

Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos

*José Arturo Granados Cosme**

RESUMEN

El trabajo desarrolla un análisis de la coexistencia de dos procesos aparentemente contradictorios en el México actual y su vinculación con el derecho a la salud. El primero se refiere a los avances logrados en materia de reconocimiento de la denominada “diversidad sexual” a través del matrimonio igualitario y el acceso a la seguridad social, principalmente en la Ciudad de México. Mientras que el segundo aborda los principales efectos de una política sanitaria federal regresiva propia de regímenes políticos de corte neoliberal. Al recurrir a herramientas conceptuales como poder y heteronormatividad, se discuten las posibilidades reales que las personas no heterosexuales tienen para ejercer a plenitud el derecho a la salud. El enfoque crítico y radical de la noción de esquema hetero permite ponderar las oportunidades objetivas para conseguir mayores niveles de salud en dicha población. El texto alerta sobre los riesgos que se corren con análisis que enfatizan los avances particulares y pierden de vista las tendencias globales, en cuya existencia simultánea tiene lugar una extrema fragilidad para sostener el reconocimiento de los derechos por dos efectos: el carácter normalizador que entraña el acceso al matrimonio

ABSTRACT

This paper undertakes an analysis on the coexistence of two apparently contradictory processes in the contemporary Mexico and their link with the right to health access. The first process refers to the accomplished advances on the recognition of the denominated “sexual diversity” through equal marriage and the access to social security, mainly in Mexico City. While the second process analyses the main effects of a health regressive political law, typical of the neoliberal political regimes. Using theoretical tools such as power and heteronormativity, it is discussed the real possibilities that not heterosexual people have to exercise their health access. The critical and radical approaches of the notion “straight mind” permits analyze the objective opportunities to achieve higher levels of health in that population. This text alerts on the risks involved in these processes and it is made emphasis in the particular advances in local contexts that leaves away the global tendencies, which simultaneous existence takes place within an extreme fragility to maintain the recognition for two effects: the normalization character involved in equal marriage access as a structures that legitimize the private property in the market

* Profesor-Investigador de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2015
Fecha de aprobación: 22 de junio de 2015

en tanto estructura que legitima la propiedad privada en las sociedades de mercado y genera un proyecto social esencialmente excluyente y, por otro lado, el fortalecimiento político y económico de un sector social para el cual, la moral conservadora y heterosexual resulta funcional.

PALABRAS CLAVE: homosexualidad, homofobia, diversidad sexual, heteronormatividad, seguridad social.

Salud y disidencia de la heterosexualidad

En el presente texto se desarrolla un análisis sobre el derecho a la salud de las personas que denominaremos genéricamente con el término de disidentes sexuales¹. Con un enfoque crítico, el planteamiento inicial busca resaltar la necesidad de discutir la noción misma de salud en virtud de que la conceptualización de ésta ha derivado de la medicina científica que, respecto de la sexualidad, históricamente ha ejercido funciones de regulación social frente a las que la medicina social ha mantenido una mirada crítica. Este posicionamiento teórico implica también una posición ética y política con que buscamos vincular este análisis y que procuraremos clarificar suficientemente. Es fundamental una definición inicial de salud ya

¹ Denominamos disidentes sexuales a todas las personas cuya identidad o prácticas sexuales se basan en una orientación del deseo que no se ajusta a la norma heterosexual, con tal denominación pretendemos, sin desconocer la diversidad interna, abarcar en este análisis tanto aquellas personas que desarrollan una identidad social basada en una autodefinición personal de su sexualidad, como aquellas que aunque ejercen prácticas no heterosexuales no se adscriben a ninguna categoría clasificatoria. Preferimos el término disidencia al de diversidad en tanto que con el primero pretendemos hacer explícito el carácter de transgresión, consciente o no, de la normatividad sexual que se deriva de una cultura hegemónica del género y la sexualidad, enfatizando las relaciones de poder, desigualdad y subordinación que entraña dicha cultura y que frecuentemente son relativizadas con la noción de diversidad.

societies while generates a social project highly selective, and on the other hand, the political and economic strengthening that is functional to the conservative and heterosexual moral.

KEYWORDS: homosexuality, homophobia, sexual diversity, heteronormativity, social security.

que ésta determina en primera instancia, el acceso al derecho que es definido sobre una valoración previa de lo que, en una sociedad determinada, se considera debe hacerse para conseguir eso que se considera salud y en este proceso también se definen las atribuciones que corresponden al individuo y a su sociedad. Dependiendo pues del significado contenido en el término salud también se definirán los requerimientos que han de satisfacerse por medio del derecho a ésta. Por lo anterior, dado el carácter polisémico de la noción de salud, dedicaremos una buena parte del texto en una discusión general sobre su contenido, sin dejar de reconocer el carácter ideal que guarda toda propuesta según su procedencia teórica.

Para este propósito inicial, proponemos enfocar a la salud en su definición de necesidad humana básica (Doyal y Gough, 1991) ya que ésta nos permite ubicarla en su determinación social, es decir, expresar su carácter de hecho social en sí mismo y determinado históricamente. Desde esta perspectiva, la salud es una necesidad que ha sido humanizada y al mismo tiempo, ha permitido a la especie humanizarse, forma parte del conjunto de atributos que le asignan al individuo su esencialidad humana; la falta de salud nos deshumaniza porque atenta contra la existencia de la especie, porque lesiona las capacidades desarrolladas por la interacción social, depositadas ya en el genoma

humano y que nos diferencian del resto de las especies haciendo retroceder a la humanidad en su proceso evolutivo, su carencia deshumaniza también por los daños y sufrimiento que causa; y finalmente porque expresa las debilidades o fortalezas de las redes de soporte social con que todo individuo debiera contar para enfrentar las amenazas a su ciclo vital.

