

30 años, 30 documentos
Comisión Nacional de Bioética

2007

Homofobia y salud

Guillermo Soberón y Dafna
Feinholz (eds.)



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



gob.mx/salud/conbioetica

MEMORIAS CNB 1
MEMORIAS CNB 1

HOMOFOBIA Y SALUD

HOMOFOBIA Y SALUD
Memoria

Primera edición 2007

D. R. © Secretaría de Salud
Comisión Nacional de Bioética
Carr. Picacho-Ajusco 154
Col. Jardines de la Montaña
Delegación Tlalpan
14210 México, DF

ISBN 978-970-721-410-1

Coordinación editorial *Gladys Faba*
Asistente editorial *María de Lourdes Villalón*
Cuidado de la edición *Lizbeth Evoli*

Se prohíbe la reproducción parcial
o total de la obra sin permiso
expreso del titular de los derechos.
Los hallazgos, interpretaciones y
conclusiones de este libro son
responsabilidad exclusiva de los
autores y no necesariamente reflejan
el punto de vista de la Comisión
Nacional de Bioética ni de los editores.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

MEMORIAS CNB 1
MEMORIAS CNB 1

HOMOFORBIA Y SALUD

GUILLERMO SOBERÓN
DAFNA FEINHOLZ
EDITORES

**COMISIÓN
NACIONAL
DE BIOÉTICA**



CONTENIDO

PRESENTACIÓN	9
SITUACIÓN ACTUAL EN MATERIA DE DERECHOS DE LA DISCRIMINACIÓN POR HOMOFOBIA	
Los derechos de las lesbianas, <i>gays</i> , bisexuales y transgénero desde la perspectiva de Amnistía Internacional <i>Liliana Velázquez Ramírez</i>	17
La no discriminación como derecho humano: el caso de la homofobia <i>Ricardo Hernández Forcada</i>	25
Homosexualidad y derecho a la salud <i>Rodolfo Millán Dena</i>	33
Aspectos médico-legales respecto a la discriminación por homofobia. Confidencialidad de datos clínicos <i>Agustín Ramírez Ramírez</i>	41

Homofobia y salud
José Luis Gutiérrez Espíndola 47

MITOS Y REALIDADES SOBRE LA ORIENTACIÓN SEXUAL

Homofobia y salud
Lore Aresti 57

El discurso homofóbico como expresión de la
discriminación sexual
María de la Luz Sevilla González 63

La homofobia y su repercusión familiar
Ángel S. Arellano Bravo 77

ORIENTACIÓN SEXUAL Y SALUD

Homofobia: alcances y limitaciones en los
servicios de salud
Jorge Saavedra 87

Problemas de salud mental en la discriminación
por orientación homosexual
José Arturo Granados Cosme 95

La tolerancia, el respeto a la dignidad y la
compasión como fundamento del rechazo
a la homofobia
María Teresa de la Garza Camino 117

ACERCA DE LOS AUTORES 133

PRESENTACIÓN

La Comisión Nacional de Bioética ha seguido una larga trayectoria desde su formación en los años noventa. Como reflejo de la importancia que la bioética está adquiriendo en nuestro país, a partir del 7 de septiembre del 2005, por medio de un decreto presidencial, se le confirió el carácter de órgano desconcentrado de la SSA, con lo que se le reconoce autonomía técnica y operativa. De acuerdo con el decreto, y entre otras funciones, a la Comisión Nacional de Bioética le corresponde:

- a) Definir las políticas nacionales que plantea esta disciplina.
- b) Establecer las políticas públicas de salud vinculadas con la temática bioética.
- c) Fungir como órgano de consulta nacional sobre temas específicos de bioética.
- d) Fomentar la enseñanza de la bioética, particularmente en lo que toca a la atención médica y la investigación para la salud.

La misión de la Comisión Nacional de Bioética es coadyuvar al establecimiento de una cultura de bioética en México. Se propone

cumplir sus objetivos a través de la promoción y el fomento de una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana; y el desarrollo de normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud. Además de impulsar estrategias y elementos para la reflexión y la toma de decisiones informadas, razonadas, sustentadas, tolerantes y prudentes, en el marco del respeto a los derechos fundamentales.

En la sociedad mexicana conviven posiciones éticas diversas, pues es multiétnica, multicultural y moralmente plural. Es por esto que se requiere de un marco ético amplio, comprensivo e incluyente que refleje este mosaico y que permita construir los acuerdos intersubjetivos en la diversidad de códigos en un estado laico.

Una de las estrategias y objetivos de la Comisión Nacional de Bioética es la divulgación de información a diversos grupos de la sociedad por medio de publicaciones; también la organización de foros públicos y especializados para la discusión razonada y plural de temas de relevancia ética para la sociedad.

La discriminación en la atención médica contraviene uno de los principios éticos fundamentales de la medicina que tiene que erradicarse en una sociedad donde la salud es un derecho. En el caso de la orientación sexual, la discriminación tiene su origen en la desinformación y en posiciones radicales culturalmente aceptadas.

En este contexto la Comisión Nacional de Bioética organizó el encuentro *Homofobia y salud* el 31 de mayo de 2005, en el marco de la Campaña Nacional contra la Homofobia, promovida por la Secretaría de Salud con el apoyo de instituciones y organizaciones comprometidas con el desarrollo de la democracia, la justicia y la vida digna. El evento se realizó en el Auditorio Abraham Ayala González del Hospital General de México. Tuvo como prioridad sensibilizar e informar al personal de salud del país sobre la homofobia, con objeto

de promover una cultura de no discriminación por orientación sexual entre los trabajadores sanitarios.

La homofobia es el miedo y la aversión irracional hacia las personas que aman a las personas de su mismo sexo. Otra manera de comprenderla es como un comportamiento caracterizado por diversas formas de violencia: física, moral o simbólica ligadas a la orientación sexual o a la identidad de género. Se manifiesta como un rechazo tanto a las expresiones femeninas en los varones, como a las masculinas en las mujeres, o a otras variantes: lesbianas, *gays*, bisexuales, transgénero y travestis.

La evidencia científica ha demostrado el carácter social e histórico de la homofobia. Este repudio es la consecuencia de una ideología que ha sido creada, moldeada y difundida históricamente y que, al ser interiorizada por las personas en forma de prejuicios que atribuyen características negativas a las personas homosexuales o que parecen como tales, deriva en actitudes y prácticas discriminatorias que violentan la dignidad humana y obstaculizan el ejercicio de legítimos derechos.

En 1973 la Asociación Estadunidense de Psiquiatría eliminó la homosexualidad de su lista de enfermedades y trastornos mentales, casi un siglo después de haberla declarado enfermedad. El 17 de mayo de 1990, la Asamblea General de la Organización Mundial para la Salud (OMS), suprime la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales, lo cual ha sido interpretado por muchos grupos como el fin de un siglo de homofobia médica.

Las memorias que nos complacemos en presentar reúnen la mayoría de los trabajos expuestos en el encuentro *Homofobia y salud* que contó con la presencia de reconocidas personalidades en los diversos campos temáticos abordados en este evento: medicina, ciencias sociales, religión, entre otras. El encuentro se estructuró en tres mesas con objeto de abarcar, desde la pluralidad, las diversas

aristas de los temas de la homosexualidad, la homofobia y su impacto en la salud.

En la mesa 1 se abordó el tema de la “Situación actual en materia de derechos de la discriminación por homofobia”, con el interés de presentar la evidencia cuantitativa de la magnitud del problema en los diversos ámbitos, entre ellos el de la salud, tanto a nivel internacional como nacional. Se contó con la presencia de Amnistía Internacional México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Comisión Ciudadana por Crímenes de Odio por Homofobia, y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

La mesa 2 se dedicó a analizar los “Mitos y realidades sobre la orientación sexual”, y para ello se abordaron los aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, religiosos, las repercusiones familiares y las nuevas perspectivas de la orientación sexual. La mesa, además de haber sido multidisciplinaria, reflejó también pluralidad en la aproximación al tema. Contamos con la presencia de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, la UAM-Xochimilco, el Instituto Politécnico Nacional, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino de la SSA y la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

En la mesa 3 titulada “Orientación sexual y salud”, se analizaron aspectos de la discriminación específicamente en el ámbito de la salud. En la introducción de este encuentro, el doctor Jorge Saavedra, Director del Centro Nacional para la Prevención y Control sobre VIH (CENSIDA), expuso los alcances y limitaciones de la homofobia en la salud. En esta mesa, además de CENSIDA participaron profesionales provenientes de la UNAM, UIA, UAM-Xochimilco y el Colegio de Bioética. Los temas se centraron en la discriminación como factor de riesgo sanitario en los grupos vulnerables por orientación sexual: VIH/SIDA, problemas de salud mental por discriminación, derechos de los pacientes y bioética, así como la ética del trabajador sanitario.

Agradecemos sinceramente a todas las organizaciones e instituciones y a las personas que aceptaron con la mejor disposición y sin dudar la invitación a participar y sus aportaciones tan valiosas, sin las cuales el evento no hubiera sido posible.

Igualmente damos las gracias a todo el personal de la Comisión Nacional de Bioética por el esfuerzo realizado no únicamente para la preparación del encuentro, sino durante el desarrollo del mismo y el arduo trabajo que ha implicado el recopilar las ponencias y prepararlas para poder entregar esta publicación.

Esperamos que estas memorias permitan el acceso a las ideas vertidas en el encuentro a todas las personas que no pudieron estar presentes y sobre todo, que permitan avanzar a cada uno como individuo y a todos nosotros como sociedad hacia prácticas éticas, humanas y profesionales, para fomentar la cultura bioética en nuestro país.

Guillermo Soberón
Dafna Feinholz
Editores

SITUACIÓN ACTUAL

SITUACIÓN ACTUAL
EN MATERIA DE DERECHOS
DE LA DISCRIMINACIÓN
POR HOMOFOBIA

Los derechos de las lesbianas, *gays*, bisexuales y transgénero desde la perspectiva de Amnistía Internacional*

Liliana Velázquez Ramírez

A nombre de Amnistía Internacional México agradezco a la Comisión Nacional de Bioética la invitación que nos hicieron para participar en este encuentro sobre *Homofobia y salud*, que se realiza en el marco de la Campaña Nacional contra la Homofobia. Mi participación en este encuentro gira en torno al trabajo que Amnistía Internacional hace por lesbianas, *gays*, bisexuales, transgéneros y transexuales (LGBT).¹

Este trabajo se hace en el marco del derecho internacional, pues somos un organismo que tiene presencia a nivel mundial.

Para poner en contexto el tema, los siguientes casos pueden ser muy útiles:

Dos varones se conocen a través de un anuncio en una revista y se enamoran. Dos meses después, ambos son procesados porque su relación privada y de mutuo acuerdo se considera un peligro

* Esta presentación está basada en el informe de Amnistía Internacional: *Crímenes de odio, conspiración del silencio, tortura y malos tratos basados en la orientación sexual*. Si desea mayor información sobre éste y otros informes publicados por Amnistía Internacional escriba a: informacion@amnistia.org.mx

¹ La abreviatura LGBT será en referencia a personas lesbianas, *gays*, bisexuales, transgéneros y transexuales.

social. Permanecen dos meses detenidos y durante este tiempo los violan y los golpean. Cuando recuperan su libertad, sus vidas han quedado destruidas. Uno de ellos decide suicidarse [...].

Una mujer que ha aceptado su orientación sexual distinta a la heterosexual se ve obligada por las presiones de su familia a dejar a su pareja, y además obligada a contraer matrimonio con un varón que ni siquiera conoce. En lugar de permitir que ese matrimonio la separe de la mujer que ama, ambas toman la decisión de quitarse la vida [...].

Un joven acude por la noche a un bar de su localidad para reunirse con unos amigos. No regresa a su casa esa noche. Al día siguiente la policía encuentra los restos carbonizados de un hombre apaleado hasta la muerte y quemado con una pila hecha con llantas [...].

Estos tres casos, entre otros tantos que Amnistía Internacional ha documentado a lo largo de su trabajo, sirven para poner el marco de la dimensión, la gravedad y las características de la violencia que sufren las personas LGBT y que tienen, por supuesto, como base, la discriminación.

Los anteriores son casos que tenían rostro, que fueron víctimas de su propia comunidad o de agentes del Estado, y de todos ellos los gobiernos son responsables. En el caso de agentes estatales, la responsabilidad del gobierno es el no sancionarlos, pues eso deriva en complicidad o consentimiento y conduce a patrones repetitivos de violaciones a los derechos de las personas LGBT.

En el caso de las comunidades los gobiernos están faltando, al no promover leyes que permitan castigar a los responsables, o por no modificar leyes que por omisión no protegen a las víctimas ni permiten sancionar a los responsables.

Y es que en todo el mundo se encarcela a lesbianas, *gays*, bisexuales y transexuales mediante la aplicación de leyes que vigilan dormitorios, y que convierten un beso en un delito; se les tortura

para obtener confesiones de desviación, se les viola para curarlos de ella y se les somete a tratamientos médicos forzosos en busca de una cura; en algunas sociedades se les considera desechables, y los escuadrones de la muerte los persiguen y asesinan.

En casi todos los países del mundo, la vida de lesbianas, *gays*, bisexuales y transgéneros, está limitada por una telaraña de leyes y prácticas sociales que les niegan el disfrute en condiciones de igualdad, el derecho a la vida, a la libertad y a la integridad física, así como otros derechos fundamentales como la libertad de asociación, la libertad de expresión, a la educación y a la atención médica, y aunque el grado de institucionalización de esta discriminación varía de un país a otro, no hay casi ningún lugar del mundo donde estas personas sean tratadas con plena igualdad ante la ley.

Para Amnistía Internacional, organismo no gubernamental integrado por casi dos millones de activistas voluntarios que estamos distribuidos en 150 países, este tema, sin duda, es muy importante, pues durante su historia como organización de derechos humanos ha podido constatar la gravedad de los actos cometidos en contra de las personas con orientación sexual distinta a la heterosexual. Y por ende, siempre está contemplando este tema en todas sus actividades.

Hoy en día, la visión de Amnistía Internacional es la de un mundo en el que todas las personas disfruten de todos los derechos humanos proclamados en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* y en otras normas internacionales de derechos humanos. En esta visión, por supuesto, se integran los derechos de las personas LGBT, pues no se trata de reconocer o buscar unos derechos nuevos sino simplemente que se les reconozcan los mismos derechos como a cualquier persona.

Animada por esta visión, la misión de Amnistía Internacional consiste en realizar labores de investigación y acción, centradas en impedir y poner fin a los abusos graves contra el derecho a la

integridad física y mental, a la libertad de conciencia y de expresión y a no sufrir discriminación, en el contexto de su trabajo de promoción de todos los derechos humanos.

El trabajo sobre personas LGBT centrados en esta misión se basa en realizar investigaciones serias, documentadas, que lleven a una acción que por lo regular suele terminar en peticiones concretas a los gobiernos para resolver casos de falta de justicia, y emitir una serie de recomendaciones para garantizar la protección de personas LGBT y el pleno disfrute de sus derechos.

De esta parte de investigación y acción se encargan investigadores profesionales con los que cuenta nuestra organización; la otra parte de acción, y en muchos casos la más importante, es la que hacemos los activistas miembros de Amnistía Internacional, la cual va alineada con la misión de impedir y poner fin a los abusos graves contra el derecho a la integridad física y mental, a la libertad de conciencia, de expresión y a no sufrir discriminación.

