagogización del sexo de los niños, en la que se acepta que éstos son seres sexuados pero que toda actividad sexual en ellos es “indebida” por

⁵ En el análisis de la cultura, el *otro* es el objeto privilegiado de estudio. En la historia del estudio de la otredad, se considera que el primer *otro* fue la mujer, quien se estableció como entidad a conocer y en consecuencia, como objeto a ser intervenido por la ciencia. La medicina y el psicoanálisis enfocaron a la mujer como territorio a explorar y dada su capacidad para la reproducción biológica, su cuerpo fue “saturado” de sexualidad por el poder que supuestamente le confiere su naturaleza reproductiva pero al mismo tiempo por los “peligros” que entraña y la “necesidad” de controlarla. De tal manera que la naturaleza social de la mujer fue reducida, en términos anatómicos, al útero, aduciendo cierto determinismo biológico en su constitución como sujeto. Para el orden cultural dominante, incluyendo la ciencia, la personalidad de las mujeres responde a su biología pero se trata en realidad, como se considera en el presente análisis, de un artefacto cultural para articular la sexualidad a la reproducción.

según esto, implicar peligros físicos y morales que se expresan en la individualidad y la colectividad, motivo por el cual los médicos y psicólogos “deben” intervenir de forma oportuna. C) Colectivización de la fecundidad, los costos de estimularla o inhibirla según los intereses económicos en el modo de producción vigente, son socializados al cuerpo social, en esta actividad interviene la práctica médica para el control de la natalidad. D) Psiquiatrización de los placeres “perversos”, para esto el “instinto sexual” fue equiparado ya a instinto biológico, ya a pulsión psíquica de base reproductiva (y por tanto de estructura heterosexual).

Los dispositivos anteriores configuraron los objetos privilegiados de la regularización y normalización: la mujer histérica, el infante masturbador, la pareja reproductiva y el pervertido (Foucault, 1999a). Para normalizar las conductas anómalas se desarrolló toda una serie de tecnologías conver-sivas algunas de las cuales aún prevalecen.

En el paso de la antigüedad a la modernidad, la medicina recodificó los argumentos religiosos sobre los usos del cuerpo y asumió junto con la Iglesia la función de emitir las normas sociales. El médico se erigió en otro portavoz de los mandatos morales de la modernidad, el liberalismo y el capitalismo, recordemos que el ejercicio de la medicina se caracterizó inicialmente por una especie de sacerdocio (Weeks, 2000) que prevalece en la actualidad y hace del médico uno de los agentes sociales más autorizados por la sociedad para la definición de lo correcto e incorrecto en la conducta con que ejercemos la corporeidad.

Por su parte, los discursos judiciales funcionan como discursos de verdad formulados por personas autorizadas y calificadas por una institución científica. Los discursos médico y legal se

articulan para construir y emitir la definición histórica del “anormal”. Frecuentemente, en el terreno judicial, lo ilegal se atribuyó a una fuerza incontrolable que proviene de oscuras y profundas causas por lo que el carácter de intencionalidad de ciertas conductas otrora delictivas son explicadas por la institución médica y consignadas como patologías, la medicina científica sustituyó entonces a la institución judicial (Foucault, 2000a).

En el caso de la homosexualidad no hubo una sustitución del discurso premoderno sobre ella sino una complementación de los discursos que patologizaron y criminalizaron la conducta homosexual, aún hoy en día existen sociedades en que ejercer prácticas homosexuales es un delito. Si bien el discurso médico ha reformulado sus planteamientos sobre la homosexualidad, la difusión de ésta como una enfermedad se arraigó con fuerza en la sociedad gracias al atribuido estatuto de “verdad” del saber médico en tanto conocimiento científico. Aunque actualmente muchas personas estarían dispuestas a tolerar a los homosexuales, pocas consideran a la homosexualidad como un hecho normal y con el mismo estatuto que la heterosexualidad; por ello conviene detenernos a profundizar acerca de la construcción de la anormalidad en la práctica médica y sus vínculos con otros discursos igualmente heteronormativos, ya que en realidad lo que se constituye es un *continnum* institucionalizado en el discurso ahora médico-legal (Foucault, 2000a), en el que se va a constituir el dominio de lo perverso a finales del siglo XIX.