El carácter básico de esta necesidad entraña un rasgo de integralidad en su relación con otras dimensiones de la vida humana. La necesidad salud forma parte de un conjunto irreductible de necesidades en cuya relación sinérgica radica la posibilidad del bienestar humano. La inadecuada satisfacción de una necesidad obstaculiza la satisfacción de las otras y por el contrario, su satisfacción plena optimiza o contribuye a la satisfacción de las demás. Los ejemplos pueden ser diversos pero se puede mencionar que la insatisfacción de la educación impide no sólo la comprensión de la cultura en el proceso de socialización de un individuo, dificulta también el entendimiento de información relacionada con la salud y que posibilita la prevención; por su parte, satisfacer la necesidad de alimentación, por agregar otro ejemplo, hace posible que el individuo esté saludable, trabaje y pueda allegarse los recursos necesarios para tener una vivienda digna.

Desde la perspectiva del liberalismo y de los derechos individuales, todos los individuos nacemos iguales²; desde el enfoque psicoanalítico

² Este postulado puede ser ampliamente debatido ya que las desigualdades históricas han definido rezagos que se expresan desde el nacimiento, nacer en un contexto de pobreza o rezago social implica serias dificultades para el desarrollo ulterior de un individuo, además cabe considerar que los sectores de bajos ingresos muestran tasas más altas de mortalidad neonatal asociadas a condiciones de pobreza que ocasionan prematuridad o bajo peso al nacer, condiciones que marcan desventajas al nacimiento que desmienten la supuesta igualdad.

los sujetos somos herederos de las capacidades y cualidades desarrolladas por la evolución de la humanidad que están depositadas en el genoma humano y que se expresan en la psique como síntesis de la interacción entre las dimensiones biológicas y sociales. En ese sentido, el desarrollo pleno de las potencialidades que portamos en tanto miembros de la humanidad, está definido por las condiciones objetivas y subjetivas que la sociedad ofrezca a cada uno de sus integrantes. Es en el ámbito de las potencialidades en que la noción de salud adquiere sentido como necesidad humana y como derecho ya que opera como condición que promueve el desarrollo humano y como recurso para resarcir las desventajas sociales. De hecho, el reconocimiento de la desigualdad social es el fundamento ético del quehacer que le dio sentido a los denominados estados de bienestar y los legitimó como los agentes sociales a quienes se atribuyó la función de provisión de los satisfactores de las necesidades humanas básicas, en el caso de la salud, esta satisfacción implicó garantizar la sobrevivencia física al disminuir o eliminar riesgos y daños a la salud, y respecto de la salud mental, promover las capacidades intelectuales para la integración del sujeto a su sociedad con la potencialidad de contribuir a transformarla. El efecto sinérgico de la satisfacción de alimentación, vivienda, educación, trabajo y salud se traduce en mayores niveles de bienestar individual y colectivo.

La salud es entonces resultado y medio para la consecución de estados de bienestar, es el producto de la plena satisfacción de otras necesidades pero no como un estado final idealizado sino como una condición que hace al organismo capaz de adaptarse a su medio, enfrentar sus contingencias y modificarlo eficazmente para su beneficio. En consecuencia, producir la salud impone previamente la garantía para acceder a los satisfactores

de las necesidades humanas que constituyen el núcleo irreductible que nos humaniza.

Este planteamiento nos permite resaltar el papel que la sociedad tiene en la provisión de tales satisfactores ya que en las sociedades modernas, éstos son provistos en forma de bienes y servicios producidos en las instituciones, su producción, distribución y consumo se encuentran regulados por el derecho que cada formación social ha convenido mediante el relativo consenso de fuerzas en la arena política. Los bienes referidos a las necesidades básicas conforman desde su definición y producción, hasta su realización y consumo, la naturaleza de la denominada política social. En ésta se materializan las oportunidades objetivas para el desarrollo humano. Aun cuando partiéramos del principio de que todos nacemos iguales en derecho, es la sociedad la que nos dispone a los individuos de alcances y limitaciones diferenciales para nuestro desarrollo según sea la posición que adquirimos en los dominios económico, político y cultural dentro de la sociedad.

La reproducción social es el conjunto de procesos mediante los cuales una formación social determinada permanece a través de la historia, junto con sus estructuras fundamentales, instituciones y formas de vida, la especificidad que distingue a cada formación requiere de mecanismos especializados para cada ámbito que la define pero todos provienen del modo de producción vigente, lo cual determina que no sólo se reproduzca la vida sino con ella el orden social y las inequidades que se le derivan. Un ámbito de especificidad de cada sociedad es el conjunto de ideas prevalecientes que le dan sentido a los modos de vida de sus integrantes y que son impuestas a la totalidad de la sociedad mediante la cultura. Este ordenamiento incluye una serie de reglamentaciones y sanciones que implican procesos de inclusión y