Amnistía Internacional se basa en una serie de principios rectores que son la base de nuestro trabajo. Uno de esos principios es la solidaridad internacional: los derechos humanos trascienden las fronteras nacionales, y Amnistía Internacional se fundó en la creencia de que la protección de los derechos humanos es una responsabilidad internacional. No importa de dónde provenimos ni nuestras creencias, lo que decidamos hacer por víctimas o temas de derechos humanos lo hacemos juntos y eso es lo que nos hace fuertes; así, desde distintas partes del mundo, hombres y mujeres propagamos una sola voz en favor de los derechos de personas LGBT.

Otro principio es la acción eficaz en favor de víctimas concretas: Amnistía Internacional procura que sus informes reflejen su situación y narren su experiencia, muestra el sufrimiento humano que hay detrás de las estadísticas. Es decir, este organismo otorga un rostro a los números. El ponerle rostro a las estadísticas ayuda, en principio,

a lograr que los gobiernos, primero, sepan de quiénes hablamos, eso en ocasiones ayuda a que se proteja a las víctimas. Ya no es fácil ejercer un abuso en contra de alguien que tiene un seguimiento de la comunidad internacional, la cual está enterada de su situación; además, nos ayuda a sensibilizar a la gente para que realice acciones en apoyo a estos casos, como firmar cartas dirigidas a los gobiernos a favor de que la situación de estas personas se resuelva.

Este tipo de acciones que realizamos como voluntarios las denominamos *acciones urgentes*, que en concreto son cartas a los gobiernos transmitiéndoles que están faltando a sus atribuciones. En esas acciones urgentes hacemos peticiones concretas en favor de una víctima, por ejemplo, solicitar la liberación inmediata de quienes, como los denomina Amnistía Internacional, son presos de conciencia: todas aquellas personas encarceladas sólo por sexo, raza, religión u orientación sexual.

Para Amnistía Internacional, una persona que ha sido encarcelada a causa de su orientación sexual es motivo suficiente para exigir a los gobiernos su liberación inmediata; entonces, los voluntarios nos movilizamos para emitir cartas a dichos gobiernos. Esta acción se hace de manera persistente hasta que la persona es liberada. En casos de homicidios u otros abusos, se hacen acciones en las que se pide a los gobiernos que los hechos se esclarezcan y se lleve a los responsables a que se les imparta justicia. Por otra parte, mantenemos también un principio de imparcialidad: Amnistía Internacional no apoya ni se opone a ningún gobierno o sistema político; tampoco apoya ni se opone a las opiniones de las víctimas cuyos derechos intenta proteger.

No apoyamos ni nos oponemos a ningún gobierno, lo que nos interesa es que esos gobiernos se encarguen de hacer su tarea de proteger y garantizar que las personas LGBT tengan un pleno disfrute de sus derechos.

Tampoco apoyamos ni nos oponemos a las opiniones de las personas LGBT, simplemente nos importa que sus derechos sean respetados, pues no somos jueces de sus acciones ni de su situación personal; nos ocupa que sus derechos sean respetados en el marco de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* en la que a nadie se le niegan sus derechos, pues son universales y los tienen por el simple hecho de ser personas.

Además de que observamos la defensa de los derechos de personas LGBT, en cada uno de nuestros principios rectores procuramos que haya siempre acciones en favor de los derechos de la comunidad LGBT en cada una de las campañas mundiales que realizamos. Hace dos años sostuvimos una campaña mundial en contra de la tortura, en la que uno de los temas importantes era la tortura y maltrato empleados por la orientación sexual; hoy en día mantenemos un trabajo muy activo con la *Campaña mundial para combatir la violencia contra la mujer* donde las lesbianas y transexuales están incluidos en nuestras estrategias de acción, en un contexto de reconocimiento de sus derechos sexuales.

Los derechos de las personas LGBT se ven cubiertos en cada uno de nuestros principios rectores y en cada una de las acciones que como organización llevamos a cabo, pues como se ha mencionado en la misión, nuestra lucha es y será siempre en contra de la discriminación de cualquier persona, y como ya lo mencionamos, las personas LGBT sufren de abusos, tratos crueles, inhumanos y degradantes que tienen su origen en la discriminación.

Hoy en día seguimos haciendo recomendaciones a los gobiernos en la búsqueda de respeto a los derechos de las personas LGBT; estas recomendaciones, principalmente, son:

- Anular todas las leyes que penalizan la homosexualidad.
- Condenar la tortura, independientemente de quien sea la víctima.

- Proteger a las personas de las torturas bajo custodia.
- Prohibir el tratamiento médico forzoso.
- Poner fin a la impunidad.
- Proteger a las personas LGBT frente a la violencia en su comunidad.
- Proteger a los refugiados que huyen a causa de la tortura por razón de su identidad sexual.
- Proteger a los defensores de los derechos de las personas LGBT.
- Reforzar la protección internacional.
- Combatir la discriminación, garantizando una mayor protección jurídica frente a los abusos homófobos mediante la adopción de disposiciones que prohíban todas las formas de discriminación basadas en orientación sexual o identidad de género.
- Empezar y respaldar campañas públicas contra la discriminación para concienciar a los ciudadanos sobre la necesidad de proteger y respetar el derecho de todas las personas, incluidas las LGBT, además de apoyar el trabajo de organizaciones que luchan en contra de la discriminación.

Otro componente fundamental de trabajo de Amnistía Internacional es la educación en derechos humanos. Sabemos que ésta es sin duda una herramienta básica para los grupos vulnerables y la comunidad en general, pero también necesaria para los agentes del Estado, pues son quienes los violentan.

Dentro del marco general del programa de Amnistía Internacional queda inserto el trabajo por los derechos de las personas LGBT que no es la lucha por derechos nuevos, simplemente es la lucha por un reconocimiento de sus derechos a ser personas.

Y, finalmente, en la línea de educación y respeto de los derechos humanos quiero concluir mi participación pues es importante reconocer que hay responsabilidades que no sólo corresponden a los Estados, también hay responsabilidades directas para sectores específicos como el sector salud o el sector educativo.

Hoy es nuestra responsabilidad, como activistas, profesionales de la salud y como individuos integrantes de la sociedad, cambiar actitudes, conductas y lenguajes que en un mínimo o alto grado alimenten la discriminación, actitudes o conductas que van desde la complicidad, la indiferencia, y hasta el silencio, pues de nada servirían leyes, tratados internacionales, reformas ni campañas, si los cambios no surgen desde el ámbito individual, familiar y social.

La no discriminación como derecho humano: el caso de la homofobia

Ricardo Hernández Forcada

El derecho a la no discriminación

En México, el derecho a vivir libre de discriminación, consecuencia del derecho a la igualdad, se encuentra garantizado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por diversos tratados internacionales y legislación secundaria federal.

El artículo 1° constitucional en su párrafo tercero, a la letra dice:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana.

Por su parte, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, reglamentaria del artículo 1° Constitucional, en su artículo 4° establece:

Para los efectos de esta ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción, que basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones.

Además, el artículo 9º señala que:

Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades.

A efecto de lo anterior, se consideran como conductas discriminatorias (entre otras) realizar o promover el maltrato físico o psicológico por la apariencia física, forma de vestir, hablar, gesticular o por asumir públicamente su preferencia sexual [...]

Realidad de la discriminación homofóbica

Por desgracia, la discriminación es un fenómeno persistente en nuestro país. Así lo han mostrado diversos indicadores; por ejemplo, la Comisión Ciudadana contra Crímenes de Odio por Homofobia en su Informe de 2003 reporta que de 1995 a esa fecha se registraron 280 asesinatos contra homosexuales (hombres y mujeres), lo que equivale a 35 homicidios por año y cerca de tres por mes.

Por su parte, la *Encuesta Nacional de Cultura Política y Prácticas Ciudadanas* que dieron a conocer la Secretaría de Gobernación y el Instituto Federal Electoral en el año 2001 reveló, entre otras

cosas, que el 66% de los encuestados no compartirían el techo con un homosexual. Así también, en la *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México* que dieron a conocer, en mayo de 2005, la Secretaría de Desarrollo Social y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), se puede apreciar la persistencia de concepciones homofóbicas que dan pie a la discriminación. Incluso los propios afectados así lo manifiestan: “Una de cada tres personas (30.4%) pertenecientes a dichos grupos dice haber sido segregada por su condición durante el último año”.

El estudio también expone que el 48.4% de los encuestados señala que con la persona con la que menos estarían dispuestos a compartir su casa sería con un homosexual.

Homofobia en los servicios de salud

El Instituto Nacional de Salud Pública realizó un estudio que se denominó *Mo Kexteya* a cargo de los investigadores René Leyva Flores, Kenneth Morrison Metke y Silvia Magali Cuadra Hernández, que exploró las características de estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH o SIDA en los servicios de salud (INSP, *Letra S*, Policy, Red Mexicana de Personas Viviendo con VIH/SIDA, Colectivo Sol, Frenpavih, Medilex y CENSIDA).

La investigación se efectuó en tres entidades federativas: Yucatán, Estado de México y Distrito Federal, y se entrevistó a 373 profesionales de la salud (131 hombres y 239 mujeres [sic])* que prestan sus servicios en tres sistemas de salud: IMSS, ISSSTE y SSA. De estos

* http://www.policyproject.com/Special/MoKexteya_Final%20Rpt%20Diagnostic%20Phase_1.pdf

profesionales, el 65% había completado al menos un grado escolar, 45% eran médicos y 40% enfermeras.

Los resultados de este estudio son muy significativos:

- El estigma está relacionado con una reacción negativa a la homosexualidad, promiscuidad y, en algunos casos, a la pobreza.
- Casi una cuarta parte de los 373 profesionales de la salud entrevistados piensa que la homosexualidad es causa de SIDA en México.
- Más del 25% dijo que no compartiría una casa con un homosexual, aunque sólo el 13% dijo que no compartiría una casa con una persona viviendo con VIH (PVVIH).
- Casi tres cuartas partes opinaron que las PVVIH eran culpables de su condición.
- El 87% dijo que la prueba de VIH debía ser voluntaria, muchos opinaron que ésta debía ser obligatoria para ciertas poblaciones; el 86% piensa que debe ser realizada a los trabajadores sexuales; el 66% dijo que a los hombres que tienen sexo con hombres, y el 55% dijo que a todos los extranjeros.
- Aun cuando el 90% opinó que no se debería hacer pública la información sobre el estado del VIH, casi el 40% expresó que los patrones tenían el derecho de conocer el estado de sus empleados.
- Se pudo observar que en algunos hospitales tenían procedimientos para distinguir a los pacientes VIH positivo mediante marcas visibles como bandas en la muñeca de algún color y con un código.
- Muchos profesionales de la salud opinaron que era mejor aislar a los pacientes con VIH. El 74% expresó que el

aislamiento era para proteger a los pacientes de infecciones que pudieran tener otros pacientes; el 46% dijo que para proteger a otros pacientes de los que tienen VIH o SIDA, y casi el 30% dijo que para proteger al equipo de médicos.

- Aun cuando el 75% estuvo de acuerdo en que las precauciones universales son suficientes para las PVVIH, casi el 50% dijo que utilizarían precauciones adicionales si ellos sospecharan o supieran que alguien fuera VIH positivo.
- Debe mencionarse que el 15% de esos entrevistados mencionó que podían identificar visualmente a una persona con VIH.
- Casi una quinta parte de los entrevistados opinó que a una PVVIH se le debe prohibir utilizar servicios públicos como albercas o baños públicos.
- El 36% expresó que no se debería permitir a los cirujanos VIH positivos realizar cirugías.
- El 60% comentó que se debería prohibir a las madres VIH positivas tener bebés.
- El 25% dijo que no compraría comida a alguien que tuviera VIH; y el 43% que no consultaría a un dentista con VIH.

¿Qué es la homofobia?

Con el término homofobia nos referimos ante todo a un prejuicio que atribuye características negativas a las personas por el solo hecho de ser o tener conductas homosexuales, o bien relacionadas con la homosexualidad, por ejemplo, hacia personas que simplemente parezcan serlo, de acuerdo con ciertos estereotipos cultural y socialmente generados, que por sí mismos denotan una asignación arbitraria y por tanto prejuiciosa.

La homofobia y sus efectos

La homofobia, así, se vuelve una condicionante para una serie de situaciones que comprometen la convivencia civilizada, la atención de problemas de salud que atañen a quienes tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, y motivan prácticas represivas, intolerantes, discriminatorias o violentas.

Homofobia y derechos humanos

La homofobia es un fenómeno sociocultural que da pie a prácticas que pueden ser violatorias de los derechos humanos. En sí misma es un problema más social que individual, más cultural que de hechos particulares. Se parece al machismo, ese prejuicio sexista que ideológicamente condiciona la aparición desde la inequidad hasta la violencia contra las mujeres.

De acuerdo con el *Marco conceptual* de Aggleton y Parker,* el estigma es un proceso social de subvaloración de las personas en razón de algún rasgo arbitrariamente identificado como negativo, que da pie a hechos concretos de discriminación y otras valoraciones a los derechos humanos.

Combatir la homofobia es combatir la discriminación

Combatir este componente ideológico contribuye sin duda a una cultura de los derechos humanos, y a una convivencia civilizada

*Aggleton, Peter y Parker, Richard, *Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2002.

y armónica entre los diferentes. La homofobia, como idea errónea, condiciona que las personas tomen decisiones o realicen conductas que afectan, entre otras, la convivencia armónica de familias, en lo particular aquellas a las que pertenecen personas homosexuales.

Homofobia y salud

Uno de los problemas de salud que la homofobia dificulta atender es el del VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), independientemente de que se asuman como homosexuales o no. Esta población es en nuestro país la más afectada por esta enfermedad. La dificultad para reconocer la propia conducta homosexual en un contexto homófobo como el nuestro, aleja a las personas tanto de las fuentes de información, de la prevención, la detección oportuna así como de mayores opciones de tratamiento.

Retos

Desde luego se corre el riesgo de volver a identificar al VIH como padecimiento propio de homosexuales, prejuicio contra el que tantos años se luchó. La línea entre el estigma y el reconocimiento de dónde se encuentra en la realidad el problema puede ser difícil de establecer, pero la claridad argumentativa de una campaña contra la homofobia puede contar con la atinencia necesaria para no confundir al receptor. Identificar al VIH como enfermedad de homosexuales es homofóbico; no identificar a la población HSH como la más vulnerable en nuestro país en parte resulta de esta misma homofobia, que es una irresponsabilidad pública.

Bioética y no discriminación

El punto de convergencia entre la bioética y el derecho a la no discriminación es el reto de lograr la igualdad de la dignidad humana. La bioética, como terreno especializado de la ética en que se estudia de manera sistemática la conducta del ser humano en relación con la vida, tiene una tarea pendiente en los problemas de la discriminación y de la homofobia, y en la manera de abordar la diversidad humana por parte de los profesionales de la salud.

La lucha contra la homofobia como contexto ideológico, de idiosincrasia para la discriminación por preferencia, orientación sexual o identidad de sexo genérica, se justifica por sí misma sobre la base de la igual dignidad de todos (derecho a la igualdad) y en la garantía a la no discriminación.

Los actos de discriminación homofóbica hacia pacientes en el ámbito de los servicios de salud muestran la urgencia del debate ético en torno a una práctica médica que se sustente en el reconocimiento de la común dignidad de todos los seres humanos y en el respeto a la ley.

Homosexualidad y derecho a la salud

Rodolfo Millán Dena

Quisiera comenzar repitiendo el relato que publicó la doctora Marina Castañeda en uno de sus últimos escritos.

Juan Pablo nació en la Ciudad de México, en una familia de clase media. Desde muy temprana edad se mostró diferente de los demás niños. Sensible y soñador, prefería estar solo que unirse al barullo de los juegos infantiles.

A los cinco años sus padres detectaron en él un singular interés por la música y decidieron inscribirlo en clases de violín, instrumento para el que reveló tener una aptitud excepcional.