Este dominio permite la comprensión de la superposición del campo de lo médico sobre lo legal y permite también comprender la alternancia que va de la prisión al hospital, del perdón a la curación, de la pena a la terapéutica, como procedimientos de restitución del orden mediante la imposición de la

norma. En ese sentido, el conocimiento de la verdad es resultado entonces de la pericia médico-legal que, en su carácter mixto, ya no tiene el mismo objeto que la medicina (la enfermedad) ni el mismo que la justicia (el delincuente) sino que se formula un nuevo sujeto: el anormal. Al mismo tiempo que se constituye al anormal, se formula un nuevo poder que no se expresa ni en el discurso judicial cuya atribución es la regularización, ni en el saber médico cuya atribución es la normatividad, ese nuevo poder, según Foucault, tiene por atribución la normalización y se trata de la salud pública.

Un análisis simple del poder de normalización se conformaría con atribuirle como función esencial la represión; sin embargo, Foucault (2000a) nos aclara que esta noción no puede sino reducir la complejidad que existe entre las relaciones de poder mediante las cuales se despliega la normalización. En tanto relacional y procesual, todo poder de una instancia a otra, requiere de la disposición de ambas para su realización. El poder de normalización puede observarse en tres momentos:

1) Una puesta a distancia en el mismo espacio de los individuos anormales de los normales, 2) la expulsión de los anormales a espacios geográficos o simbólicos apartados de los normales y 3) la descalificación en términos jurídicos y políticos (lo cual justificaba y legalizaba los procedimientos de la exclusión y el exilio).

Con estos mecanismos Foucault (2000a) explica el procedimiento de marginación que se desarrolló para el caso de los leprosos, aunque precisa que también aplicó para los “ociosos y libertinos”, y cuya finalidad era purificar el cuerpo social. Pero existió otro modelo de marginación y fue el que se observó con la peste en cuyo caso los “apestados” no eran llevados a un territorio confuso y externo sino que eran circunscritos, puestos a distancia

de los normales pero a un territorio claramente delimitado sobre el cual se ejercía el poder, un espacio localizado en donde se aplica un poder economizado, ciudades completas eran cerradas y controladas para evitar la propagación de todo mal. Así, este modelo se opone al aplicado a la lepra, no se excluye *fuera de*, sino que se circunscribe *dentro de*, no hay exclusión sino cuarentena y en este control que se tenía sobre las casas, las calles, los barrios para la identificación e inmovilización de los enfermos, la red de poder se diluye territorialmente, justo para mantener bajo vigilancia cada espacio de la ciudad.

Para el caso de la lepra, se requirió de la participación masiva de la sociedad en la expulsión al leproso, en cambio para la peste es justamente en la atomización del poder o en la individualización de éste en una estructura jerárquica pero fluida, que se hace posible la normalización del cuerpo social. Para la lepra se requiere de un distanciamiento del leproso, para la peste la vigilancia implicaba una aproximación meticulosa para el ejercicio del control, las ramificaciones del poder sobre el cuerpo social llegan hasta el cuerpo de los individuos y se totaliza.

A las formas de control mediante la focalización del poder que se observó en el modelo de la peste, Foucault (2000a) las denominó tecnologías positivas por estar basadas no en la exclusión sino en una delimitación territorial inclusiva; el poder no actúa por la separación sino por la inclusión rigurosa y analítica de los elementos. Otra característica de esta modalidad de ejercicio del poder es que no se basa en el desconocimiento que motiva la expulsión de aquello del que no se conoce su causa u origen, sino que requiere del conocimiento profundo de las individualidades diferenciales en el cuerpo social, de tal modo que se busca asegurar y ampliar el saber sobre la diferencia.