exclusión de sus integrantes según sea el grado de observancia de la normatividad social. Apegarse a la norma, legitimarla y reproducirla, forma parte de los mecanismos de socialización e integración cultural, pero dado que frecuentemente implican la generación de inequidades, son susceptibles de adquirir la forma de asimilación o eliminación cultural por las relaciones de dominio y subordinación que son características de las sociedades en que se prevalece una ideología que pretende la hegemonía de la semejanza. Lo anterior implica en casos extremos la supresión de la diferencia y en esa intención, la normatividad social busca, no sólo ocultar la diversidad estructural y esencial de la especie humana, sino omitirla y someterla al dominio de la semejanza mediante procesos de aculturación, delincenciación, patologización, reclusión, encierro o abierta persecución y exterminio donde no hay cabida para el derecho social, e incluso, se cuestiona el derecho mismo a la vida. Tales mecanismos incluyen por supuesto, procedimientos disciplinarios que en diversas dimensiones, son violentos, en tanto domesticación, subordinan e intervienen al *otro* para condicionar y permitir su integración social.

La exclusión social es un mecanismo disciplinario con el que se busca sostener las estructuras culturales sobre las cuales el sujeto adviene como igual o como normal en su sociedad, respecto al *otro*, la intención es ajustarlo a la norma mediante procesos terapéuticos o jurídicos, medicina y jurisprudencia han operado de forma conjunta para otorgar el reconocimiento de sujetos de derecho o no, a personas portadoras de la diferencia. El orden social mismo se atribuye el derecho sobre la vida del *otro* identificado como diferente por contravenir el orden social, su búsqueda, localización, aislamiento o eliminación se configuran como razón de Estado en virtud de que el *otro* se formula como sujeto desestabilizador y es

representado como peligroso o como un riesgo al que hay que normalizar o en su defecto, neutralizar, minimizar o suprimir. Este proceso requiere de todo un trabajo de normalización de esos *otros* “anormalizados”³ que con su diferencia amenazan la primacía de la semejanza.

La distinción entre quienes observan la norma y quienes no, impone una división social basada en la oposición binaria normal/anormal que lleva a la subjetividad, los mecanismos de vigilancia de la normatividad social. Los individuos son depositarios del mandato social de hacer prevalecer el orden y para tal efecto, son constituidos en agentes de poder que en un nivel micro asumen tareas de escrutinio y sanción de la conducta de otros individuos, desarrollándose complejos mecanismos de regulación que operan en los macroespacios pero también en los microespacios de poder. Esta distribución del poder se realiza a fin de sostener una estructura general en donde se busca el imperio de la semejanza, aumenta su eficiencia y economiza el mismo poder⁴. Así se da forma a la naturaleza esencialmente individualizada, vigilante, egocéntrica y violenta que caracteriza a las

³ Decimos que los “*otros*” son sujetos anormalizados en virtud de que no nacen anormales sino que son construidos por el régimen de disciplinamiento social prevaleciente. Los anormales son un tipo particular de *otros* que altera, cuestiona o confronta el sistema de ideas y creencias que subyacen al orden social impuesto y que como sujeto que en su relación con los “semejantes” se opone, al mismo tiempo lo legitima, por lo tanto deben ser construidos como tales.

⁴ Foucault (1991) plantea que, en un propósito por economizar el poder, las estructuras normativas generales, mediante el consenso o la coerción, trasladan a los individuos la función de supervisión y vigilancia del resto de los demás individuos en su sociedad, de modo que no se requiere de la presencia constante de los agentes institucionales y sus esfuerzos represivos. Al poner en circulación el poder, los mismos individuos regulan su comportamiento, vigilan el de los demás y lo reprimen si contraviene la normatividad social. De ahí que se hable de régimen social de género al considerar que todos los componentes de una sociedad colaboran en su preservación.

sociedades modernas cuya estructura económica básica es la propiedad privada. La expresión violenta última y concreta en que podemos observar esta estructuración política es la discriminación en sus diferentes modalidades y que en el caso de la sexualidad se denomina comúnmente homofobia. Ésta se sabe, tiene efectos negativos en la salud de quienes por sus modos de vida, consciente o inconscientemente, disienten del orden social⁵.

La sexualidad es uno de los dispositivos del poder que, surgido en la modernidad (Foucault, 1996), adquiere una dimensión fundamental en la imposición de la norma entre los individuos, con ella se despliega todo un proceso de construcción del sujeto que diverge de la línea normativa ya sea como delincuente, ya sea como enfermo (Foucault, 2000) y en su coherencia interna se observan en un nivel general como las políticas del encierro (Foucault, 2003). De esta manera, los anormales sexuales, que nosotros denominamos disidentes sexuales no son vulnerables sino que son vulnerados en sus potencialidades y esto marca de inicio, el ejercicio de su derecho a la salud. El disidente sexual, sea gay, lesbiana, bisexual, transexual, transgénero o intersexual, no puede ejercer a plenitud su derecho a la salud en tanto existe en una sociedad estructurada en la suposición de su inexistencia o lo que es peor, en una sociedad que busca omitirlo mediante la violencia.

⁵ Los efectos de la imposición cultural de la normatividad social no sólo afectan a los que por no observarla se convierten en blanco de la sanción social, también a quienes se apegan a ella, la sobremortalidad masculina por ejemplo, se ha explicado como expresión de los rasgos básicos del modelo de masculinidad hegemónica que asumen los varones para afirmar su masculinidad. La búsqueda por alcanzar los estándares de lo masculino como norma cultural implica riesgos y daños a la salud, como sería el caso de asumir conductas de riesgo como demostraciones de valor y ausencia del miedo.