Los problemas empezaron en la primaria. A Juan Pablo no le interesaba formar parte de su grupo y se negaba rotundamente a participar en juegos rudos que pudieran lastimarle las manos. Se volvió blanco de burlas y agresiones. Cada vez más aislado, Juan Pablo vivió la primaria y luego la secundaria como una pesadilla.

Ya más grande, se volvió un adolescente de facciones finas, pulcro en sus hábitos y apariencia, un “niño bonito”, como suelen decir. La persecución empeoró ya con insultos y golpes dirigidos al “maricón”, al “pinche joto”. Sus padres lo cambiaron de colegio; con grandes esfuerzos lograron inscribirlo en un colegio para ricos para darle mayores oportunidades. Ahora, aparte de ser visto como

afeminado, Juan Pablo era el pobre de la clase, y además, moreno entre los niños blancos.

Juan Pablo cursó la preparatoria aislado, incomprendido y agredido diariamente; su única salvación era el violín. En el primer instante que pudo salió huyendo, con una beca, a una excelente escuela de música en el extranjero. Hace algún tiempo regresó a México y se integró a una de las mejores orquestas del país. Pero ya era demasiado diferente, nunca acabó por adaptarse y en cuanto pudo, volvió a abandonar el país.

Esta historia, tan típica en nuestro entorno, presenta sin embargo un giro interesante. Juan Pablo, que padeció una persecución homofóbica sin cuartel, durante toda su infancia y adolescencia, ni siquiera es homosexual. Pero el Juan Pablo del relato tuvo, por lo menos, asideros a los cuales aferrarse. La mayoría de los Juan Pablos, los de otras historias, los que sí son homosexuales, pocas veces tienen oportunidades para enfrentar la vida con mejor pronóstico.

El acoso en contra de muchos homosexuales y lesbianas empieza en su propia casa. La expresión paterna o, a veces materna, de que “te prefiero muerto antes que maricón”, es una sentencia brutal de rechazo, vergüenza y temor combinados.

Los golpes a manos de los varones de la casa “para que se vuelva machito” son un castigo inmerecido, injustificado, pero cotidiano. La violencia deviene así en compañera usual.

El señalamiento por ser diferentes, el hostigamiento y la persecución a manos de los compañeros de estudio convierte la escuela en una pesadilla permanente. Muchos tienen que emigrar, en un exilio impuesto, de sus pequeñas comunidades en busca de refugio en el anonimato de las grandes ciudades. Otros, adolescentes de las grandes ciudades, incapaces para enfrentar su incertidumbre, se suicidan.

En la vida laboral, la homofobia constituye una espada de Damocles que pende persistentemente sobre la yugular de los empleados

que tienen una orientación sexual diferente. El solo hecho de manifestarse homosexual o lesbiana en el trabajo es, casi siempre, motivo de despido o causa para no ser empleados.

En la vida social, el estigma provoca que se finja. Se vive una doble vida (la que se realiza a la vista de todos y, otra, la más auténtica, que se desarrolla clandestinamente); la segregación se convierte así, en esencia, en un linchamiento social que dificulta la adaptación o la integración sociales, que a fuerza de sostener el fingimiento, deviene en neurosis.

La vida de homosexuales y lesbianas en el ámbito rural y en las pequeñas ciudades continúa rodeada de prejuicios. Poco más del 80% de quienes han solicitado refugio en los Estados Unidos y Canadá vivieron y salieron huyendo de pequeñas comunidades campesinas o serranas, donde su vida corría peligro día con día.

La propagación de la infección por VIH/SIDA no sólo fue un problema de salud, también trajo consigo consecuencias de carácter social que provocaron variadas e innumerables violaciones a los derechos fundamentales de los portadores y enfermos, muchos de ellos homosexuales.

También propiciaron, afortunadamente, entre muchas otras acciones, la organización de quienes viven con el virus, para intentar contrarrestar los efectos nocivos de tales consecuencias.

Ha sido cotidiana la denuncia de los frecuentes modos de violencia que sufren seropositivos y enfermos de SIDA en sus distintos campos de interacción social, que van desde el despido injustificado hasta el maltrato en los hospitales, así como la negativa al acceso a servicios médicos, o a medicamentos, pasando por el menosprecio y la vejación social.

Es probablemente en este campo en el que la discriminación, en su connotación de segregación, adquiere una dimensión clara y precisa debido fundamentalmente al prejuicio y a la ignorancia.

A los homosexuales y lesbianas los señalan, los censuran, los persiguen, los discriminan y los asesinan por la intolerancia del medio que los rodea.

La discriminación está basada en la pertenencia grupal y no en las cualidades o los defectos específicos de un individuo.

En sus documentos, la Organización de las Naciones Unidas dice que la discriminación es:

[un] prejuicio, odio o animosidad contra una persona en virtud de que pertenece a una raza o a un grupo étnico determinado; porque tiene cierto color de piel; porque pertenece al sexo masculino o al femenino; porque habla un idioma determinado; porque tiene ciertas opiniones políticas; porque sostiene determinados puntos de vista científicos.

Es decir, es la pertenencia al grupo lo que causa la discriminación, no los méritos o capacidades o comportamiento personal del individuo discriminado.

A esta minoría sexual se le discrimina precisamente porque sus miembros comparten factores unificadores y espontáneos que, como lo explica Vernon Van Dicke, “están esencialmente más allá del control de los miembros del grupo”.

A la causa de esta discriminación se le llama homofobia: el odio o temor irracional por quienes tienen una orientación sexual y prácticas sexuales distintas a la dominante.

La homofobia tiene su origen en la ignorancia, el prejuicio y la intolerancia. Se opone a los avances científicos sobre los temas de sexualidad y sus múltiples expresiones. La homofobia se manifiesta de manera sutil a través de la omisión o el silencio, y de forma despectiva mediante la burla, el desprecio, la exclusión.

La homofobia es motivo de que se quebranten las garantías legales y civiles, incluye la interiorización de todo un conjunto de

percepciones negativas por parte de las propias víctimas (lesbianas y homosexuales), así como la justificación social del desprecio hacia este sector de la población mexicana.

La homofobia también se expresa como violencia: agresiones verbales, insultos, persecución, asaltos, golpizas y asesinatos. De hecho, se cometen homicidios que son verdaderas ejecuciones y que atentan contra el derecho máspreciado de cualquier ser humano: la vida.

La Comisión Ciudadana contra Crímenes de Odio por Homofobia se constituyó para combatir la impunidad con la que se cometen crímenes contra homosexuales y lesbianas en México. Para dar seguimiento judicial a los homicidios ejecutados por odio homofóbico, con el fin de procurar justicia, y para pugnar por el cambio de actitud de las autoridades hacia la aplicación igualitaria de la ley.

Aunque la homosexualidad no constituye un delito en México, la desigualdad ante las instituciones y ante la aplicación de la ley es consecuencia de la homofobia institucional, social y cultural. Un ejemplo contundente es la forma en que se procura la justicia cuando se trata de crímenes contra homosexuales y lesbianas, los cuales nunca se resuelven a causa del desprecio a su orientación sexual.

- De 1995 a 2003 se encontraron 290 víctimas ejecutadas por odio homofóbico; 38 en 1995, 42 en 1996, 37 en 1997, 47 en 1998, 26 en 1999, 23 en 2000, 19 en 2001, 40 en 2002 y 18 en 2003, reflejando una tendencia promedio de tres ejecuciones por mes en el periodo. De las 290 víctimas, 15 son mujeres y 275 hombres.
- Del total del periodo destacan 126 casos en el DF, 62 en el Estado de México y 37 en Veracruz.
- El promedio de edad de las víctimas es de 28 años y oscila entre los 20 y los 40 años de edad, representando cada uno, en promedio, 45 años de esperanza de vida perdidos.

Homofobia criminal

La gran mayoría de las víctimas fue hallada muerta con extrema violencia y saña, lo que refleja la necesidad psicológica del victimario no sólo de infligir un daño a la víctima, sino de castigarlo hasta el exterminio, constituyendo una verdadera ejecución a diferencia de otros homicidios.

Homofobia institucionalizada

En la investigación policiaca de los crímenes aún impera la indiferencia, el desprecio y la negligencia por parte de las autoridades procuradoras de justicia. La calificación de estos asesinatos como “pasionales” contribuye a la extorsión policiaca y a su desatención.

Homofobia social

El silencio y la escasa presión de la opinión pública para que se investigue y esclarezca este tipo de ejecuciones justifica inconscientemente a los asesinos. Incluso, el prejuicio y el repudio a la conducta homosexual lleva a culpar a la propia víctima y a exonerar al criminal, quien actúa con la impunidad en su favor y seguro de “librar” a la sociedad de “esas lacras”.

Homofobia interiorizada

La población homosexual y lésbica no tiene aún percepción de este riesgo porque no conoce el número real de las ejecuciones homo-

sexuales; la crisis del SIDA ha fijado otras prioridades de protección y atención. El daño psicológico profundo provocado por el rechazo familiar y social torna vulnerables a muchos homosexuales, quienes se sienten desvalorizados y con una autoestima muy baja, lo que los coloca en situación de desventaja frente a sus agresores.

Y es que a los homosexuales y las lesbianas los señalan, los censuran, los persiguen, los discriminan y los asesinan sus hermanos, sus padres, sus vecinos, sus compañeros de escuela, sus profesores y sus patrones.

El problema no es la homosexualidad de las víctimas. El problema es la homofobia de la sociedad.

Por todas estas razones el combate a la homofobia debe ser una tarea cotidiana.

Aspectos médico-legales respecto a la discriminación por homofobia. Confidencialidad de datos clínicos

Agustín Ramírez Ramírez

La presente exposición se centra en la legislación existente que protege la confidencialidad de datos clínicos.

De acuerdo con la definición legal, se conoce por datos clínicos al:

conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Este conjunto de información integra el expediente clínico, cuyos elementos son:

- La información sobre la evolución y estado actual de salud de una persona.
- El sujeto —o sujetos— identificado.
- La información ordenada que permita su tratamiento adecuado.

El expediente clínico tiene la finalidad de brindar un conocimiento sobre la intervención, ya que permite al personal de salud

—sujeto(s) identificado(s)— obtener como mínimo, la información y datos necesarios para el adecuado diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico. El ordenamiento médico del expediente es fundamental.

Al equipo de médicos que interviene en el tratamiento del paciente se le denomina sujetos legitimados ya que tienen la capacidad de acceder a la información clínica. Se consideran sujetos legitimados:

- El médico tratante.
- El personal de apoyo.
- El personal directivo.
- Los médicos residentes.
- Otros médicos interconsultas.

Todos ellos tienen acceso al expediente en la medida en que cada uno de ellos colabora en su integración, o en función de las facultades que deriven de su desempeño público.

Para asegurar el tratamiento del paciente, cada uno de los sujetos legitimados debe apegarse a dos principios:

- **El secreto confidencial**, es decir, la información o conocimiento que se oculta de manera cuidadosa. El secreto confidencial es un atributo que deriva del hacer o decir en confianza, sin más seguridad que la buena fe y la opinión que de él se tiene.
- **Reserva de discreción**, así se le llama a la guarda o custodia que se hace de la información, con el fin de retener y no comunicar para que a su tiempo sea de utilidad. La reserva de discreción requiere de sensatez para formar juicio y tacto para hablar u obrar.

Legislación en materia de confidencialidad

Con el fin de garantizar, mediante la aplicación de la ley, la confidencialidad del tratamiento, existen las siguientes disposiciones:

Legislación en materia de ejercicio profesional

Artículo 36. Ley de Profesiones. Todo profesionista estará obligado a guardar estrictamente el secreto de los asuntos que se le confíen por sus clientes salvo los informes que obligatoriamente establezcan las leyes respectivas.

En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de las autoridades judiciales, administrativas, sanitarias o a las comisiones nacional y estatales de arbitraje médico existentes, para el ejercicio de sus atribuciones.

Disposiciones sobre responsabilidades de servidores públicos

Artículo 8. Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones:

Fracción V. Custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o comisión, tenga bajo su responsabilidad, e impedir o evitar su uso, sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización indebidos.

La Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental dice:

Artículo 3

Fracción II. Datos Personales. Información concerniente a una persona física, identificada o identificable, entre otra, la relativa a su origen étnico o racial, o que esté referida a las características físicas, morales o emocionales, a su vida afectiva y familiar, domicilio, número telefónico, patrimonio, ideología y opiniones políticas, creencias o convicciones religiosas o filosóficas, los estados de salud físicos o mentales, las preferencias sexuales, u otras análogas que afecten su intimidad.

Artículo 20. Los sujetos obligados serán responsables de los datos personales y en relación con éstos, deberán:

Fracción VI. Adoptar las medidas necesarias que garanticen la seguridad de los datos personales y eviten su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado.

Existe una iniciativa de Ley de Protección de Datos Personales, la cual contempla:

Artículo 9. Los organismos públicos o privados de salud y los profesionales vinculados a las ciencias de la salud, pueden recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan a los mismos o que estén o hayan estado bajo tratamiento de aquéllos, respetando en todo caso el secreto profesional, y siempre que esos datos se disocien o se conserven en beneficio de la persona.

Codificación penal, en función de su manejo por servidores públicos

En caso de que un servidor público, sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin consentimiento de quien pudiera resultar perjudicado, revelara algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido, en función de su empleo, cargo o puesto, se le impondrá una sanción o multa.

La sanción podrá ser de 1 a 5 años y la multa de 50 a 500 pesos; así como la suspensión de profesión en su caso, la cual podrá ser de dos meses a un año (cuando la revelación punible sea hecha por funcionario o empleado público, persona que presta servicios profesionales o técnicos o cuando el secreto revelado o publicado sea de carácter industrial).

Consideraciones en torno a la confidencialidad

El derecho de confidencialidad contempla los siguientes puntos:

- El paciente tiene derecho a que la información clínica se resguarde del conocimiento público.
- Sólo con su autorización puede darse a conocer la información clínica a terceros.
- Debido a que no se encuentra regulado el derecho del paciente a obtener una copia íntegra de su expediente clínico, sólo tiene derecho a obtener un resumen del mismo que debe versar sobre la información objetiva plasmada en el expediente, sin incluir anotaciones de naturaleza subjetiva que el médico haya plasmado como producto de su juicio clínico sobre los signos y síntomas del paciente.

El resumen clínico deberá reflejar los aspectos relevantes de la atención médica, como son: padecimiento, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.

Homofobia y salud

José Luis Gutiérrez Espíndola

La homofobia es una forma específica de la discriminación, probablemente una de sus expresiones más agresivas y degradantes. Pero no es un fenómeno aislado. Encuentra suelo nutritivo en los prejuicios que se transmiten inercialmente de generación en generación, en los estereotipos que irreflexivamente se reproducen en los medios de comunicación, en una cultura machista que está lejos de batirse en retirada. La homofobia es una rama más del poderoso tronco de la intolerancia social que arroja sus odiosas sombras sobre la convivencia social.

Por eso, me parece que la homofobia sólo se puede tanto entender cabalmente como combatir de manera más eficaz si se le inserta en el contexto más amplio de las actitudes y conductas de desprecio que muchas personas le deparan a todo aquello que por ser diferente les resulta incomprensible y amenazante.

Quisiera empezar por hacer algunas consideraciones sobre el fenómeno discriminatorio en general, a partir de los datos que arroja la *Encuesta Nacional sobre Discriminación* que realizó la Secretaría de Desarrollo Social y en cuya difusión está colaborando el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED).

En primer lugar, los grupos en situación de vulnerabilidad perciben con mucha claridad la discriminación de que son objeto. En efecto, nueve de cada diez entrevistados, mujeres, indígenas, personas con discapacidad, adultos mayores, de preferencia sexual distinta a la heterosexual y pertenecientes a minorías religiosas opinan que se les discrimina por su condición, y una de cada tres personas de estos grupos afirma haber sufrido discriminación en el último año, destacando también la que han padecido en el ámbito laboral.