Entonces, el poder no es, desde el modernismo, un procedimiento negativo de exclusión cuya función es proteger y reproducir el sistema de relaciones de producción y posibilitado por el desconocimiento (que sería más idóneo en el modo de producción feudal), sino que está ligado a técnicas positivas que permiten el conocimiento e identificación plena del *otro* y por medio de lo cual se hace posible su normalización, en ese sentido el poder no es represivo sino productivo de cuerpos normados. Este es el modelo de poder que se institucionaliza con el modernismo y tiene la virtud de que incluye en sí mismo mecanismos de reproducción, transformación e innovación que le permiten trascender periodos históricos o cambios más o menos importantes en las relaciones de producción.

Las prácticas de normalización encuentran en la sexualidad un terreno privilegiado para su puesta en marcha. Para Foucault, la norma es la pretensión del poder que se elabora mediante la exigencia y la coerción, para ello se requiere de la construcción de la anomalía no sólo como referente sino como objeto de aplicación de las técnicas positivas de normalización. Así, el dominio de la anomalía se constituye a partir de tres figuras: el monstruo humano, el individuo a corregir y el masturbador.

La existencia y forma del monstruo violan las leyes sociales y de la naturaleza, su marco de referencia es jurídico-biológica, la simple existencia del monstruo contradice la ley y es una presencia sobre la cual ésta no tiene respuestas por lo que sobreviene sobre él la violencia y la intención por suprimirlo u otorgarle servicios médicos o piadosos; Foucault menciona que la simple aparición del monstruo representa una infracción que no puede ser abordada por la ley, es la forma natural de la contranaturaleza, sintetiza todas las irregularidades, es la figura en que se hacen inteligibles todas

las diferencias; de ahí que la obsesiva búsqueda de su origen no es otra cosa que buscar la causa de las anomalías que conjunta.

Por su parte, el individuo a corregir tiene como marco de referencia a la familia y su relación con las instituciones que la respaldan como la escuela, la iglesia y otros referentes como el espacio público. No tiene el carácter de excepcionalidad de las regularidades que caracteriza al monstruo, el individuo a corregir es más frecuente, es tan común que aparece como regular en la regularidad, lo que distingue al individuo a corregir es precisamente el carácter de incorregible dado el fracaso de todas las técnicas de domesticación, por ello requiere de intervenciones adicionales y específicas, el individuo a corregir obliga al diseño de tecnologías de recuperación que van a dar soporte a las nuevas instituciones específicas para los anormales.

El anormal del siglo XIX, aparece en un campo más reducido, no es la sociedad-naturaleza, ni la familia-entorno su referente, aparece en la intimidad, en el cuerpo mismo. En este caso, son los padres, los hermanos y el médico en los que se despliegan las tareas de supervisión; aparece como un individuo excepcional no como la síntesis de todas las excepciones como el monstruo, ni tan semejante a la regularidad que lo hace pasar por individuo a corregir. Foucault lo denomina así porque representa el “secreto” que todos comparten, lo que todos hacen y todos saben, pero que nadie pronuncia en primera persona. Por ese carácter paradigmático, la sociedad le atribuye una fuerza causal sin precedentes, termina concibiéndose como la oscura causa (en tanto secreta) de todos los males, por ello la medicina científica del siglo XVIII le asignó al anormal, en mayor o menor medida, una influencia en la ocurrencia de prácticamente todas las enfermedades descritas.

Así, se le atribuyó a la sexualidad de una fuerza inusitada pero silenciosa.

Posterior a estas tres figuras, irrumpe una cuarta, la del anormal del siglo XIX que mantiene una monstruosidad difusa, una incorregibilidad ahora más rectificable y también marcada por una etiología universal que se le atribuye a la masturbación. Las tres figuras de la anomalía se intersectan y producen el individuo monstruoso y el desviado sexual, sobre el cual aparece un anormal hasta entonces no identificado: el monstruo sexual.

Para intervenir sobre este anormal, la sociedad despliega un ejercicio de la normatividad sobre los cuerpos, sean individuales o colectivos, realizándola desde las “formaciones de poder” que conocemos como el Estado, la medicina y la sexualidad; Foucault (1991) las ejemplifica con el derecho penal, la psiquiatría y la sexualidad infantil.