Discriminación como efecto del poder y obstáculo para el derecho

En la dialéctica de la construcción del sujeto normado y del *otro* anormalizado, se instauran sistemas reglamentarios específicos desplegados en el proceso de hominización del individuo, donde éstos son eficientemente reproducidos y tecnológicamente adaptables a los cambios políticos y económicos para la funcionalidad del sistema general. En el conjunto de los *otros* anormalizados, se encuentran los que particularmente son férreamente oprimidos y en diversos periodos históricos, perseguidos y depositarios de políticas de exterminio, entre ellos se encuentran aquellos que son portadores de un atributo en su corporalidad, conducta o formas de pensamiento⁶ que *altera* el sistema de valores que se ha constituido como hegemónico y que por el carácter esencial del atributo, como lo sería la orientación del deseo sexual, son considerados aberraciones genésicas o expresiones *contra natura*. Es a través de las instituciones y sus procedimientos normativos, que la ideología dominante adquiere materialización en el cuerpo social mediante la introyección individual de los significados que constituyen su subjetividad y la realización de las prácticas que constituyen sus conductas, significado y práctica son verificables en la corporalidad, en tanto el primero es expresión del momento de producción de la cultura y la segunda, la forma de realización del significado y por tanto, el momento de consumo. Quienes no consumen o realizan el significado

⁶ Considérese que las políticas de exterminio no sólo han sido destinadas a los construidos como *otros* por la raza, las creencias religiosas, la etnia, la orientación sexual sino también por la filiación política. Es difícil distinguir hechos históricos de limpieza social que se haya sido orientados a un solo atributo porque en realidad, éstos operan de forma conjunta por el frecuente entrecruzamiento de los atributos “anormalizados” en una misma persona o grupo y porque la ideología dominante integra una serie de semejanzas que le dan sentido de totalidad coherente a la formación social.

proveniente de la cultura de género heteronormativa se constituyen en contracultura, de tal modo que el orden social se encuentra con resistencias porque los *distintos* construyen desde su marginalidad, modos de vida alternos que les permiten sobrevivir a la violencia estructural y elevar sus niveles de salud mediante la resignificación de su *otredad* y su encuentro con *otros* que les son iguales en su diferencia, y con los que pueden desarrollar alianzas, este mecanismo ha sido descrito como reivindicaciones de lo abyecto. Con ello, los modos de vida *alternos* pueden constituir sujetos, con diversos grados de reconocimiento del carácter político de su exclusión los sujetos anormalizados reconstruyen su identidad y desde el mismo sitio de la abyección reclaman su derecho a la diferencia, la disidencia sexual sin embargo no sólo contempla a aquellos que con consciencia política se reposicionan frente al orden social y lo confrontan sino a quienes sin tales pretensiones, con el sólo ejercicio de prácticas no convencionales no realizan el producto cultural impuesto, aquellos que simplemente con su cuerpo, con el ejercicio de su soberanía sobre su corporalidad impugnan al cuerpo social y sus mandatos.

Los disidentes sexuales son construidos socialmente como *otros* anormalizados a partir de un orden social estructurado con base en ordenadores macrosociales entre los que están la heterosexualidad, la propiedad privada y un modelo dominante de familia que a su vez se basa en la unión heterosexual de los padres que permite resguardar en su seno la base económica del capitalismo: la apropiación privada. La sociedad moderna arribó, en su desarrollo a una estructura heterosexual de la familia y del Estado, la heterosexualidad es considerada por Wittig (2005) un esquema primario en base al cual se elaboran las subsecuentes estructuras de pensamiento que completan el entramado cultural sobre el que se integra o excluye

a los sujetos. En esta perspectiva, la humanidad, la historia, la ciencia y demás dominios de la vida social, son estructuralmente heterosexuales y posibilitan el predominio de un régimen social de género que la naturaliza y la conforma en norma.

Lo que cada sociedad impone como régimen social de género se basa en una cultura que se sostiene en sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo cual revela el carácter primigenio del esquema heterosexual que orienta la estructuración de cada formación social, la elaboración de oposiciones subsecuentes como la que opone lo masculino a lo femenino, y que aluden a que la construcción social del género se sustentan en la heterosexualidad. Así, la construcción social del sexo con base en un esquema heterocentrado y la subsecuente construcción del género son dos de los artefactos culturales de mayor arraigo en las sociedades, donde los componentes de estos binomios están jerarquizados y son, en su conjunto, una de las fuentes más importantes de legitimación del poder cuya estructuración incluye una serie de instituciones y mecanismos de estricta vigilancia de los comportamientos individuales (Muñiz, 2002; Muñiz, 2009).

En la práctica, en la vida cotidiana, la normalización y sus procedimientos médicos y jurídicos frente a la disidencia sexual, se expresan mediante la discriminación que por sí misma, produce daños a la salud, especialmente aquellos que son resultado de la estigmatización y el subsecuente deterioro de la dignidad humana, con un serio impacto en la valoración social y la autovaloración; la discriminación causa trastornos depresivos, de ansiedad, conducta suicida y homicidio⁷. Por otra parte, la

⁷ En este caso nos referimos a los homicidios “autorizados” de forma implícita por el mandato social asignado a los individuos o grupos para el resguardo del orden, es la expresión máxima de los

discriminación obstaculiza el acceso a la atención médica que es el satisfactor más reconocido para la materialización del derecho a la salud. Todavía a mediados de la década pasada, sólo el 11% de los mexicanos consideraba que las relaciones homosexuales eran normales; adicionalmente, diversos grupos denominados minorías sexuales pero que aquí denominamos disidentes, mencionan que los servicios de salud son una de las instancias en que más han percibido actos discriminatorios (CONAPRED, 2012).