Por otro lado y según esta encuesta, casi siete de cada diez mexicanos asocian el término “discriminación” con el hecho de dar un trato diferente o negativo a determinadas personas. Ello quiere decir que una proporción significativa de la población percibe y entiende la carga de desprecio que es inherente a la acción de discriminar.

Pero a juzgar por el resto de las asociaciones que hacen los entrevistados, no es seguro que les quede suficientemente claro que el menosprecio vinculado a la discriminación termina traducándose en restricción de derechos fundamentales y en negación de acceso a oportunidades de desarrollo para aquellas personas o grupos que poseen atributos socialmente poco valorados o que han sido etiquetados como indeseables. Esto se puede inferir del porcentaje relativamente bajo que asocia el término discriminación con alguna situación concreta de pérdida de derechos: en efecto, únicamente siete de cada cien personas dice que la discriminación limita los derechos de las personas.

¿Qué nos indica todo esto? En principio, que mientras la gente no perciba el daño, a veces irreparable, que la discriminación produce en la vida de las personas, puede existir una propensión a trivializar el fenómeno, a considerarlo negativo pero no especialmente grave, a verlo en todo caso como la expresión de simples actitudes individuales políticamente incorrectas pero intrascendentes, y no como un problema que conduce a la exclusión social y que, por ello, amerita

la intervención del Estado para restituir derechos y para combatir un problema que, a la larga, puede vulnerar la gobernabilidad misma de la democracia.

Porque si se observa bien, lo que la discriminación pone en entredicho es el principio mismo de la igualdad, es decir, el principio constitutivo de los modernos Estados democráticos en los que la igualdad es entendida no sólo como igualdad jurídica o igualdad política, sino como igualdad en el ejercicio real y en el acceso efectivo a derechos, trato digno y oportunidades de desarrollo en condiciones de equidad.

La discriminación tiene consecuencias corrosivas sobre la convivencia democrática y la cohesión social porque a partir de determinadas diferencias (no todas sino algunas pacientemente codificadas por el prejuicio), la discriminación favorece un ejercicio desigual de derechos, lo que no sólo legitima desigualdades sociales, sino que las genera, las reproduce y las profundiza.

Las diferencias sobre las que pesa algún estigma social se convierten en objeto de discriminación, pero la intensidad de ésta varía. Algunos grupos en los que gravita algún estigma apenas si producen en los demás recelo cuando no compasión; otros, en cambio, suscitan miedo e incluso odio. En otras palabras, algunos grupos discriminados activan una cierta consideración social: se les sigue discriminando pero al mismo tiempo se les ve como grupos merecedores de apoyo social y gubernamental. En cambio, para otros grupos no hay concesiones: pareciera que se ve como merecida la discriminación de que son objeto.

Según la citada *Encuesta Nacional*, en el primer caso se encuentran los adultos mayores y las personas con discapacidad. La consideración social que suscitan hace que la discriminación que se ejerce contra ellos comience a verse cada vez más como impropia e insostenible. En el segundo caso se encuentra, señaladamente, la comunidad con preferencias sexuales distintas a la heterosexual, la cual

provoca en amplios sectores sociales un rechazo visceral, merced a prejuicios profundamente arraigados.

Esta percepción dual se ve corroborada por los resultados de la ya referida *Encuesta Nacional*, según la cual en el imaginario social pareciera haber, por un lado, el grupo de los discriminados que suscitan consideración, y por otro, el de los discriminados que “se lo merecen”. Por ejemplo, al hablar de los adultos mayores, siete de cada diez entrevistados piensan que el gobierno los debería apoyar en la búsqueda de trabajo. En contraste, sólo tres de cada diez piensan que el gobierno debería alentar políticas de inclusión laboral en el caso de personas con una preferencia sexual diferente a la heterosexual.

La homofobia, el miedo y rechazo irracionales hacia las personas con una preferencia sexual distinta a la heterosexual, sobre quienes se ejerce el desprecio, la burla y, en situaciones extremas, la violencia asesina aflora en la encuesta. Por ejemplo, en la pregunta acerca de si los entrevistados estarían dispuestos a convivir en su propia casa con personas de distinta religión, raza, nacionalidad, origen étnico, preferencia sexual o con personas con discapacidad, el mayor número de respuestas negativas fue para el caso de los homosexuales. Casi la mitad de los encuestados dijo no estar dispuesto a permitir que en su casa vivieran personas homosexuales (48%). Cabe señalar que los porcentajes son sensiblemente menores cuando la pregunta se refiere a indígenas y personas con discapacidad.

Más de la mitad de los entrevistados atribuyó los problemas de las personas homosexuales para relacionarse con los demás a su propia preferencia sexual, a su comportamiento y a su forma de vida, en una actitud muy típica de culpabilizar a los excluidos de su propia marginación. Apenas menos del 20% atribuyó esos problemas a la discriminación y al rechazo social de que son objeto.

No es raro que en estas circunstancias, la comunidad de lesbianas, *gays*, bisexuales, transgéneros y transexuales (LGBT) se sienta discriminada. La propia encuesta incluyó un estudio de caso con entrevistas a personas de la comunidad homosexual, el cual revela que el 94% percibe discriminación; que más de la mitad asume que los principales obstáculos para salir adelante tienen que ver precisamente con la discriminación y la falta de oportunidades y, finalmente, que más del 70% considera la discriminación como el mayor sufrimiento a que se enfrentan las personas con distintas preferencias sexuales.

Ahora bien, el hecho de referirnos a una encuesta de percepciones y actitudes no debe hacernos olvidar que esas actitudes subjetivas de desprecio se traducen en conductas individuales y en prácticas sociales que limitan la vida de los discriminados, porque la convierten en una vida sin derechos: sin derecho a la educación, sin derecho a un trabajo bien remunerado, sin derecho a un trato digno en los servicios de salud, sin derecho incluso a proclamar públicamente una preferencia o una identidad por temor al escarnio, a la marginalidad y a la persecución.

Por lo tanto, la lucha antidiscriminatoria sólo puede concebirse como una lucha a favor de la restitución de derechos a quienes los han perdido *de facto* por poseer un estigma social. Restituir derechos a la comunidad LGBT implica remover prejuicios, reformar leyes y reorientar políticas públicas.

La tarea no es sencilla, aunque se ha venido avanzando en varios terrenos, incluido el legal. En el año 2001, como se sabe, se introdujo la cláusula antidiscriminatoria en el párrafo tercero del artículo primero constitucional que establece el derecho a la no discriminación pero que tímidamente enunciaba entre las expresiones de la discriminación la motivada por las “preferencias”, así nada más, sin apellido, como si se tratase de cualquier preferencia, por ejemplo las deportivas o las gastronómicas.

Dos años más tarde, la promulgación de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación dejó atrás las elipsis y los eufemismos para incluir por su nombre a las preferencias sexuales entre los motivos de la discriminación, además de establecer explícitamente como conducta discriminatoria la de realizar o promover el maltrato físico o psicológico por la apariencia física, forma de vestir, hablar, gesticular o por asumir públicamente su preferencia sexual.

Por otro lado, dos ordenamientos legales del Distrito Federal prohíben también de manera explícita la discriminación por preferencia sexual: el Código Penal y la Ley de Seguridad Pública. Lo mismo ocurre con los códigos penales de Aguascalientes y de Chiapas.

Falta mucho por hacer. Algunas de las propuestas de reforma legal que se han formulado son:

- Reformar el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo para precisar qué son los “actos inmorales” e impedir su aplicación discriminatoria sobre la comunidad LGBT.
- Modificar el Código Penal Federal para tipificar los actos discriminatorios e introducir a la discriminación como una agravante de hechos constitutivos de delito.
- Reformular las leyes penales para permitir a las asociaciones civiles y organismos no gubernamentales interesados dar seguimiento judicial a las denuncias por discriminación, o que se les reconozca como coadyuvantes del Ministerio Público en el caso de los llamados “crímenes de odio por homofobia”.
- Introducir en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos el principio de no discriminación, en particular por la preferencia sexual, estableciendo sanciones en caso de incurrir en ella.

En materia de política pública, algunas de las numerosas propuestas que se han vertido son las siguientes:

- Introducir en los planes y programas sectoriales medidas destinadas a combatir la discriminación por motivos de preferencia sexual.
- Garantizar el acceso a la seguridad social y a los programas de vivienda a las parejas del mismo sexo.

Y en materia de reforma cultural se ha sugerido, entre otras cosas, lo siguiente:

- Introducir en los programas educativos de distintos niveles el respeto a la diversidad humana en general y en particular a las diversas preferencias sexuales.
- Desplegar campañas de información, sensibilización y capacitación orientadas a crear conciencia pública sobre el problema de la homofobia y la manera como ésta afecta derechos de la comunidad LGBT.

En el CONAPRED no tenemos dudas acerca de la intensidad de la discriminación existente hacia la comunidad LGBT. Por eso estamos convencidos de que el combate a la homofobia es una de las grandes prioridades de la lucha antidiscriminatoria en México.

En esa línea, no hemos dudado en coordinarnos con CENSIDA, ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud con el fin de lanzar una campaña para luchar contra la homofobia, modesta en sus alcances pero pionera en su género. Ni tampoco hemos dudado en hacer nuestra la propuesta de organismos civiles nacionales e internacionales de impulsar una jornada contra la homofobia y convertir al 17 de mayo en el Día Internacional de Lucha contra la

Homofobia, como una manera simbólica de recordarnos la asignatura que tenemos pendiente de coadyuvar a hacer realidad para los miembros de la comunidad LGBT y para la sociedad toda el disfrute de una vida con derechos: la única que merece llamarse vida digna.

MITOS Y REALIDADES
MITOS Y REALIDADES
SOBRE LA ORIENTACIÓN
SEXUAL

Homofobia y salud

Lore Aresti

La homofobia es una realidad en nuestro país; realidad que permea toda la estructura social y todos los sistemas sociales de asistencia: el sistema educativo, el sistema de salud, etcétera.

La nuestra es una sociedad atravesada por un profundo desconocimiento de los temas básicos de la sexualidad en general, y de la “sexualidad minoritaria” en particular. La presencia del prejuicio homofóbico, dentro de todas las redes relacionales de nuestra sociedad, valida el miedo que los adolescentes homosexuales, transexuales, lesbianas y bisexuales tienen para hacerse visibles y, en muchos casos, el miedo para aceptarse a sí mismos sin vergüenza y sin culpa alguna.

La homosexualidad forma una parte cada vez más visible de nuestra realidad. A nivel legal, tanto la homosexualidad como la heterosexualidad son orientaciones sexuales aceptadas en la letra; sin embargo, la aceptación de la diversidad sexual, como postura mental “políticamente correcta”, no presenta un desarrollo paralelo en términos de aceptación emocional profunda y real de lo otro, de lo diferente.

Tanto en el sistema educativo como en el sistema de salud, hombres y mujeres homosexuales, jóvenes o adultos, experimentan, de manera casi permanente, actitudes homofóbicas abiertas, obvias o brutales; o

bien, sutiles, sofisticadas y no violentas, pero profundamente discriminatorias. Cualquiera que sea la forma que tome la respuesta homofóbica, el fondo es siempre el mismo: provoca en los homosexuales una experiencia que los vulnera en lo más íntimo de su identidad.

Para que exista la posibilidad de relaciones de igualdad entre todos, es importante que cuestionemos y analicemos las actitudes y los valores que se asumen en contra de las personas homosexuales.

La ausencia de un conocimiento real mínimo sobre la cuestión homosexual genera conflictos sexuales, problemas a veces insuperables dentro de la familia, y un profundo daño a los seres humanos que son vistos y se asumen diferentes, disonantes con las expectativas de género mayoritarias. Es necesario hacer notar que las mujeres se muestran más respetuosas y más informadas en relación con la diversidad. En lo que se refiere a los varones, a la mayor parte de éstos le es difícil cuestionarse qué les pasaría si se sintieran atraídos por alguien de su mismo sexo, y un amplio porcentaje responde: “eso es imposible, por lo menos en mi caso”.

La homofobia enclaustra al género femenino y masculino en roles de género rígidos, estáticos y esclavizantes, lo cual disminuye para ambos sexos las posibilidades de ser expresivos y creativos, es decir, con la posibilidad de reinventarse a sí mismos cada día.

Así como cada vez un mayor número de hombres y mujeres homosexuales asumen con fuerza y dignidad su orientación sexual, de igual manera aumentan las respuestas homofóbicas; y frente a éstas, el silencio culpabilizador, vergonzante y prejuicioso de autoridades de los sectores educativos y de salud.

Las consecuencias del rechazo, de la discriminación o del ocultamiento de aquellos que no viven su sexualidad como la mayoría, son generalmente casos devastadores. Es importante aclarar que la problemática y la angustia a la que se enfrentan y en la que viven estas personas, no se ubica en su sexualidad sino en el entorno

hostil en el que se desenvuelven. El sistema de transmisión de estereotipos en relación con la homosexualidad, daña no sólo a los homosexuales sino a toda la sociedad. La homofobia, como una de las características estructurales de la sociedad patriarcal en general, pone barreras y levanta muros interiores, especialmente entre los varones, que se ven obligados a un desarrollo emocional en el cual la premisa fundamental es el rechazo de lo que se entiende como femenino: emociones, afectos, solidaridad, compasión.

¿Qué es la homofobia?

Es una actitud agresiva y hostil en relación con los homosexuales, sean éstos hombres y mujeres. Junto con la xenofobia y el racismo constituye una manifestación arbitraria, prejuiciosa y proyectiva que consiste en señalar al otro como inferior o como anormal. La homofobia tiene similitudes con todas las formas de discriminación que los seres humanos imponemos sobre los otros; sin embargo, presenta diferencias claras y muy específicas.

Las personas que sufren discriminación racial, de cultura, de etnia o religiosa suelen contar con un respaldo familiar. Los homosexuales sufren la opresión de manera más aislada, ya que además de no contar con el apoyo familiar, suelen ser discriminados, muchas veces dentro del ámbito de su propia familia.

¿Por qué se presenta la homofobia?

La homofobia es un fenómeno sumamente complejo; sin embargo, podemos resaltar un conjunto de causas que, hemos constatado, contribuyen a formarla y mantenerla.

- En las sociedades patriarcales prevalece la visión de que la heterosexualidad es la única forma de normalidad sexual, negando la presencia real de la homosexualidad y/o reduciéndola exclusivamente a sus aspectos genitales; no se quiere ver que la homosexualidad, al igual que la heterosexualidad, está relacionada con afectos, sentimientos, creencias, necesidades y con el amor. En este sentido, la homofobia es una herramienta de control para que las estructuras que constituyen el orden sexual patriarcal se mantengan firmes.
- Existe la llamada “justificación filogenética”, la cual asegura, en términos generales, que, debido a que los homosexuales no son procreadores, ponen en peligro la continuidad de la especie.
- Muchas personas perciben la homosexualidad como dañina y peligrosa para el mantenimiento de los valores y las normas sociales, en tanto perciben la conducta de los homosexuales, hombres y mujeres, como sucias, inmorales y anormales.
- En general, los homosexuales no se adecuan a los roles masculino/femenino que el patriarcado tradicional impone como correctos. El comportamiento de los homosexuales desafía, para muchos, lo que se espera de alguien por el hecho biológico de haber nacido con una anatomía de hombre o de mujer.
- En la construcción tradicional de la identidad del género masculino, el aprendizaje del papel de hombre se lleva a cabo, básicamente, en oposición constante al de la mujer. Para la inmensa mayoría de los hombres, la pasividad es vista como una actitud femenina, y el afecto o sexo entre hombres pone en peligro la frágil identidad masculina. El miedo a perder ésta, aceptando la posibilidad

de ser homosexual origina en los hombres “machos” comportamientos homofóbicos. El homosexual es visto como fantasma de lo masculino, es por ello que la homofobia ni siquiera se dirige a personas reales, sino a una amenaza que puede poner en peligro el trágico juego de la *dominación masculina*.