Para el análisis del poder, Foucault (1991) describe el proceso de lo que denomina estatización de lo biológico en el que se realiza la aplicación de las tecnologías disciplinarias. Inicialmente, éstas se orientaron al cuerpo individual y se denominan anatomopolítica (Foucault, 1991 y 2000b), se concentraban en indicar la distribución espacial de los cuerpos (individuales) supervisados (con la organización de un campo de visibilidad alrededor del cuerpo) y disciplinados (para el trabajo, el ejercicio o el adiestramiento), y se aplicaron durante los siglos XVII y primera mitad del siglo XVIII. Posteriormente se desarrollaron otras tecnologías ya no enfocadas al cuerpo-hombre sino a la vida humana en general (al hombre como especie), a los grupos en sus propios procesos vitales (nacimiento, enfermedad y muerte), esta reorientación trasladó el ejercicio del poder de los individuos a las masas, el nuevo cuerpo es “la” población y al

conjunto de tecnologías disciplinarias Foucault (1991 y 2000b) lo denominó biopolítica; ésta tuvo como primeros objetos de conocimiento y de control a la natalidad, la mortalidad y la longevidad buscando controlar las tasas de reproducción para lo cual se requirió inducir conductas de higiene e intervenir en la conducta sexual, especialmente en la infantil.

El resultado de la estatización del poder sobre lo biológico es el desarrollo de la medicina científica que en su función de higiene pública, realiza actividades de coordinación de las ciudades, centralización de la información sobre natalidad, morbilidad y mortalidad, normalización del saber médico y medicalización de la población. La biopolítica abordará problemas que son fenómenos colectivos y en tanto que se orientan al cuerpo social se trata de problemas biológicos y políticos, buscará modificar y disminuir la morbilidad, alargar la vida y estimular la natalidad, requiriendo para ello regular la conducta de la población; las tecnologías disciplinarias que constituyeron a la anatomopolítica en tanto que ahora se orientan al cuerpo social, son tecnologías de regularización que solo serían posibles mediante el ejercicio público del poder monopolizado por el Estado.

Hemos dicho que el discurso científico no está exento de sus determinaciones históricas, aunque así se pretenda con su falsa neutralidad, de tal manera que ha de analizarse como el espacio desde donde se genera cierto tipo de conocimiento e identificar en él los cambios de racionalidad y en ese sentido, hablando de la medicina, hay que identificar por qué proceso se pasa de un discurso descriptivo a otro que, aunque no menos subjetivo, se dice científico (Foucault, 1979). Al rastrear la constitución del discurso de la medicina científica y remontarse a la transición entre premodernismo y modernismo, Foucault concluye que el espacio

del saber de los médicos es esencialmente normativo y considera que la mirada clínica (de la medicina moderna) es fundadora del individuo al organizar alrededor de éste un lenguaje racional, haciendo sobre el individuo un discurso de estructura científica.

El discurso sobre el sexo está constituido de prohibiciones que se trasladaron del prejuicio medieval y religioso al racional y científico; tanto la medicina como el psicoanálisis se constituyeron como ciencias subordinadas a la moral dominante, configurándose en norma médica; de tal modo que las excepciones a una supuesta regularidad marcada por la posibilidad de la reproducción, fueron vistas como peligrosas no sólo para la sociedad sino para la especie (Foucault, 1991), en tal temor la práctica médica recurrió a su articulación con el discurso de la legalidad, cohesionando norma médica con norma jurídica.

Del discurso médico al discurso social

No obstante que en 1973 la comunidad epistémica de la *American Psychiatric Association* (APA) dejó de considerar a la homosexualidad una enfermedad mental, en la medicina prevalecen nociones y actitudes que revelan que la población general la sigue considerando una patología⁶. En la práctica

médica como en la psicológica, prevalecen ciertas consideraciones de que la homosexualidad es una enfermedad en sí misma (Leite, 1988; Opler, 1991; Levy, 1982; Levy, 1984) y de que los problemas de salud que presentan los homosexuales se deben a su conducta o que son inherentes a su orientación sexual; que en tal caso estarían caracterizando su “desadaptación”. Algunos de los clínicos que siguen considerando a la homosexualidad un trastorno mental recomiendan la “conversión sexual” o la “terapia reparativa”, con estas prácticas se incurre frecuentemente en violaciones éticas como la coerción, violación de la confidencialidad, consentimiento informado y responsabilidad fiduciaria (Drescher, 2002); además de que se ignoran los avances científicos que avalan que el malestar en la cultura que pueden expresar los homosexuales se debe al rechazo social y no a que su orientación del deseo sexual sea patológica⁷.