Pero las dificultades estructurales para el acceso al ejercicio del derecho a la salud no se limitan a estos dos fenómenos (enfermedad y obstáculos para la atención médica), de hecho, son las expresiones últimas. Los derechos humanos se proclamaron con base en la dignidad de las personas (Jusidman, 2011)⁸. El derecho a la salud no puede analizarse sin dejar de sostener su articulación con los derechos humanos y sin hacer referencia a la dignidad como fundamento del bien vivir.

Desde su categorización como anormales y una vez patologizada su conducta sexual o la orientación de su deseo, homosexuales, bisexuales y lesbianas se enfrentarán a un mundo simbólico donde los referentes para la construcción de su identidad son negativos con todo lo que implica para el bienestar psíquico y el desarrollo de la autovaloración social; se ha documentado ya el papel que juega la homofobia en el sufrimiento psíquico y conductas autodestructivas en los

mecanismos de control y se denominan comúnmente crímenes de odio.

⁸ Entre el conjunto de derechos humanos, se encuentran los económicos, sociales y culturales, en los cuales se hace explícito el derecho a la no discriminación, a las condiciones de vida relacionados con la salud, a la misma salud y a la seguridad social que en los regímenes de bienestar social incluyó el satisfactor de la atención médica.

homosexuales (Meyer, 2003; Granados y Delgado, 2008), así como en el mayor riesgo para adquirir VIH-SIDA (Beck, McNally y Petrak, 2003; Granados y Delgado, 2007). En el caso de las personas transexuales y transgénero el trasfondo es aún mayor, dado que ven obstaculizado su derecho a la identidad al ser nombrados y socializados bajo un esquema de género que no corresponde con su identidad ni con su corporalidad si desde el esquema heteronormativo impuesto son varones y en su autopercepción son mujeres. Para el orden social no existen, pues su reconocimiento está basado en su morfología corporal. Por otro lado, la medicalización de la reasignación del género, o de la reasignación del sexo en el caso de las personas intersexuales, también nos habla de intervenciones sociales sobre el cuerpo que atentan contra la dignidad de las personas.

La discriminación entonces lesiona la categoría de humanos que debiera otorgarse a todo individuo, y permite entender la actitud radical adoptada por los disidentes sexuales de apelar, en los inicios de sus reivindicaciones, a que se les considere personas y aspirar al mismo conjunto mínimo de derechos del resto de la sociedad, aun cuando éstos en sus bases estructurantes provengan de una esencia profundamente excluyente como ya hemos descrito. Sin embargo, frecuentemente, estas reafirmaciones de personalidad humana y jurídica terminan siendo funcionales al orden general, parcialmente liberadoras de quienes sufren discriminación o apenas expresiones de tolerancia. Adicionalmente, las acciones disciplinarias que se les destinan a los disidentes sexuales implican una serie de restricciones para el pleno desarrollo de las potencialidades humanas, la discriminación produce aislamiento social que por ejemplo, en el caso de la educación se manifiesta frecuentemente con ausentismo escolar y bajo rendimiento,

situaciones que por lo menos, restringen el desarrollo pleno al interferir con las libertades fundamentales en que se basan los derechos humanos. La violencia que se ejerce en su contra en la vida cotidiana, coloca a los disidentes sexuales en una ruta con mayores obstáculos a vencer que quienes observan la norma, se trata de interferencias en todas las formas de participación social pero destacan las narrativas en los espacios de socialización donde se satisfacen otras dos necesidades básicas: la educación y el trabajo.

Estado garante de derechos y estado heteronormativo

Si consideramos la premisa del esquema *hetero* como principio que orienta la cultura dominante, tenemos que el Estado es una instancia derivada de tal esquema y cuyas instituciones y discursos se encargarán de difundir un régimen social de género coherente con esta base. La estructura heteronormativa sobre la que se construye el Estado, es ya una primera dificultad para el acceso a los derechos humanos de los disidentes sexuales y en especial, para el derecho a la salud. A través de sus distintos regímenes de gobierno, el Estado heteronormativo sólo reconocía las uniones matrimoniales entre personas de sexos opuestos. Estos contratos se celebraban en actos públicos en que se legitimaba la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres, en los que se precisaba que la familia heterosexual era la base de la sociedad y que la finalidad del matrimonio era la reproducción de la especie. Sobra decir que el matrimonio legalmente establecido fue la vía para acceder a ciertos bienes y servicios que se vinculan con la salud, tales como el acceso a la seguridad social que incluye la atención médica, así como la posibilidad de crédito para vivienda o la capacidad de heredar por la muerte del cónyuge.

Dado que el principio ordenador heterosexual se argumenta por un supuesto imperativo de la reproducción biológica, todas las otras expresiones e identidades sexuales quedaron omitidas por el Estado y fueron valorizadas con un estatuto de humanidad menor a la de la heterosexualidad. Adicionalmente, algunos gobiernos no sólo buscaron invisibilizar la diversidad sexual sino que establecieron políticas de persecución y encierro. En muchos países las prácticas homosexuales siguen siendo un delito e incluso, bajo diversas figuras jurídicas, se abre la posibilidad de sancionar no sólo las prácticas sexuales sino la identidad homosexual. En el caso de México por ejemplo, los Códigos Civiles locales permitían la detención de personas bajo el argumento de faltas a la moral pública. Este procedimiento fue un mecanismo legal de persecución hacia los homosexuales hasta la década de los noventas, siendo víctimas de detenciones arbitrarias y extorsiones.