La cultura occidental patriarcal necesita para entender el mundo un ordenamiento en categorías opuestas: bueno/malo, arriba/abajo, derecha/izquierda, hombre/mujer. Así, todas las categorías polares sean de raza, clase, género, sexualidad, tienen como objetivo organizar de manera intelectual las divergencias. Para eso se asume, de manera casi fundamentalista, que sólo existe una orientación sexual, un género, una clase o una raza que, por naturaleza, es la única correcta frente a otra forma desviada.

Todo lo que no encaje en esta estructuración forzada de lo normal produce miedo porque nos enfrenta a lo desconocido.

La homofobia surge como reacción de intolerancia a la diversidad. El miedo, sobre todo a lo desconocido, que puede estar dentro de mí, está detrás de la mayor parte de las actitudes intolerantes homofóbicas.

Recordemos a Foucault cuando afirma que el control sobre la sexualidad es la forma más fuerte de control económico y social que se pueda ejercer. La homofobia es una realidad en todas nuestras relaciones sexuales, y esta postura causa innumerables y devastadores sufrimientos en todos los hombres y mujeres que tienen que enfrentar su diversidad sexual. Esperamos que a partir del trabajo constante en contra de todas las formas de prejuicio hacia el otro logremos que algún día, hombres y mujeres, homosexuales, transexuales y bisexuales, puedan vivir su sexualidad con la misma aceptación, confusión y complejidad con la que los heterosexuales la experimentan.

La sexualidad del organismo humano tiene pensamientos simbólicos cuyos deseos, fantasías, pasiones, expectativas y necesidades subjetivas convierten su relación sexual en una cascada de experiencias vitales, más allá de la pura sexualidad biológica del resto de los animales.

El discurso homofóbico como expresión de la discriminación sexual

María de la Luz Sevilla González

¿Existe el “discurso homofóbico” como subtipo de discurso específico?

Al iniciar con una pregunta acerca de la existencia del “discurso homofóbico”, necesariamente tenemos que remitirnos al interlocutor para reflexionar acerca de las tipologías del discurso; al analizar si existe un discurso específico como es el homofóbico, debemos integrar otra pregunta: ¿qué características podemos encontrar en un discurso de este tipo? La respuesta será resuelta en este artículo que tiene como objeto fundamental hacer reflexionar al lector sobre la condición de que la cultura moldea al sujeto, su lenguaje y su pensamiento. El tipo de respuesta que el sujeto tiene ante una situación específica es relativamente previsible, como lo han sugerido algunos autores.¹

¹ Michel Foucault, *El orden del discurso*, Madrid, Tusquets, 1980; Pierre Bourdieu, *El sentido de la práctica*, Madrid, Taurus humanidades, 1991, y Clifford Geertz, *Conocimiento local, ensayos sobre la interpretación de las culturas*, Barcelona, Paidós, 1994.

Es difícil aceptar el presupuesto de que muchos de nosotros participamos en estas actitudes de menosprecio, discriminación, marginación y rechazo hacia los grupos que tienen distintas prácticas a las de la mayoría de los sujetos; más aún, contra quien tiene una preferencia sexual distinta a la heterosexual. La actitud ni siquiera es percibida por la mayoría de los sujetos como prácticas discriminatorias porque se consideran estas actitudes como aceptables y válidas, la respuesta es compartida así como los prejuicios y valorizaciones.

La lingüística pragmática define al discurso específico de un grupo como “la unidad constituida de funcionamientos discursivos que se articulan entre sí”. Son estos funcionamientos develadores de sentidos ocultos en el habla de los sujetos.² En el presente trabajo tomamos en consideración que el discurso en el sentido más amplio son las palabras, los símbolos, las fotografías, el cine y los comportamientos humanos, la historia, los códigos, la literatura, la pintura.

Para Michel Foucault³ “La historia está constituida de acontecimientos discursivos”; para él, todas éstas son prácticas discursivas. Desde la corriente de la escuela francesa del discurso, todo tipo de discurso está formado por una estructura que conforma la denominada *grille*, que no es más que una red o malla en la cual se cruzan y entrecruzan sistemas estructurados de relaciones: políticas, simbólicas, psicológicas, culturales, económicas, religiosas, míticas, históricas.

A esto se le llama ejes semánticos. Esto muestra lo complicado que puede ser un discurso y las regiones que hay que develar para entender el potencial de información y datos que existen en el discurso

² Bourdieu, *op. cit.*

³ Foucault, *op. cit.*

de un sujeto. Para descubrir cómo funcionan estas estructuras hay que develar los ejes semánticos que las conforman, los implícitos, los silencios, el tono de las palabras y el sentido.

La autonomía como ilusión

El filósofo francés Michel Foucault dice que el sujeto tiene la ilusión de que es autónomo y libre en la toma de decisiones:

En toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y distribuida, por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad.⁴

Foucault refiere que el discurso está controlado por estructuras invisibles como la ideología, la educación formal y no formal; es decir, la cultura que moldea al sujeto y lo define como perteneciente a un grupo. Este autor define al sujeto casi como un hombre programado. Cuando menciona los poderes y peligros se refiere al poder que tiene la palabra para convocar, solicitar, perdonar, sancionar, prohibir, excluir y ofender, la lista podría parecer interminable. Pero en la última línea este sujeto que pudiera ser programado o moldeado por la cultura puede escapar a su pesada y temible materialidad. Foucault dice que por esta razón los hombres son sujetos domados. Tomando en cuenta que también existen sujetos que escapan a esta programación con base en su racionalidad y en el ejercicio de su autonomía.

⁴ *Idem.*

Así, el discurso homofóbico se refuerza en los distintos ámbitos de socialización del sujeto, en el ámbito familiar, el escolar, dentro de las instituciones religiosas, laborales, sociales y afectivas.

Este discurso, el homofóbico, también se reproduce en el área de la salud: en el hospital, en la administración, en los consultorios, en los dispensarios y en general en todos los servicios donde se realizan prácticas médicas. Y es precisamente en esta región donde se debe trabajar con el personal sanitario para evitar la homofobia, porque aquí las repercusiones podrían ser mayores. El personal de salud debe ser educado y orientado para mantener un respeto a la autonomía del paciente, de sus creencias y preferencias.

Otras preguntas surgen en este contexto: ¿por qué razón se refuerzan las actitudes de rechazo y discriminación hacia los grupos homosexuales? ¿Cuáles son las razones que inquietan a los sujetos heterosexuales contra quienes tienen preferencias sexuales distintas? La respuesta la da Foucault, quien aclara que:

Existen dos voluntades que mueven al hombre, la del poder y la de la sexualidad. Es en esas dos regiones donde la malla, *grille*, se encuentra más apretada y donde es más difícil de analizar.⁵

El discurso homofóbico se materializa en esa segunda región de la sexualidad, donde es más difícil analizarlo porque se encuentra atravesado por un sinnúmero de ejes semánticos que complican más el análisis del fenómeno. El tabú hacia la sexualidad —la región que pertenece al espacio de la intimidad—, los prejuicios sexuales, el sistema de creencias, la moral, la educación masculinizada, la inequidad de género son ejes que se cruzan y refuerzan entre sí unos a otros;

⁵ *Ibidem*.

también aquí es donde se reproducen las mismas estructuras, y donde cabe como posibilidad un cambio de actitud si se desea.⁶

Para entender que el discurso tiene un cuerpo y organización interna, vayamos al espacio de lo que es la *norma*, donde sólo cabe como *normal* lo que la mayoría hace o dice en un contexto específico. El sentido común dicta que aquello que no es “normal” es “anormal”, por tanto es algo “enfermo” y habrá que considerarlo para ser atendido como “enfermedad” hasta lograr que se adapte a los requisitos que la mayoría establece como *normales*.

No es bioético aceptar las normas que las mayorías establecen; las minorías también tienen derecho a existir, a ser tratadas en los mismos términos que cualquier ciudadano mexicano. Los derechos no se establecen con base en una relación porcentual ni cuantitativa. De otra forma no se entiende a la diversidad como una riqueza, vivimos en un mundo plural donde caben expresiones distintas y donde los parámetros de juicios de valor basados en lo que las mayorías consideran “normal”, no son juicios donde se manejen la equidad, la justicia y el respeto a la autonomía.

El discurso homofóbico tiene una circulación en los espacios de la cotidianidad, es parte del sentido común de los sujetos; razón por la cual cuesta más trabajo observarlo y detectarlo. También se expresan como subtipos de discurso de los trabajadores de la salud. Basta agudizar un poco los sentidos y el razonamiento para comprender que está ahí, que algunas personas emiten prejuicios y juicios discriminatorios que muestran estructuras que producen y reproducen esquemas de valores y juicios sobre algunas prácticas. Un ejemplo de ello son

⁶ De la misma forma en que se genera un discurso homofóbico se pueden utilizar las mismas estructuras para cambiar de sentido y volverlo un discurso de la diversidad. Foucault aclara que se puede esquivar su pesada y temible materialidad.

los comentarios siguientes que corresponden a médicos a quienes se les cuestionó sobre su actitud frente a la práctica homosexual de algunos pacientes:

- “Yo no tengo nada en contra de los homosexuales, pero no considero justo que se les permita casarse y mucho menos adoptar a un inocente. ¿Te imaginas...?”
- “Los homosexuales son indiscutiblemente enfermos, que no me digan lo contrario porque no lo aceptaré nunca, ni lo entenderé, así fui educado.”
- “Me considero muy liberal, pero cuando empiezan a hacerse cariños y demás, eso sí que me da asco, qué quieres, no lo acepto del todo.”

En estos tres tipos de respuestas existe una actitud discriminatoria. En ninguno de los tres casos se acepta el derecho que todo sujeto tiene a ser libre para elegir sus preferencias y para expresar su afecto.

¿En dónde queda la definición de que en una sociedad lo que priva es la diferencia, no la homogeneidad? ¿Y qué hay de esa característica de la diferencia que es la que precisamente enriquece la diversidad? También existen discursos contruidos sobre la base de la conveniencia, se repiten de manera automática sin tomar en consideración que debe haber una correspondencia entre el decir y el hacer. Si la bioética no cuenta con esta condición, entonces se hace cualquier otra cosa menos bioética.

Este tipo de discursos fueron emitidos en un campo de trabajo específico, en el de la salud, donde el comentario personal se ha realizado como una expresión de la cotidianidad. Es ahí donde hay que verificar el tipo de respuesta que los sujetos tienen, es ahí donde los sujetos explicitan lo que piensan sin reflexionar.

No pasa lo mismo en los espacios donde se cuida y se modera el lenguaje como en un encuentro de conferencistas, o cuando se dicta una cátedra magistral. Porque ahí se ha cuidado, moderado y pulido la forma de hablar y de contestar a una pregunta. Ahí se puede cuidar el no mostrar una respuesta homofóbica o discriminatoria, se puede hablar de equidad y de igualdad de derechos para mostrar una imagen más democrática. Es en el discurso cotidiano donde se muestran con mayor claridad los prejuicios sexuales y homofóbicos de algunos trabajadores de la salud.⁷

Cuando Clifford Geertz analiza el comportamiento en el ámbito del sentido común expresa lo siguiente:

[...] quiero centrarme en una dimensión de la cultura que no suele asociarse a la idea de orden que encontramos en esos distritos más familiares. Me refiero al *sentido común*. Existe un buen número de razones por las que esa imagen del sentido común es como un conjunto relativamente organizado de pensamiento especulativo, y no como lo que alguien emplea y conoce con moderación, esto debería de conducirnos a ciertas conclusiones útiles; pero tal vez la más importante sea que negar eso constituye una característica inherente al sentido común, como lo es en cambio afirmar que sus principios son liberaciones inmediatas de la experiencia, y no reflexiones deliberadas sobre ésta.⁸

El discurso homofóbico parte de prejuicios ubicados en la región más difícil de analizar: la sexualidad. Hay que hacer un poco de memoria y recordar que la aparición del SIDA (Síndrome de Inmuno

⁷ Debo aclarar que no se está generalizando que el discurso médico sea homofóbico, pero sí se especifica que existen algunos trabajadores de la salud que son abiertamente homofóbicos y que no tienen una actitud abierta al cambio, sino todo lo contrario. Es ahí donde hay que trabajar para tratar de cambiar estas actitudes discriminatorias.

⁸ Geertz, *op. cit.*, p. 95.

Deficiencia Adquirida) activó ciertos comportamientos estigmatizadores en contra de homosexuales, heroinómanos y haitianos.

Estas actitudes se extendieron a otros grupos sociales: trabajadores sexuales, travestis, transgénero y adictos.

Susan Sontag, en su libro *La enfermedad y sus metáforas*, explica que el temor de las personas se incrementa ante el desconocimiento, la incertidumbre y el miedo al contagio: “Basta ver una enfermedad como un misterio y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa.”⁹

Cuando el SIDA hizo su aparición en México, hace más de 20 años, el argumento del miedo ante lo desconocido pudo explicar mas no justificar las actitudes discriminatorias que tenían algunos sujetos. En el año 2007, ¿cuál es el argumento ahora que se conocen las vías de contagio y las prácticas de riesgo?

¿Cuál es el argumento para seguir discriminando a aquellas personas que tienen preferencias sexuales distintas a las heterosexuales? ¿Cuál es el argumento para rechazar, criticar, señalar, segregar, marginar, calificar y estigmatizar?

Hoy día no se puede ni se debe aceptar la ignorancia de aquellos sujetos que mantienen un discurso homofóbico, hay que señalar y evidenciar las prácticas homofóbicas para corregir los errores en los que se ha caído. Ningún sujeto tiene derecho a discriminar a otro, por ninguna causa. Si esto no se debe permitir, menos aún por parte de los trabajadores de la salud, porque la actitud discriminatoria afecta:

- La relación medico-paciente.
- Obstaculiza políticas de educación y prevención.

⁹ Susan Sontag, *La enfermedad y sus metáforas*, Barcelona, Muchnick Editores, 1989, p. 39.

- Evita la credibilidad en el sistema de salud.
- Impide que los usuarios soliciten pruebas voluntarias.
- Va en contra del derecho a la salud.

La homofobia es un tipo de discriminación

Se puede expresar en actitudes abiertas:

- En su forma más violenta donde hay maltrato físico hasta llegar a la muerte. En ocho años fueron registrados 290 asesinatos de homosexuales, entre 1995 y 2003: 275 varones y 15 mujeres.¹⁰

Donde existe rechazo:

- No sólo verbal sino también con actitudes de descontento o aversión.
- Con actitudes encubiertas que son tan peligrosas como las anteriores, ya que son las que activan las estructuras sociales, haciendo reproducir esquemas homofóbicos, en hospitales, escuelas, centros públicos, libros y panfletos.
- Con actitudes sutiles que son más difíciles de detectar cuanto más se avanza en estudios formales.

¹⁰ “Suplemento LETRA S”, en *La Jornada*, 5 de mayo de 2005.

La homofobia es parte de un discurso normalizado de la discriminación

Este tipo de discurso forma parte del discurso cotidiano de cualquier sujeto que no ha reflexionado que las prácticas homofóbicas son discriminatorias, que no tienen fundamentos y que deben ser cambiadas. Los discursos homofóbicos no aceptan que la homosexualidad existe desde hace mucho tiempo; que las preferencias homosexuales masculinas o femeninas existen desde tiempos remotos y que el negarlas no lleva a ningún lado; y que las preferencias homosexuales no tienen por qué ser analizadas desde los contextos de la salud-enfermedad; estas reflexiones positivistas ya fueron rebasadas hace tiempo y se ha demostrado que no son enfermedades sino preferencias sexuales.