La profesión médica mantiene una reputación de conservadurismo y, en general, uno de los rasgos poco visibles que la caracterizan es la homofobia; esto se debe fundamentalmente a que la categorización secular de la conducta sexual en los tiempos modernos provino precisamente de la medicina científica y en ese sentido, el rechazo a la homosexualidad sería estructural a la práctica médica.

Como rasgo individual, algunos estudios reportan que la homofobia no afecta el ejercicio profesional de los médicos homosexuales y las médicas

⁶ Respecto de la consideración de la homosexualidad como patología, llama la atención que es hasta el 17 de mayo de 1990, casi 20 años después que la APA, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) excluyó a la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades, tal fecha ha sido proclamada por la OMS como el día internacional contra la homofobia reconociendo el impacto perjudicial de ésta en la salud de los homosexuales. Las reformas en torno a la patologización y criminalización de la homosexualidad, no sólo han ocurrido en la institución médica, con más obstáculos la Iglesia Católica en su Concilio Vaticano II se planteó revisar sus posiciones sobre algunos temas conflictivos como la homosexualidad, la anticoncepción, la sexualidad y la eutanasia, recuperando la evidencia científica, proceso que sufrió un serio retroceso durante el papado de Juan Pablo II que se caracterizó por su conservadurismo radical. En el caso de la homosexualidad, se argumentó que la actitud hacia las personas homosexuales debiera ser de acogimiento con “respeto y delicadeza” evitando el “estigma” y la “discriminación injusta”

pero establece una distinción entre las personas y los actos homosexuales, sosteniendo la consideración de estos últimos como “pecados graves”, “intrínsecamente inmorales” y “contrarios a la ley natural”.

⁷ Un estudio sobre los “tratamientos para revertir” la orientación homosexual muestra que algunos homosexuales han sido sometidos a éstos bajo coerción médica y que los problemas relacionados a su homosexualidad son en realidad una respuesta a la presión social que inhibe la expresión de su sexualidad; dicho estudio concluye que el desarrollo de terapéuticas para revertir la homosexualidad tienen un impacto negativo en los homosexuales, quienes posteriormente muestran diversos grados de *distress* (Smith, Barlett y King, 2004).

La actitud de los médicos sobre la homosexualidad no sólo se expresa en su relación profesional con médicos homosexuales, ésta también puede traducirse en el trato que tienen con pacientes homosexuales. Otro ejemplo de la relación entre medicina y homosexualidad es la que se observa en la percepción de los homosexuales sobre la atención médica en los servicios de salud, al respecto, la segunda Encuesta Nacional sobre Discriminación en México realizada en 2011 identificó mediante cuestionarios aplicados a personas no heterosexuales, que el 11.3% opinaba que los servicios de salud eran intolerantes a la homosexualidad (CONAPRED, 2011).

La homosexualidad, independientemente de sus rasgos esenciales, es una construcción social en el sentido en que es una categoría desarrollada por la medicina y su origen está vinculado al desarrollo histórico de ésta y la apropiación, cada vez mayor,

de fenómenos problemáticos para la sociedad a su ámbito de intervención, asumiéndola como un asunto de salud pública. Entre los esquemas generadores de conocimiento en que se basa la medicina hemos destacado el denominado hetero que, sin ser exclusivo del conocimiento médico, sí lo determina en su carácter de saber científico proveniente de la modernidad y con un quehacer específico sobre las relaciones sociales. En tal punto de partida, la conducta sexual se ve recreada y redefinida en un esquema heterosexual, así, la sexualidad se ve científicamente reducida, observada y regulada, mediante una mirada que sólo puede percibir una supuesta complementariedad reproductiva de los sexos, patologizando secundariamente a las vías alternas en que se expresa la orientación sexual.