Como puede verse, las posibilidades de alcanzar la salud como máximo nivel de bienestar se reducen objetivamente para los disidentes sexuales, pero la expresión extrema de estas limitaciones es el caso de la mortalidad por homofobia en la que no sólo se afecta el derecho a la salud sino que se anula el derecho a la vida. Si bien el Estado heteronormativo no justifica explícitamente el homicidio por homofobia, ya mencionábamos que al promover y legitimar la heterosexualidad, deslegitima y desvaloriza a las otras sexualidades, permitiendo así, junto con otros discursos de la normalidad radicalizados en discursos del odio, la generación del rechazo social hacia los diferentes, justificando de forma implícita la muerte de los no heterosexuales. Los discursos de odio más característicos en relación a la sexualidad son los de la Iglesia pero son emitidos también por grupos sociales conservadores de peso económico y político muy

diverso, y que frecuentemente conforman alianzas para incrementar su capacidad de influencia en el poder público. Las valoraciones negativas sobre la disidencia sexual “autorizan” e incluso, “encomiendan” a quienes se sienten comprometidos con la ideología conservadora, a lesionar los derechos humanos de las personas no heterosexuales, negándoles en el ámbito del margen de ejercicio político que les otorga la estructura de poder más general, los bienes o servicios con que se materializan dichos derechos. En el extremo, los agentes de poder desde las instituciones hasta sus microespacios, son “autorizados” para eliminar a quienes contradicen el orden y ejercen un implícito derecho sobre su vida. No es extraño entonces, que después de debates públicos en torno a la diversidad sexual y la difusión de los discursos de odio, puedan incrementarse las agresiones a la integridad física a las personas no heterosexuales, incluyendo la muerte.

En el caso del homicidio por homofobia, la base heterosexista del régimen social no sólo promueve la exclusión. Los disidentes sexuales y sus familias tendrán que enfrentar restricciones en el acceso a la justicia, limitando las posibilidades de reparación del daño, situación especialmente grave en un contexto en el que prevalece la injusticia y la impunidad generalizada. Las instituciones del Estado y sus agentes, restan importancia a la aclaración de los crímenes, hecho que se agrega al temor de los denunciados a ser discriminados y estigmatizados. También se han identificado prácticas dilatorias en las investigaciones y prejuicios con que se culpabiliza y violenta doblemente a las víctimas etiquetando las causales como “pasionales” o enjuiciando su conducta (Letra S, 2009), invisibilizando el rasgo de odio y privatizando la problemática al individualizarla y llevarla al ámbito doméstico o de la vida privada.

Entonces, independientemente de los procesos de estigmatización que implica la imposición del orden heterosexual, hay un impacto en la salud mental de los discriminados, así como una mayor mortalidad por homicidio (Granados y Delgado, 2006). Por lo anterior, la primera limitación que identificamos es la prevalencia de un Estado que en su carácter de garante de los derechos humanos, estratifica a la sociedad, es omiso en la protección de la vida e integridad de los vulnerados socialmente, limita el acceso a los bienes derivados del reconocimiento de los derechos sociales, económicos y culturales, y que además, promueve o por lo menos, justifica ideológicamente daños específicos a la salud.

Consideraciones finales

El Estado, al ser resultado de una sociedad estructurada a partir del individuo, la propiedad privada y la familia tradicional, es decir, estructurado heteronormativamente, está en imposibilidad de ejercer a plenitud las funciones que distintos instrumentos internacionales le atribuyen en materia de derechos humanos: respetar, proteger y satisfacer (Nájera, 2011).

Respetar implica otorgar reconocimiento de personas a todos los individuos y grupos de una sociedad, darles el mismo estatuto ante sus instituciones y sus leyes, pero por sobre todo, el respetar obliga al Estado a no interferir en el modo de vida de las personas y secundariamente a promover el desarrollo del bien vivir que cada persona o grupo social en una sociedad que es corresponsable al proveer las oportunidades objetivas para el desarrollo de la autonomía y soberanía sobre el cuerpo. No obstante, el Estado por su estructuración heterosexual se encuentra incapacitado en su propia naturaleza a reconocer la diversidad sexual

inherente a la especie humana, ya que desde el régimen heterosexual es la máxima institución normativa cuya razón es instaurar la hegemonía de la semejanza, de tal manera que sólo reconoce como sujetos de derecho a aquellos que observan las normas de todo tipo que se derivan de la moral burguesa asociada al capitalismo y con la que se resguarda la propiedad privada, incluida la normatividad sexual; tampoco sanciona prácticas discriminatorias o discursos de odio, al normalizar la heterosexualidad y anormalizar otras orientaciones del deseo sexual. Así, la posibilidad de crear proyectos de vida y modos de vida en condiciones de bienestar, se ve notoriamente reducida para aquellos *otros* sexuales.