El recalcar en esta época que la homosexualidad es una enfermedad muestra una grandísima ignorancia y falta de actualización en el campo de la salud. En este siglo “pretender curar a un homosexual” o “proponer terapias para equilibrar al paciente homosexual y así recuperar su heterosexualidad” es discriminatorio, aberrante, atrasado y no científico. Este tipo de discurso es retrógrado, cargado de valorizaciones, fundado en prejuicios que confunden y en actitudes que enfrentan y violentan más las relaciones interpersonales.

El discurso homofóbico es un discurso de la discriminación que existe en la sociedad. Se discrimina al pobre, al homosexual, al enfermo mental, al niño con síndrome de Down, al indígena, al ciego, a la sexoservidora, a los sujetos con disminución de sus capacidades. La sociedad mexicana es una sociedad discriminatoria, y mientras no se acepten esas actitudes, la sociedad seguirá negando y engañándose a sí misma.

Para cambiar actitudes homofóbicas hay que reconocerlas y aceptarlas. Identificarlas supone un acto reflexivo y de cambio. El negarlas mantiene su estatus de permanencia y de ignorancia.

Existe la ilusión de que las mayorías imponen sus normas de valor, pero eso es una ilusión porque lo que priva en realidad en las culturas es la diversidad. No existe la homogeneidad en la cultura, ésta es una ilusión ideológica. La diversidad de los sistemas culturales no se basa en criterios de mayorías, sino en las diferencias.

Por lo tanto se puede aceptar que:

- No existen familias homogéneas; hay una diversidad de formas de familias y de relaciones.
- No hay parejas homogéneas, todas son distintas.
- No hay gustos homogéneos, los sujetos tenemos preferencias distintas.
- No hay una religión, hay una variedad de distintas religiones.
- No hay una sola lengua en México, existen 64 lenguas indígenas.

Habiendo tanta diversidad en nuestro país, ¿por qué algunos hombres se aferran al concepto erróneo de la homogeneidad? Porque la *norma* les da la seguridad de seguir reproduciendo sistemas de valores de las mayorías en el poder; en ese sentido, las minorías deberían ajustarse a lo que las mayorías han decidido que es lo mejor.

En este contexto vale la pena hacer tres aclaraciones:

- Las minorías tienen tanto derecho de ser tomadas en cuenta como cualquier otro grupo mayoritario.
- Las minorías no tienen por qué ser “toleradas” por cualquier sujeto o grupo. Deben ser respetadas como iguales.
- Los derechos humanos de los sujetos no se establecen con base en una cifra cuantitativa sobre su pertenencia a un grupo social. Todos los sujetos nacidos en México tienen los mismos derechos.

El CEMIRA (Centro de Estudios sobre Migración y Racismo) realizó en México parte de una encuesta sobre racismo y discriminación en un colegio de niños de nivel primaria y encontró que los niños mexicanos dicen discriminar al pobre, indígena, enfermo, sudamericano, homosexual y analfabeta.

En una encuesta sobre tolerancia elaborada por el IFE en 2001, el 66% de los mexicanos no aceptaría nunca compartir el mismo techo con un homosexual. A estas actitudes se les califica como homofóbicas.

El explicitar que la homosexualidad es una enfermedad y no una preferencia sexual muestra una actitud homofóbica e ignorancia sobre el tema.

El discurso médico no escapa a estas actitudes racistas y estigmatizadoras; por tal motivo, hay que seleccionar cuidadosamente al personal que trabaje temas de sexualidad y de bioética. El que publica, escribe y da cursos sobre estos temas tiene un gran compromiso, porque desde esos foros se pueden realizar grandes aciertos para evitar la discriminación sexual, así como también se puede seguir formando sujetos prejuiciados con respecto a la homosexualidad.

Para que el discurso bioético sea veraz debe haber una correspondencia entre lo que se dice y lo que se hace; entre el sujeto emisor y el referente. Si no existe tal correlación, el discurso de la bioética carece de sentido y puede convertirse en un discurso hueco y falso. Desde la bioética hay que abordar temas como el de la homofobia para mostrar que las actitudes se pueden cambiar, si existe voluntad e interés por mejorar las relaciones entre los hombres.

Bibliografía

- “Suplemento LETRA S”, *La Jornada*, 5 de mayo de 2005.
- Allport W., Gordon, *La naturaleza del prejuicio*, CIUDAD, Editorial Eudeba, 1962.
- Austin J. L., “Ensayos filosóficos de Madrid”, en *Revista de Occidente*, Madrid, 1975.
- Austin, J. L., *Philosophical papers*, Urmsom and G. J. Warnock, Londres, University Press, 1961.
- Aziz Nassif, Benito, “El análisis del discurso, oficio de artesanos”, en *Discurso* No. 64, México, Ed. Casa Chata, 1982.
- Bourdieu, Pierre, *In other words: Essays towards a reflexive sociology*, Stanford, Stanford University Press, 1990.
- _____, *El sentido de la práctica*, Madrid, Taurus humanidades, 1991.
- Calvo Buezas, T., *Encuesta sobre racismo y discriminación en el colegio*, Madrid, Editorial Complutense, 1999.
- Foucault, Michel, *El orden del discurso*, Madrid, Tusquets, 1980.
- García, José Luis, “El discurso del nativo sobre su propia cultura: análisis de un consejo asturiano”, en *Fueyes Dixebraes de Lletres Asturianas*, No. 23, Principáu d’Asturies, 1987.
- Geertz, Clifford, *Conocimiento local, ensayos sobre la interpretación de las culturas*, Barcelona, Paidós, 1994.
- Sontag, Susan, *La enfermedad y sus metáforas*, Barcelona, Muchnick Editores, 1989.
- Varios autores, *Diccionario Básico de Comunicación*, México, Nueva Imagen, 1980.

La homofobia y su repercusión familiar

Ángel S. Arellano Bravo

Cada vida es una aventura, una desviación de las limitaciones de lo correcto. La normalidad es la que no existe.

Rosa Montero, *Historia de mujeres*

Consideraciones generales

La situación actual postula, con urgencia, una verdadera revolución sexual. Es momento de considerar nuevas opiniones que faciliten el tránsito de una sexualidad centrada en la genitalidad, a una sexualidad integral que corresponda a toda la persona enmarcada en el concepto social y trascendente.

El ser humano es un ser sexuado porque es femenino o masculino en toda su persona. El ser sexuado implica una forma especial de genitalidad; es sexual porque apetece eróticamente al sexo complementario, uniéndose en el ámbito genital. La genitalidad representa la forma más concreta de la sexualidad y solamente cuando se integra a otras áreas de manifestación de la persona, como son la ternura y el amor, puede hablarse de una relación sexual propiamente humana.

Antecedentes históricos

La tradición judía refiere en el Antiguo Testamento varias prescripciones contra la conducta homosexual.

No te acostarás con varón como la mujer, es abominación. (Levítico 18:22)

Si alguien se acuesta con varón, como se hace con mujer, ambos han cometido abominación: morirán sin remedio, su sangre caerá sobre de ellos. (Levítico 20:13)

¿No sabéis acaso que los injustos no heredarán el Reino de Dios? ¡No os engaños! Ni los impíos, ni los idólatras, ni los adúlteros, ni los homosexuales, ni los ladrones, ni los avaros, ni los ultrajadores, heredarán el Reino de Dios. (Corintos 1:910)

Avicena en el *Canon de la Medicina* considera a la homosexualidad como “algo indigno, un fenómeno psicológico que debía ser castigado y no tratado”, lo cataloga como una desviación.

Históricamente la Ley de Peligrosidad Social en México consideraba como sujetos peligrosos a los enfermos mentales, ebrios, toxicómanos, subnormales y homosexuales.

La homosexualidad

Actualmente se ha propiciado el reconocimiento y la aceptación de la comunidad científica mundial acerca de la homosexualidad al considerarla como una variante normal de la expresión sexual humana.

Un acercamiento acertado y actual se centra en la definición que Judd Marmor hace para la Asociación Psiquiátrica Americana al mencionar que “la homosexualidad es una variante de la conducta

sexual con personas que experimentan una fuerte atracción erótica hacia personas del mismo sexo”.

Ante lo cual, es conveniente la revisión histórica del concepto para comprender dicha definición en el campo que nos atañe, el de la psicopatología.

La patologización del amor y del erotismo entre personas del mismo sexo cobra importancia en la Alemania de 1886 con Von Krafft-Ebing y el “sentimiento sexual contrario”, que más tarde se incluyó en las perversiones o aberraciones como el sadismo, necrofilia, paidofilia o zoofilia.

Desde la opinión psiquiátrica o psicoanalítica, a la homosexualidad se le ha considerado una patología porque:

- Las personas homosexuales derivan de un trastorno del desarrollo psicosexual.
- La conducta homosexual representa una desviación de la norma biológica.
- Generalmente los homosexuales llegan a sufrir infelicidad.

La Asociación Psiquiátrica Americana omite la homosexualidad de la *alteración de la orientación sexual* y solamente cita la *homosexualidad egodistónica* bajo la categoría más general de *trastornos psicosexuales*. En tal sentido, una actitud sana sería reconocer la homosexualidad y practicarla sin sentimientos de culpa o vergüenza (egosintonía).

La homofobia

Es el miedo irracional u odio al homosexual, que puede ser expresado como estereotipo, estigmatización o prejuicio social, y se internaliza como autorrepudio.

La homofobia, la repulsión, el rechazo o el deseo de infligir castigo al homosexual pueden estar sustentados en el miedo ante el propio potencial homosexual; o bien se pueden deber a una falta de comprensión de la problemática homosexual. El miedo ante lo desconocido es causa de agresividad.

La homofobia puede operar a nivel personal, interpersonal, institucional o cultural. No transita solamente por creencias conscientes; se filtra peligrosamente en el psiquismo inconsciente, disfrazándose a través de los mecanismos de defensa.

La homofobia es característica esencial en la construcción del ser mexicano, siempre ufano de su virilidad, distorsionando la realidad con prejuicios y miedos. El homófobo ve en el reconocimiento de derechos básicos una provocación, una amenaza que debe combatirse con discriminación, rechazo, acoso moral, desprecio, burla, actos que favorecen los crímenes de odio.

Numeralia de la homosexualidad, de la discriminación y de la homofobia

- Se considera que en la actualidad entre el 2.5% y el 8% de la población tiene preferencias sexuales diferentes.
- El 30% de los homosexuales sufrió burla y humillación en la infancia y la adolescencia.
- La discriminación por ser homosexual llega a alcanzar el 9% en la escuela y el 30% en los servicios de policía.
- Existe el 13% de discriminación en el trabajo.
- El 21% no es contratado en cualquier trabajo y a 11% se le ha negado el ingreso en alguna escuela.
- El 66% de la población no compartiría techo con alguna persona homosexual.

- El 71% de los jóvenes en general no apoyaría los derechos de los homosexuales.
- El 8% de los homosexuales sufrió violencia física en algún momento de su vida.
- En nueve años hubo 900 asesinatos por homofobia. Por cada uno que se cometió tres nunca se denunciaron.
- Hasta el 2000, 600 mexicanos habían solicitado asilo a Canadá y 116 a Estados Unidos aduciendo persecuciones por motivo de su preferencia sexual.

Breve contexto histórico de la lucha contra la homofobia

- El 17 de mayo de 2005 se promulgó el Día Internacional de la Lucha contra la Homofobia a nivel mundial para señalar y considerar los riesgos de la exclusión y discriminación por razones de preferencia sexual.
- El 11 de junio de 2003 se creó la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en consideración de la preferencia sexual.
- La Constitución mexicana ha sido modificada para que el artículo 1° prohíba la discriminación de cualquier índole.

El contexto familiar

La familia existe para reconocer, cobijar y fomentar posibilidades creativas que aguardan en cada ser humano. Lo que cimienta el fundamento de bienestar de todos los miembros de una familia es la experiencia de un hogar construido por individuos de cualquier sexo

que cooperan y se aman, aportando sus diversos dones a la creación de un ambiente sustentador.

Sin embargo, en la familia los integrantes que parecen tener tendencias homosexuales son objeto habitualmente de reprimenda, burla o castigo físico. Si se comprueba la homosexualidad de alguno de sus miembros éste es expulsado, desheredado y se queda sin apoyo emocional o financiero. Con lo anterior se llegan a crear lazos de odio entre el padre y la madre y su hijo o hija homosexual, que con frecuencia no terminan con la muerte.

Se genera un problema de índole familia sobre todo cuando:

- El hijo o hija debe decir a los padres que es homosexual, o el padre o la madre debe decirlo a los hijos.
- Cuando un sujeto decide de acuerdo con su pareja del mismo sexo tener o adoptar un hijo.
- La homosexualidad es causal de divorcio, de pérdida de la patria potestad y custodia por incapacidad para ser un buen padre y se corre el peligro de perder a los hijos.

Cabe aclarar que no existe edad para incluirse en la problemática.

Consideraciones

Como aún se considera a la homosexualidad una conducta patológica, la sociedad continúa rechazando definitivamente la relación homosexual suponiéndola una enfermedad y al sujeto homosexual como criminal o perverso.

Esto continúa alterando las dinámicas de relación social, interpersonal e incluso individual a nivel político, cultural, histórico o familiar,

siendo las consecuencias psiquiátricomédicas de la homofobia en el sistema familiar las siguientes:

- Aparición de trastornos depresivos.
- Suicidio.
- Ansiedad.
- Alteraciones de la imagen corporal.
- Abuso de sustancias.
- Sentimientos de culpa.
- Aislamiento social.
- Problemas con la figura de autoridad.
- Un bajo apoyo social debido a tensión.
- Estrés crónico.
- Eventos positivos poco frecuentes.

Las campañas contra la homofobia pretenden presentar ante la sociedad a la homosexualidad como una *opción personal legítima* y a la persona homosexual con el *derecho a ser diferente*. Asumen éstas una postura de humanidad y respeto a la persona, al pretender fundamentarse en la tolerancia y en la no discriminación. Por todo esto bien podemos finalmente considerar que la homosexualidad no es una enfermedad, la homofobia sí.

ORIENTACIÓN
ORIENTACIÓN
SEXUAL Y SALUD

Homofobia: alcances y limitaciones en los servicios de salud

Jorge Saavedra

¿Tiene el personal de salud un papel importante para atender el problema de la homofobia?

¿Tienen los servicios de salud un papel que jugar en el tema de la homosexualidad y en el combate a la homofobia? ¿Debe el personal de salud involucrarse o tener información sobre este tema? ¿Está preparado el personal de salud para abordar este problema?

Personalmente estoy convencido de que la respuesta es afirmativa en las dos primeras preguntas, y un rotundo no en la tercer pregunta. No, el personal de salud no está preparado para abordar el tema de la homosexualidad ni de la homofobia, y sí tiene un gran papel que desempeñar y por lo tanto sí debe involucrarse.

Tal vez alguien podría pedir una explicación sobre el por qué hablar de este tema y algunos podrían pensar: “¿No será sólo para provocar polémica?”, y otros podrían reflexionar: “¿Pero, cuál es la necesidad de abordar este tema, habiendo tantos otros problemas de salud en México de mayor importancia y urgencia en su atención?”