Para la comprensión de los efectos del poder sobre la sexualidad y el rasgo normativo de la salud pública, fue indispensable remitirnos a la noción de *alteridad* que aunque puede ser definida en por lo menos dos sentidos (como alteración de un orden que se impone como ideal o como espacios alternos en que los sujetos construyen su identidad), su definición general como variante u oposición de la normalidad, permite comprender el proceso de anormalización de las *alteridades* manifestadas fuera del orden heterosexual y cómo éstas son reelaboradas en el discurso médico como patologías sobre las cuales las ciencias del campo médico deben intervenir. No obstante, su carácter alterno y las intenciones del poder por revertirlas o desaparecerlas, estas variantes o normalidades paralelas de vivir la sexualidad, son enfocadas por la visión dominante del conocimiento médico, como alteraciones del orden. Como sea, la misma discusión sobre el sentido que debe definir el concepto de *alteridad*, permite un mayor detalle en el análisis de la configuración de la homosexualidad como enfermedad e incluso su desaparición como

categoría nosológica en el conjunto de patologías definido por la medicina, agotando cada una sus posibilidades explicativas en dos dimensiones de expresión de un mismo proceso de anormalización.

Es cierto que la orientación homosexual puede ser experimentada como una ruta *alternativa* del deseo sexual pero lo es en función de otra que, aunque también es sometida a una misma normatividad, las prácticas de poder que incluyen la violencia se concentran en ella, no con la misma coerción ni con el mismo rigor; para la heterosexualidad se destina la corrección o mejoramiento y para la homosexualidad la curación o eliminación. La idea de la *alteridad* homosexual como sexualidad que *altera*, desde la mirada clínica, un orden “natural” (heterosexual), permite precisamente identificar el carácter político del conocimiento científico sobre el deseo sexual y su impacto en las relaciones humanas. En virtud de que representa una variación del esquema hetero que se supone fundante de cualquier sociedad, la homosexualidad se plantea como problemática e incluso amenazante de las intenciones de la hegemonía de la semejanza (en que se supone radica la heterosexualidad).

El presente análisis ha planteado una relación entre modernidad, liberalismo y capitalismo como el contexto en que se posibilita el surgimiento de la medicina científica y la salud pública como instancias de poder y la homosexualidad como objeto de intervención de dicho poder. Al mismo tiempo plantea que hay una funcionalidad coordinada entre dichos procesos históricos, el modernismo plantea la separación cuerpo-mente que posibilita la configuración de la sexualidad como dominio de la corporalidad que escapa al control de la razón, la devuelve simbólicamente al ámbito de la naturaleza y en consecuencia la enfoca como una fuerza que debe ser sometida al control. El

liberalismo por su parte, coloca al individuo en el centro de la sociedad y lo postula como la entidad atribuible de derechos, fortaleciendo así el rasgo individualista que caracteriza a la sociedad moderna. La imposición de la heterosexualidad como esquema fundante de la sociedad configura a su vez, una estructura donde la propiedad privada adquiere, mediante la institucionalización del matrimonio y el arreglo familiar tradicional, espacio de operación y resguardo para ser el sustento del capitalismo en sus diferentes fases. Independientemente de las formulaciones anteriores, esta relación debe ser profundizada.

Una forma en que se manifiesta la *alteridad* es la aparición del monstruo sexual que irrumpe en la conjunción de dos anomalías, el monstruo y el desviado sexual. Al mismo tiempo que contradice la supuesta regularidad de la naturaleza como el monstruo (una vez instaurada la sexualidad reproductiva como normalidad) se opone también a las

reglas que se destinan sobre el cuerpo (el referente del desviado sexual). Así, la sexualidad misma se reafirma como dominio de ejecución y reproducción de las estructuras elementales del poder, y se reafirman también a la medicina y la salud pública como las instancias asignadas socialmente para la difusión de la normalización y ejecutoras de las operaciones normativas.