En relación a la función de proteger, ésta resulta menos realizable, si la salud se entiende como resultado de la satisfacción de un conjunto de condiciones que trascienden el ámbito del acto clínico y el enfoque dominante de la política sanitaria que se centra en la oferta de servicios médicos. El derecho a la salud implica el pleno ejercicio del derecho a la vivienda, la alimentación, el trabajo y la educación, y no se pueden aplicar acciones de protección a algo que no existe o algo a lo que se aspira sin contar con las condiciones de su producción.

La premisa de que la salud es resultado de la garantía de otros derechos que le son previos, está implícitamente aceptada por el gobierno mexicano pero dado que no puede asumir la garantía del derecho a la salud, éste se reduce a la “protección de la salud” y modifica en ese sentido la Constitución para definir de manera limitada las obligaciones estatales en relación a la salud. Es claro que por proteger la salud, el régimen político hace referencia a intervenciones individualizadas y limitadas a situaciones de enfermedad o riesgo de muerte,

renunciando a garantizar la disponibilidad y acceso a los satisfactores de otros derechos que son, a su vez, insumos para la producción de la salud.

Aún en su aplicación reducida de la noción de salud, el estado mexicano muestra rezagos en relación a su tendencia histórica hacia la universalización del acceso a la atención médica, incluso son notorios los retrocesos en materia del conjunto de satisfactores provistos mediante los regímenes de seguridad social, tanto de forma cuantitativa como cualitativa. Las reformas estructurales del régimen de gobierno actual intensifican y aceleran los procesos que se han venido implementando desde hace tres décadas y aunque se ha venido retrasando la propuesta de reforma en salud, es previsible que compartirá los rasgos de reducción de lo público y remercantilización que se observa en el resto de reformas. Bajo un régimen de bienestar social, el gobierno mexicano desarrolló un sistema sanitario que reflejaba en su composición a la estructura de clases, la oferta y el acceso diferenciado a los servicios médicos, así como la profunda desigualdad en el tipo de beneficios que se otorgaban entre el subsector de seguridad social y los que ofrece el subsector dirigido a población “abierta”, intensifica la vulnerabilidad de los sectores más pobres de la sociedad al contar con menos posibilidades para resolver mayores problemas de salud que los sectores de ingresos medios y altos. Sin embargo, se trataba de un sistema cuya tendencia a la expansión del trabajo asalariado desarrolló una de las mayores infraestructuras de servicios médicos en América Latina y cuya modalidad de financiamiento posibilitó la integración de otros beneficios asociados a los satisfactores de otras necesidades humanas básicas mediante la creación de fondos para la vivienda, abasto de alimentos y recreación, prevaleciendo en el fondo, un mecanismo de redistribución de

la riqueza socialmente generada y disminución de la desigualdad en el ingreso.

El aumento progresivo de los bienes y satisfactores con que el Estado intervenía en la materialización del derecho a la salud sólo fue posible porque la política social estuvo soportada con esquemas de financiamiento público y de contribución colectiva y solidaria. En la política de bienestar social en pleno desarrollo hasta los ochenta, prevalecían principios éticos con mayores posibilidades que ahora para garantizar el acceso a los satisfactores de los derechos asociados a la salud, en términos financieros y de colectivización de riesgos. Las desigualdades intrínsecas a la estructura del sistema de salud mexicano, aún con sus potencialidades, expresaban el desigual acceso al derecho a la salud por clase social, pero además, otros referentes como la disidencia sexual ni siquiera se contemplaban y representaban para esta población su principal problema. Adicionalmente, el estancamiento en la ampliación de la cobertura de la seguridad social por el incremento del desempleo, la falta de inversión y otras expresiones del ajuste estructural, muestra en el fondo, un replanteamiento en la relación Estado-Sociedad (Lechner, 1992) que ha modificado la esencia de las funciones estatales en relación al derecho a la salud e intensificó las desigualdades previas y omisiones intrínsecas.

En la actualidad, el gobierno mexicano ya no se plantea ampliar la cobertura de la seguridad social ni sostener el carácter progresivo de los satisfactores a proveer mediante su política social. Por el contrario, formula paquetes de servicios esenciales bajo criterios de costo-beneficio que reducen al mínimo la oferta estatal de intervenciones médicas, ahora sí planteándose la universalización como posibilidad, pero acotada.

En este contexto regresivo de las políticas sociales, resolver los pendientes y las omisiones en salud, resulta un propósito que finalmente es sólo un recurso discursivo. La propuesta oficial de un sistema de cobertura universal de salud, lleva al mínimo los servicios públicos, a la vez que expande la oferta privada, polariza a la sociedad entre quienes tienen menores daños a la salud por sus mejores condiciones de vida pero que accederán a servicios privados y quienes presentan mayores daños a la salud por peores condiciones de vida y que sólo podrán acceder a un número predefinido y siempre limitado de servicios.