Homofobia y SIDA

Desde la creación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA), esta infección se identificaba como un padecimiento que afectaba primordialmente a hombres homosexuales y bisexuales, y de hecho en los ochenta las primeras campañas preventivas de la transmisión del SIDA por vía de la relación sexual se dirigieron a este sector de la población que lógicamente era el más afectado. Pero de pronto la epidemia se empezó a presentar en otros grupos poblacionales, en los heterosexuales, y fue hasta entonces cuando el mundo decidió que esta epidemia era importante y que había que hacer algo al respecto. Es decir, se volvió una epidemia importante, trascendente y prioritaria cuando se demostró que también podía afectar a heterosexuales. Ésta era atribuida sólo a hombres *gays*, se le veía como una enfermedad rara que afectaba a “desviados”, lo cual es una manera homofóbica de interpretar el problema. En efecto, a finales de los ochenta y principios de los noventa, las campañas y los recursos destinados a la prevención se orientaron primordialmente a proteger a mujeres, hombres jóvenes, funcionarios, estudiantes heterosexuales y al personal de salud. Pero, ¿por qué señalo especialmente que la mayor atención se centraba en los grupos heterosexuales y no en los homosexuales? Porque simplemente atiendo a los contenidos y a las imágenes utilizadas en los numerosos carteles, trípticos y folletos informativos, diseñados, desarrollados y distribuidos en México entre 1988 y 1998 que así lo demuestran.

Gran parte de la presión social por destinar material y esfuerzos preventivos a sectores no homosexuales provino precisamente de los grupos de activistas *gays*, quienes no querían que se estigmatizara a los homosexuales como los únicos portadores, o en riesgo de contraer este virus.

En 1996-1997, a través de la Iniciativa SIDALAC (Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe) creada en FUNSALUD, analizamos y encontramos que en ese momento casi la totalidad de los recursos destinados a la prevención de la transmisión del VIH a través de la relación sexual se dirigía a cualquier grupo poblacional excepto a los homosexuales, identificados como hombres que tienen sexo con hombres. Una de nuestras conclusiones fue que esto no tenía lógica ya que los pocos recursos disponibles se desperdiciaban tratando de apagar el fuego en donde la gente a la que se le consideraba “más importante” —los heterosexuales—, tenían miedo aunque no gran riesgo, y estábamos descuidando a las personas en mayor riesgo y con una alta probabilidad de ser consumidas por este fuego como los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectadas.

En otras palabras, se estaba protegiendo a los que son como la mayoría, “al cabo que los otros grupos, además de que los rechaza la sociedad, son de alguna manera culpables por haber elegido ese estilo de vida”.

¿Es la homosexualidad una enfermedad?

Las preguntas más frecuentes son:

- ¿Un homosexual eligió su estilo de vida?
- ¿Debe el gobierno proteger a una persona que eligió “ir contra la naturaleza”?
- ¿Los homosexuales no son acaso considerados por la sociedad como enfermos mentales que debieran ser tratados debido a su homosexualidad?

Estas preguntas son las que la sociedad espera, asume o está convencida de que el sector salud, y en especial un médico, un psiquiatra o un psicólogo deben responder; y la mayoría piensa que efectivamente estas respuestas son afirmativas, que efectivamente la homosexualidad es una enfermedad mental; que la homosexualidad se puede prevenir o evitar si se corrige desde la infancia o si se detecta a tiempo, y finalmente, que, en efecto, se trata de una desviación “contra natura” de la conducta sexual humana. En relación con este tema veo pertinente señalar que la Asociación Psiquiátrica Americana eliminó a la homosexualidad de su boletín de enfermedades mentales desde 1973, que la Organización Mundial de la Salud en 1990 también tomó la decisión de quitarla de su clasificación internacional de enfermedades.

Si las dos máximas autoridades en esta materia en el mundo concluyen que la homosexualidad no es una enfermedad, entonces, ¿cómo los médicos o el personal de salud intentaremos curarla o prevenirla, cuando padres y madres de familia angustiados le preguntan al médico o al personal de salud qué es lo que deben hacer con un hijo o hija que muestra una tendencia a la homosexualidad? Y en este sentido es importante plantearse si el personal de salud debe dar recomendaciones sobre las medidas para prevenir que un hijo o hija evolucione como homosexual o lesbiana.

Estoy en este momento dejando de lado cualquier interpretación religiosa de la homosexualidad; si se considera pecado o no, no me toca a mí decidirlo ni soy competente en estudios teológicos para pretender abordarlo o discutirlo.

¿Es ético para un médico dar un remedio o intentar dar tratamiento para una enfermedad que desconoce? O peor aún, ¿es ético que un médico intente curar algo que no es una enfermedad?

La formación curricular de los médicos, enfermeras y personal de salud en general incluye aspectos de educación sexual: esto se

aprende en histología, embriología, ginecología, urología. También se aprende en psicología médica y en psiquiatría. Pero ante todo, los médicos aprendemos que la sexualidad es para y con el fin —y pareciera que único —de reproducirnos.

Si el personal de salud estudiara sexualidad humana y entendiera el problema integral de la sexualidad humana sabría que ésta no tiene el único propósito de la reproducción. Imaginemos que cada año 800 o mil millones de relaciones sexuales en México se tradujeran en mil millones de hijos o mil millones de intentos de tener hijos. Reproducimos pareciera ser más bien consecuencia de la sexualidad humana, pero no la razón de ser de la misma. Ni siquiera es la única consecuencia pues otras pueden ser el afecto, el placer, el amor, etcétera.

Yo sostengo que cuando los médicos, las enfermeras y el personal de salud en general profundicemos más en la sexualidad humana, la homofobia pasará a ser —lo que siempre debió haber sido— un sentimiento de miedo, una actitud absurda, una conducta irracional. En síntesis, la homosexualidad no es el problema sino la homofobia, y es precisamente a esta última a la que debemos tratar de prevenir e intentar curar.

Una campaña contra la homofobia

La campaña radiofónica lanzada al aire en mayo de 2005 desde el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) en conjunto con el Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación (CONAPRED) tenía el principal objetivo de disminuir el estigma y la discriminación que este sector de la sociedad padece y ha padecido durante siglos, aunque no se hable del tema.

Por supuesto, la racionalidad del CONAPRED para involucrarse se basa en el artículo de la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos en donde se prohíbe la discriminación por preferencias, y también en la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, en donde se establece la obligación de las instituciones públicas de tomar acciones para prevenir y eliminar la discriminación, entre otras causas, la discriminación por preferencias sexuales.

Por parte del CENSIDA y con el respaldo del CONASIDA, es difícil hacer llegar programas de salud, en especial de promoción de la salud y prevención de enfermedades, a un sector social que tiene que esconder o negar su orientación sexual para poder convivir en la sociedad, incluso dentro de su propia familia.

Algunos de los casos de personas con SIDA que tuve la oportunidad de conocer al inicio de la epidemia y durante los primeros años de la década de los noventa, eran jóvenes *gays* que habían sido expulsados de su grupo familiar por dos razones: primero por ser homosexuales, y segundo por “tener SIDA” (a veces en orden inverso). ¿Puede un joven que ha sido rechazado por su familia y vive con el rechazo social recibir de manera efectiva mensajes para el autocuidado de su salud? ¿Puede una persona que probablemente cuenta con una autoestima baja, pensar en protegerse y proteger a los demás? Estoy convencido, y las evidencias son cada vez mayores, de que las probabilidades de que no lo hará son altas.

El SIDA no es sinónimo de homosexual ni viceversa, pero si no hacemos nada el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres seguirá siendo el más afectado por la epidemia, aun cuando se insista en que la epidemia se está “heterosexualizando”, afirmación que se mantiene desde hace 20 años. Sin embargo, la mayoría de los estudios de prevalencia del VIH muestran que las tasas encontradas en grupos de hombres homosexuales, *gays*, bisexuales, transgéneros, o en general, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, son significativamente superiores que en la población general.

Esta epidemia no se puede y no se debe manejar con calificativos de víctimas y culpables, pero es evidente que existe el estigma y la discriminación hacia quienes ya viven con el virus o hacia aquellos con mayor riesgo de adquirirlo.

No se puede “deshomosexualizar” el SIDA por decreto, ni tampoco se elimina el problema ni el estigma al negarse a hablar de él. El temor o discriminación a una persona que vive con VIH/SIDA se puede combatir eliminando la ignorancia sobre esta enfermedad; pero el miedo o discriminación a un homosexual se puede abordar con acciones de sensibilización social, es decir, con acciones contra la homofobia, y en ambos casos también con el diseño, aprobación y aplicación de leyes contra la discriminación.

Finalmente, presento los dos *spots* que diseñamos y estamos transmitiendo desde el CENSIDA y el CONAPRED; ambos fueron ampliamente discutidos y respaldados por organizaciones de la sociedad civil con reconocido trabajo en VIH/SIDA, así como por la Organización Panamericana de la Salud y el Grupo Temático del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA (ONUSIDA). Los *spots* se transmitieron a través de estaciones de radio como un esfuerzo por iniciar una sensibilización social sobre las implicaciones de la homofobia y lo absurdo que ésta resulta ser.

Spot 1: La cena

Madre: “Te ves muy enamorado m’hijito.”

Hijo: “Ay sí mamá.”

Madre: “¿Y cuánto llevan?”

Hijo: “Ya cinco meses.”

Madre: “¿Y le gustó la idea de venir a cenar con la familia?”

Hijo: “Sí, le encantó, es más, preparó un postre que te va a fascinar.”

Madre: “Espero que le guste lo que yo cociné ... Por cierto, cómo me dijiste que se llama?”

Hijo: “Óscar mamá, ya te lo había dicho, se llama Óscar.”

Voz de locutor en off: “¿Te parece raro? La homofobia es la intolerancia a la homosexualidad, la igualdad comienza cuando todos reconocemos el derecho a ser diferentes.”

Por un México incluyente,
tolerante y plural
CONASIDA, CONAPRED, OPS,
ONUSIDA

Spot 2: Preguntas

Voz de locutor: “Si ves a un homosexual o lesbiana en la calle. ¿Ves para otro lado? ¿Sientes ganas de ofenderlo o que desaparezca?

Si una persona cercana a ti es *gay*, ¿le dejas de hablar?

¿Sientes odio por los diferentes a ti?

¿Sabías que lo que tienes es homofobia, es decir, un odio irracional?”

La tolerancia a la diferencia sexual es más sana que el odio.

Por un México incluyente,
tolerante y plural.
CONASIDA, CONAPRED, OPS,
ONUSIDA

Problemas de salud mental en la discriminación por orientación homosexual

José Arturo Granados Cosme

Introducción

No obstante la evidencia de que existe una gran diversidad de prácticas sexuales e identidades basadas en ellas, en la actualidad persiste una categorización que se basa en la heterosexualidad como norma y que, en consecuencia, *anormaliza* otras orientaciones del deseo sexual. A pesar de las contribuciones de distintas disciplinas que han demostrado que la sexualidad es una construcción social y que, como cuerpo de representaciones y actos, adquiere características particulares en cada cultura y en cada momento histórico,¹ aún hay quienes (desde la comunidad científica y médica) sugieren que debe seguirse considerando a la homosexualidad una condición patológica, o en su defecto, que ciertas alteraciones como las mentales son inherentes a esta orientación, lo cual revela un pensamiento en el que se le sigue concibiendo como una alteración.

¹ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad*, México, Siglo Veintiuno, 1999.

En el conocimiento general se considera que la conducta sexual está determinada por la biología. Esta noción influye en las actitudes que las personas y las instituciones despliegan hacia los individuos cuya conducta sexual no observa la normatividad social. Este pensamiento recrea categorías de normalidad y anormalidad en las que se fundamentan prácticas de inclusión y exclusión social las que se expresan, entre otras cosas, en una desigualdad en salud.

Desde 1973 la American Psychiatric Association (APA) dejó de incluir a la homosexualidad en las enfermedades mentales. Este antecedente tuvo lugar en un contexto marcado por los aportes científicos sobre la sexualidad y después de que los movimientos de liberación homosexual vinieran a plantear una cuestión trascendente para las ciencias sociales y cuestionaran el orden simbólico.² Si consideramos a la homosexualidad una orientación sexual igualmente válida que la heterosexualidad, entonces la ciencia no debe plantear a la homosexualidad como objeto de investigación sino al rechazo social de ésta.

La homofobia, entendida como el rechazo a la orientación homosexual, sigue siendo, pese a los avances en materia de reconocimiento de la diversidad humana, uno de los principales problemas de exclusión en México. Según la *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, los homosexuales son uno de los sectores más discriminados junto con las personas que viven con VIH/SIDA.³ Aún son frecuentes expresiones homofóbicas que van desde la agresión verbal en la vida cotidiana, hasta el homicidio.⁴

² Pierre Bourdieu, *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama, 2000.

³ Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación, *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, México, CONAPRED/SEDESOL, 2005.

⁴ Comisión Ciudadana contra los Crímenes de Odio por Homofobia, *Reporte de la Comisión Ciudadana contra los Crímenes de Odio por Homofobia 2000*, México, CCCCOH, 2000.

Pero las anteriores no son las únicas consecuencias de la homofobia; otros efectos se manifiestan en los daños a la salud mental que muestran los homosexuales y que representan una desigualdad más en nuestra sociedad. El presente trabajo revisa cuáles son los principales problemas de salud mental que se observan en la población homosexual, y cuál es la influencia de la homofobia en su incidencia. Además, plantea algunas consideraciones sobre sus implicaciones en el quehacer médico, con lo que se propone contribuir a la comprensión del fenómeno de la desigualdad sanitaria causada por la homofobia y lograr una comprensión equitativa de esta diferencia evitando un trato desigual.

Desigualdad y salud: los daños en homosexuales

Todas las sociedades expresan en su interior una distribución desigual de las enfermedades; dicha distribución está determinada por procesos de orden económico, político y cultural;⁵ por ello es que algunos autores, refiriéndose a los problemas sanitarios colectivos, consideran que la salud y la enfermedad son hechos históricos en sí mismos.⁶ Cada sector social muestra, de acuerdo con su inserción en la sociedad, un conjunto específico de enfermedades que pueden denominarse como “perfil patológico”.⁷ Estos patrones

⁵ M. C. Donangelo, “La medicina en la sociedad de clases”, en M. C. Donangelo (coord.), *Salud y sociedad*, Sao Paulo, Librería Dos Ciudades, 1976.

⁶ A. C. Laurell, “Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad”, en M. I. Rodríguez (coord.), *Lo biológico y lo social*, Washington, Organización Mundial de la Salud, 1995.

⁷ J. Breihl, *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*, Ecuador, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1995.

no son un conjunto azaroso de patologías sino consecuencias de procesos “económico-sociales”.⁸

El hecho de que un sector social muestre desventajas en las condiciones de salud (menor esperanza de vida al nacer, mayor morbilidad o mortalidad) es resultado de las condiciones sociales en que viven sus integrantes, así como del grado de inclusión que muestre dicha sociedad. En México, una de las variantes que determinan tales condiciones es la desigualdad; cuando nos referimos a ésta, lo hacemos no sólo en términos económicos (como lo serían las desventajas que muestran los sectores empobrecidos), sino también en términos culturales (como el racismo, el género y la homofobia).

Las condiciones de salud de cada grupo social dependen de su inserción en la sociedad, ya que es ésta, en su conjunto, la que brinda las oportunidades objetivas con que cada sujeto puede ver ampliadas o disminuidas sus capacidades, potencialidades y poder satisfacer sus necesidades.⁹ Es en las oportunidades que brinda la sociedad a cada sector donde se genera la desigualdad.

Aunque los homosexuales forman parte de la sociedad, es un hecho que históricamente han visto limitada su inclusión en ésta, y peor aún, han sido objeto de rechazo; esta forma de inserción social genera en ellos un patrón de enfermedad que se caracteriza por menores niveles de salud general que el resto de la población;¹⁰

⁸ E. Guinsberg, “Psico(pato)logía del sujeto en el neoliberalismo”, *Revista Tramas: Subjetividad y Procesos Sociales* 6, 1994.