De acuerdo a este análisis, podemos ahora plantear que el papel de la institución médica sobre el cuerpo social contribuye al sostenimiento y reproducción de un orden social que la supera y funciona al mismo tiempo, como un vehículo de la legitimación de discursos sobre la anomalía y su relación con la *alteridad sexual*, de tal forma que con esta propuesta podemos avanzar a nivel de sus efectos más concretos, precisamente en donde los mecanismos complejos y generales hasta aquí descritos adquieren materialidad en el cuerpo socializado de los individuos.

Referencias bibliográficas

- BURKE, BP, WHITE, JC (2001). Wellbeing of gay, lesbian and bisexual doctors. *BMJ*; (322):422-425.
- CÁCERES, A. (1997). Homosexualidad ego-distónica. *Sexología y Sociedad*; (3) 15-19.
- CANGUILHEM, G. (1978). Lo normal y lo patológico. México: Siglo Veintiuno Editores.
- CONAPRED (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación ([México])). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. México: CONAPRED, 2011.
- CONTI, L. (1972). Estructura social y medicina. En: Berlinguer G. (ed.) *Medicina y sociedad*, Barcelona: Editorial Fontanella, 1972, págs. 287-310.
- DRESCHER, J. (2002). Ethical issues in treating gay and lesbian patients. *Psychiatr Clin North Am*; 25(3):605-21.
- FOUCAULT, M. (1991). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- FOUCAULT, M. (200b). *Defender la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. (1979). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- FOUCAULT, M. (1999). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- FOUCAULT, M. (2000a). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GILLON, R. (1987). Refusal to treat AIDS and HIV positive patients. *BMJ*; ii:1332-3.
- JONES, LS (2000). Attitudes of psychologists and psychologists-in-training to homosexual women and men: an Australian study. *Journal of Homosexuality*; 39(2):113-32.
- KELLY, J, LAWRENCE, J, SMITH S, HODD, H, COOK D. (1987). Medical student's attitudes towards AIDS and homosexual patients. *J Med Educ*; (62):549-556.

- LEITE, O. (1988). Homossexualismo masculino, lateralidade cerebral, imulogia e Aids. *Arq Bras Psicol*;40(1):17-31.
- LEVY, J. (1982). Considerações sobre a homossexualidade. *Bol Psiquiatr*; 15(1):15-31.
- LEVY, J. O (1984). DSM-III e a homossexualidade. *Bol Psiquiatr*;17(4):149-55.
- MATHEWS, WC, BOOTH, MW, TURNER, JD, KESSLER, L. (1986). Physicians' attitudes toward homosexuality-survey of California county medical society. *West J Med*; 144:106-110.
- MENÉNDEZ, E. (1990a). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: CONACULTA/Alianza Editorial Mexicana.
- MENÉNDEZ, E. (1990b). Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Cuadernos de la Casa Chata/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MUÑIZ, E. (2002). Cuerpo, representación y poder. México en los albores de la reconstrucción nacional, 1920-1934. México: Universidad Autónoma Metropolitana/Miguel Ángel Porrúa.
- MUÑIZ, E. (2010). Transformaciones culturales. La etnociurugía. Barcelona: UOC.
- OPLER, M. (1991). Aspectos antropológicos y culturales comparados de la homosexualidad. En: Marmor D. (comp.) *Biología y sociología de la homosexualidad*. Buenos Aires: Paidós. págs. 149-169.
- ROSE, L. (2000). Homophobia among doctors. *BMJ* 1994;(308):586-587.
- SAUNDERS, D, OXLEY, J, HARVEY D. (2000). Gay and lesbian doctors. *BMJ*; (320):S2-7233.
- SCHATZ, B, O'HANLAN KA. (1994). Anti-gay discrimination in medicine: results of a national survey of lesbian, gay and bisexual physicians. San Francisco, CA: Gay and Lesbian Medical Association.
- SMITH, G, BARLETT A, KING M. (2004). Treatments of homosexuality in Britain since 1950s-an oral history: the experience of patients. *BMJ*; 10(2-3):259-67.
- WEEKS, J. (2000). *Sexualidad*. México: Paidós/UNAM, 2000.
- WITTIG, M. (2005). *El pensamiento heterosexual*. Madrid: Egales, 2005.