No obstante la tendencia general de aplicación de políticas regresivas neoliberales, coexisten con diversos avances en materia de derechos humanos y de derecho a la salud, así como de logros de los movimientos sociales y de los trabajadores, que complejizan el análisis, y que a simple vista aparecen como fenómenos contradictorios que dificultan la comprensión de la trascendencia del impacto de las reformas sanitarias de corte neoliberal. Ya hemos descrito las restricciones para el derecho a la salud en un Estado en reducción, pero por otro lado, en el nivel local y bajo regímenes políticos diferentes al federal, se observan cambios sustanciales en torno a la población disidente de la heterosexualidad. A mediados de la década de los noventa, se aceleró el proceso democrático electoral en el país y se hizo posible el arribo a la Ciudad de México de un gobierno local de centro izquierda en cuyos antecedentes históricos incluyó grupos y líderes que en sus agendas integraron demandas de la disidencia sexual organizada. Bajo tal régimen gubernamental, legisladores locales hicieron una amplia convocatoria a académicos y grupos de la sociedad civil a discutir la situación de los derechos humanos de la diversidad sexual (Sánchez, 1999), surgiendo las iniciativas para reformar algunos artículos del Código Civil local,

para eliminar atenuantes que permitían la represión policiaca, o se sancionaran actividades de promoción de derechos sexuales y reproductivos por considerarlas actos de “corrupción de menores” por ejemplo. Pero la iniciativa más importante que se formuló fue la de penalizar la discriminación por orientación sexual, lo que fue una medida orientada a combatir la homofobia estructural, y resultó ser la más radical en su momento ya que abrió la posibilidad de apelar a este argumento para gestionar otros derechos vinculados a la seguridad social como fue el matrimonio igualitario.

El reconocimiento gubernamental de la diversidad sexual, al menos en la ciudad de México, avanzó aún más con reformas como el derecho a la adopción para parejas del mismo sexo. Independientemente de que con estas medidas se derribaban las anteriores dificultades para el acceso a la seguridad social y la atención médica que la incluye, la trascendencia radica en que, en los hechos, se otorgó el mismo estatuto jurídico a la homosexualidad que a la heterosexualidad. Se esperaría que esta nueva legalidad favoreciera la percepción social de modo que contribuya a la disminución de la homofobia que experimentan los disidentes sexuales en la vida cotidiana, y por consiguiente, su impacto en su salud.

Los avances logrados por la disidencia sexual organizada llegan tarde pues asisten a un rezago y deterioro del sistema de salud y seguridad social, a un abandono por el Estado que deteriora las condiciones de vida para la población general, a una política social en regresión y a un fortalecimiento de la ideología conservadora que le es característico a los regímenes autoritarios del neoliberalismo. Independientemente de que con el acceso al matrimonio y la adopción, la diversidad sexual se “normaliza” legitimando las estructuras del capitalismo (matrimonio y propiedad privada)

que son origen de la desigualdad actual⁹, las posibilidades del derecho a la salud, antes negadas, a los disidentes sexuales, hoy parcialmente reconocidas, tienen escasas condiciones de realización y frecuentemente terminan reducidas a prácticas que sólo reconocen a los disidentes en tanto consumidores. Aún más, la permanencia de estos

logros se encuentra en permanente amenaza por las legislaciones federales y su tendencia hacia el conservadurismo así como por el poder económico y político de los sectores más reaccionarios de la derecha nacional que constantemente buscan revertir estos derechos alcanzados.

⁹ Fenómeno que amerita un profundo análisis que rebasa el propósito del presente trabajo.

Referencias bibliográficas

- BECK A, McNally I, Petrak J. (2003). Psychosocial predictors of HIV/STI risk behaviours in a sample of homosexual men. *Sex Transm Infect*; 79(2):142-6.
- CONAPRED (2012). Encuesta Nacional sobre Discriminación 2011, México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- CONSULTA MITOFSKY (2004). Primera Encuesta Nacional sobre Sexo. Estudio de opinión en Viviendas. México: Consulta Mitofsky.
- DOYAL L, Gough I. (1991). *Theory of human needs*. London: Mc Millan.
- FOUCAULT M. (1996). *Historia de la sexualidad*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- FOUCAULT M. (2000). *Los anormales*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- FOUCAULT M. (1991). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- FOUCAULT M. (2003). *Vigilar y castigar*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- GRANADOS JA y Delgado G. (2008). Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cadernos de Saúde Pública*; 24(5):1042-1050.
- GRANADOS JA y Delgado G. (2006). Mortality by homicide in homosexuals. Characterization of the cases registered in Mexico between 1995 and 2000. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*; 29(1):43-48.
- GRANADOS JA y Delgado G. (2007). Salud mental y riesgo de VIH-SIDA en jóvenes homosexuales. Aproximación cualitativa a la experiencia de la homofobia. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- JUSIDMAN C. (2011). El derecho a la salud en el marco de los derechos económicos, sociales y culturales. Ponencia presentada en la Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F. Febrero.
- LECHNER, N. (1992). El debate sobre Estado y mercado. *Revista Nueva Sociedad*; (121):80-89.
- LETRA S, Sida, cultura y vida cotidiana. A.C. (2009). Informe de crímenes de odio por homofobia. México, 1995-2008. México: Letra S, Sida, cultura y vida cotidiana.
- MEYER IH. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*; 129(5):674-97.
- MUÑOZ E. (2002). Cuerpo, representación y poder. México en los albores de la reconstrucción nacional, 1920-1934. México: Universidad Autónoma Metropolitana/Miguel Ángel Porrúa.
- MUÑOZ E. (2009). Los puntos conflictivos en la relación entre los Estados y las políticas sexuales. Ponencia presentada en Diálogo Latinoamericano sobre Sexualidad y Geopolítica. Río de Janeiro, Brasil.
- NAJERA H. (2011). Observatorio de política social y derechos humanos. Conferencia dictada en la Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F. Febrero.
- SÁNCHEZ D. (1999). *Memorias del Primer Foro de Diversidad Sexual y Derechos Humanos*. México: Nueva Generación Editores.
- WITTIG M. (2005). *El pensamiento heterosexual*. Madrid: Egales.