⁹ L. Doyal y I. Gough, *Theory of human needs*, London, McMillan, 1991.

¹⁰ D. O. Perkins, R. A. Stern, N. R. Golden, C. Murphy, D. Naftolowitz y D. I. Evans, “Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonepicenter of the AIDS epidemic” en *Am J Psychiatry* 151(2), febrero de 1994, y J. Lock y H. Steiner, “Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey”, en *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38 (3), marzo de 1999.

mayores tasas de trastornos mentales,¹¹ específicamente trastornos depresivos, ansiedad,¹² pensamientos e intentos suicidas¹³ y *distress* psicológico.¹⁴

También se observa una mayor prevalencia de VIH/SIDA; este padecimiento es una de las primeras causas de muerte en varones en edad productiva en México;¹⁵ hasta 1998 la mitad de los casos se concentraba en personas entre los 20 y los 34 años de edad;¹⁶ la vía de transmisión más frecuente es la sexual (89.8% de los casos acumulados en mayores de 15 años entre 1983 y 2000), y en este rubro, más de la mitad de casos (54.6%) se dio por transmisión homosexual y bisexual (es decir, por prácticas de hombres que tienen sexo con hombres) frente a un 35.2% de casos entre heterosexuales.¹⁷ Aunque se ha mencionado que la epidemia muestra una tendencia a incrementarse en mujeres, en los dos últimos años este aumento no es sustancial (sólo se incrementa 1%), mientras que en hombres que tienen sexo con hombres se siguen manteniendo las tasas más altas de casos acumulados; de hecho, se identifica un repunte de casos en homosexuales y bisexuales (se pasa de un 36.4% en 2000 a un 57.7% en 2003 y 49.1% en 2004).

¹¹ A. F. Jorm, A. E. Korten, B. Rodgers, P. A. Jacomb y H. Christensen, "Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults", en *Br J Psychiatry* 180, mayo de 2002.

¹² Perkins, *op. cit.*

¹³ K. Skegg, S. Nada-Raja, N. Dickson, C. Paul y S. Williams, "Sexual orientation and self-harm in men and women" en *Am J Psychiatry* 160(3), marzo de 2003, pp. 541-6, y Lock, *op. cit.*

¹⁴ K. Erwin, "Interpreting the evidence: competing paradigms and the emergence of lesbian and gay suicide as a 'social fact'", en *Int J Health Serv* 23(3), 1993.

¹⁵ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Registro Nacional de Casos de SIDA*, 2004, disponible en: www.ssa.gob.mx/conasida

¹⁶ ONUSIDA, Programa Nacional de SIDA, *Guía para el monitoreo y la evaluación. Génova: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA*, 2000.

¹⁷ Secretaría de Salud, *op. cit.*

Otras desigualdades en salud se muestran en referencia a la prevención del VIH/SIDA. Homosexuales, lesbianas y bisexuales presentan, de forma significativa, más prácticas sexuales de riesgo que los heterosexuales.¹⁸ Estudios realizados en países anglosajones revelan una asociación entre trastornos mentales y prácticas sexuales de riesgo; se ha identificado una asociación entre la depresión y el incremento de las prácticas sexuales de riesgo en varones homosexuales.¹⁹ Otro estudio entre adolescentes homosexuales y bisexuales afroamericanos e hispanos en Nueva York (EUA) encontró que a bajos niveles de ansiedad, depresión, uso de drogas y altos niveles de autoestima, hay mayor protección en las prácticas sexuales con penetración anal y oral.²⁰ La depresión también ha sido asociada a la penetración anal receptiva sin protección con múltiples parejas así como con la intoxicación en las relaciones sexuales.²¹ Un estudio en homosexuales seropositivos al VIH en Nueva York y San Francisco (EUA) encontró que la ansiedad, la hostilidad y los pensamientos suicidas se asocian con prácticas sexuales anales receptivas;²² mientras que otro estudio con homosexuales seronegativos encontró mayor riesgo para enfermedades infecciosas en general. Perkins y colaboradores²³ compararon la prevalencia de depresión mayor y riesgo de

¹⁸ Lock, *op. cit.*

¹⁹ A. Beck, I. McNally y J. Petrak, "Psychosocial predictors of HIV/STI risk behaviours in a sample of homosexual men" *Sex Transm Infect* 79(2), 2003.

²⁰ M. J. Rotheram-Borus, M. Rosario, H. Reid y C. Koopman, "Predicting patterns of sexual acts among homosexual and bisexual youths", *Am J Psychiatry* 152(4), abril de 1995.

²¹ J. A. Kelly, J. S. St Lawrence y T. L. Brasfield, "Predictors of vulnerability to AIDS risk behavior relapse", *J Consult Clin Psychol* 59(1), febrero de 1991.

²² A. O'Leary, D. Purcell, R. H. Remien y C. Gomez, "Childhood sexual abuse and sexual transmission risk behaviour among HIV-positive men who have sex with men", *AIDS Care* 15(1), febrero de 2003.

²³ Perkins, *op. cit.*

depresión en homosexuales seropositivos y seronegativos, concluyendo que aun cuando este riesgo es relativamente diferente para ambos grupos, tanto unos como otros están en mayor riesgo de presentar depresión mayor en comparación con la población general.

El grado de autoaceptación de la homosexualidad también es una situación que define en los homosexuales algunos riesgos. Si éstos se ven obligados a ocultar su identidad experimentan una mayor incidencia de cáncer y otras infecciones que aquellos que no la ocultan.²⁴ El apoyo social es otra variante en las desigualdades en materia de salud; en el caso de los homosexuales y bisexuales, éstos tienen menor apoyo familiar que los heterosexuales,²⁵ esta deficiencia tiene efectos en el bienestar psíquico de los homosexuales ya que al percibir poco apoyo social experimentan más aislamiento, inseguridad y por lo tanto más dificultades en su salud mental.²⁶

Las evidencias anteriores nos permiten resumir que los homosexuales muestran una desigualdad social en salud que se presenta en mayores daños a la salud mental, mayor prevalencia de VIH/SIDA, mayores dificultades para prevenir(se) de la transmisión del VIH y menor apoyo social para enfrentar sus problemáticas de salud. En ese sentido, Ramírez²⁷ argumenta que uno de los verdaderos factores de riesgo para el VIH/SIDA es la homofobia.

²⁴ S. W. Cole, M. E. Kemeny, S. E. Taylor y B. E. Visscher, "Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity", en *Health Psychol* 15(4), julio de 1996.

²⁵ Jorm, *op. cit.*

²⁶ J. B. Lackner, J. G. Joseph, D. G. Ostrow, R. C. Kessler, S. Eshleman, C. B. Wortmar, K. O'Brien, J. P. Phair y J. Chmiel, en *J Nerv Ment Dis* 181(1), enero de 1993, y Jorm, *op. cit.*

²⁷ Ramírez-Valles, J., "The protective effects of community involvement for HIV risk behavior: a conceptual framework", *Health Educ Res* 17(4), agosto de 2002, pp. 389-403.

Estructura social, sexualidad y salud

Hemos dicho que las condiciones de salud de un grupo social son resultado de la forma en que dicho sector se encuentra inserto en la sociedad; en relación con los homosexuales cobra importancia identificar cuál es la posición que tiene este grupo en relación con la cultura predominante, ya que de esto dependen los obstáculos que la sociedad les impone para desarrollar una identidad y sexualidad saludables.

La cultura está constituida por una trama de significados; por una serie de prescripciones y prohibiciones que regulan la vida en sociedad; esto define posiciones diferenciales de los individuos y grupos desde donde se apropian, ordenan, transforman y consumen lo material y lo simbólico.²⁸ La apropiación diferencial de la cultura genera también distintos *empoderamientos* donde las ideas de algunos buscan imponerse a la totalidad de la sociedad; la violencia, sea física o simbólica, permite a los grupos más poderosos legitimar su posición y sus modelos culturales subordinando las ideas y las prácticas de otros grupos. Mediante el ejercicio público del poder y la violencia, la ideología dominante consigue configurarse en orden social, en norma y normalidad.

El predominio de ciertas ideas en la cultura se difunde en forma de significados al resto de la sociedad; el mecanismo incluye procesos de inclusión en el caso de que los sujetos se ajusten a la normatividad, o de exclusión si con sus prácticas o ideas disienten de las impuestas. En el caso de la normatividad sexual se observa que las prácticas sexuales han sido depositarias de ciertos significados que buscan

²⁸ J. C. Aguado y Portal A. M., "Ideología, identidad y cultura: tres elementos básicos en la comprensión de la reproducción cultural", en *Boletín de Antropología Americana* 23, 1991.

despojarla de su capacidad para el bienestar, y la han articulado con la reproducción biológica; además de que esto ha permitido el control social de la sexualidad, impone además a la heterosexualidad como norma y al resto de prácticas como anomalías. De esta manera, la homosexualidad es construida como una alteración de un orden que se dice “natural” y que aspira a generalizarse. Hacia los homosexuales se dirigen acciones de exclusión que incluyen etiquetarla como patología, omitirla jurídicamente, ignorarla, ridiculizarla o agredirla.

Cuando decimos que la sexualidad es una construcción social queremos decir que los significados en torno a los usos del cuerpo para el placer sexual “están socialmente organizados” y sostenidos por un discurso que “intenta decirnos qué es el sexo, lo que debería ser y lo que podría ser”²⁹ ya que no existe ningún imperativo biológico en la regulación de la conducta sexual, sino más bien se alude a los procesos biológicos para legitimar el orden de ideas que se busca imponer; de cualquier modo, los procesos biológicos implicados en la sexualidad han sido “envueltos” de significado e interpretados por la cultura dominante. De ahí que consideremos que la sexualidad está determinada por una concepción particular, pero predominante, de la diferencia biológica entre varones y mujeres; por ello, para entender la deslegitimación de la homosexualidad y la posición marginal en que han sido ubicados los homosexuales abordaremos brevemente el concepto de género.

El género se refiere a la codificación y asignación de significado cultural a las diferencias biológicas.³⁰ Las diferencias entre varones y mujeres son culturales en virtud de que las particularidades biológicas

²⁹ J. Weeks, *Sexualidad*, México, Paidós/UNAM, 2000.

³⁰ E. T. Hylland, *Small places, large issues. An introduction to social and cultural anthropology*, London, Pluto Press, 1995.

de cada sexo han adquirido una nueva naturaleza porque tienen lugar en cuerpos socializados, y son interpretadas por medio de la cultura.³¹ Lo que en una sociedad y en un momento histórico se considera masculino o femenino depende del orden simbólico; por lo tanto, ser varón o ser mujer son datos biológicos envueltos de significado que se transforman así en *constructos culturales*.³²

La interpretación cultural de la diferencia biológica va conformando una “[...] red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y actividades diferenciadas entre hombres y mujeres”³³ que se consideran por la cultura dominante como la “verdadera” naturaleza humana, lo cual supone formas predeterminadas de sentir, pensar y actuar para varones y mujeres; a tales atributos se les asigna el carácter de “inherentes” cuando en realidad se trata de un conjunto de disposiciones sociales con el que la sociedad transforma el relato biológico en artificio cultural. Con base en el género se elaboran los *artefactos* que permiten regular la conducta sexual.

Homofobia: la causa social de los daños a la salud en homosexuales

El *constructo cultural* con el que se excluye a la homosexualidad es la homofobia.³⁴ De hecho, la homofobia es un recurso en la imposición

³¹ N. Schnaith, “Condición cultural de la diferencia psíquica de los sexos”, en M. Lamas y F. Saal, (coords.), *La bella (in)diferencia*, México, Siglo Veintiuno, 1998, pp. 48.

³² M. I. García, *El señor de las uvas*, México, UAM, 1997.

³³ O. Bustos, “La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación”, en Consejo Nacional de Población (eds.), *Antología de la sexualidad humana*, Tomo I, México, CONAPO, 1994.

³⁴ J. A. Granados, “Orden sexual y alteridad. La homofobia masculina en el espejo”, *Revista Nueva Antropología* 61, 2002, vol. XVIII.

de las diferencias de género ya que es uno de los ejes básicos sobre los que se construye lo masculino.³⁵ La masculinidad se elabora en oposición a lo que representan las mujeres y las minorías sexuales, es una huida de lo femenino que se origina en la necesidad de distanciarse de la madre. Los varones elaboran su masculinidad renunciando a lo femenino y rechazando lo que se le asocia. A diferencia de lo femenino, en donde el dato cultural se asocia a la capacidad biológica de la maternidad y adquiere por ello mayor solidez, en el varón el referente básico de la masculinidad no proviene de una reafirmación directa con ningún dato biológico, por lo que se recurre al mecanismo de negación del “otro” (lo que no es femenino), de ahí que la identidad masculina se base en un fundamento sumamente frágil y busque imponerse cotidianamente mediante la fuerza y la exclusión. De esta manera, el comportamiento socialmente definido como masculino se caracteriza por ser predominantemente reactivo y competitivo, pues está motivado por el temor a remitirse a su condición de dependencia de la madre (que es una mujer), situación que lo remontaría a su feminidad primigenia; el temor se extiende a todo lo que le represente femenino, entre otras cosas, a la homosexualidad.

Lo anterior explica por qué las conductas homofóbicas son más frecuentes y violentas cuando provienen de los varones y cuando se dirigen hacia los varones homosexuales; también explica por qué el rechazo a la homosexualidad es una conducta con la que los varones buscan manifestarse “masculinos” o “verdaderos hombres” en la vida cotidiana; al mismo tiempo, explica el aislamiento y ocultamiento al que recurren los homosexuales como estrategia de sobrevivencia. Tanto en heterosexuales como en homosexuales, la homofobia genera una ansiedad perjudicial.

³⁵ M. Kimmel, *Hombres: placer, poder y cambio*, Santo Domingo, CIPAF, 1989.

Frente al riesgo de *psicologizar* la homofobia y pretender analizarla como un problema individual, debemos insistir en que se trata de un proceso colectivo cuya responsabilidad es de la sociedad en su conjunto. El individuo homofóbico lo es porque ése ha sido el modelo cultural que le permite afirmarse como masculino y como miembro de un sistema de reglamentaciones, tales han sido los márgenes que la sociedad le ha dispuesto para ser parte de ella. Sin querer argumentar una justificación de las acciones homofóbicas individuales, sino más bien comprenderlas para combatirlas, planteamos la necesidad de ver la homofobia como una conducta producida por un sistema social basado en la división polarizada de los géneros y promovida por la cultura predominante a través de modelos de masculinidad excluyentes. Ambas líneas generan inequidades y no debe perderse de vista que un sector importante de la sociedad es quien sufre con más gravedad las consecuencias de la homofobia.

La homofobia se concreta en prácticas que ocurren en los ámbitos institucional, interpersonal e intrapersonal. La homofobia institucional se refiere a la omisión, ocultamiento o rechazo de las instituciones; la homosexualidad es un delito o agravante judicial en muchas sociedades; en otras no tiene el mismo estatuto jurídico que es explícito para la heterosexualidad. Las instancias gubernamentales pueden disminuir u obstaculizar el acceso de los homosexuales al ejercicio de algún derecho o a la provisión de algún servicio (salud, educación o justicia); la indiferencia de las instituciones frente a los agravios de que son víctimas los homosexuales también debe ser considerada una expresión homofóbica. Recordemos que históricamente la institución médica ha considerado a la homosexualidad una patología³⁶ y que se

³⁶ J. A. Granados, "Homosexualidad y medicina. Prácticas sociales en tensión", en *Revista Cuicuilco* 2006, 13 (36), pp. 293-319.

mantiene actitudes de rechazo y prejuicio en algunos profesionales de la salud. Por otro lado, aunque como hemos visto los homosexuales presentan daños y riesgos particulares a la salud, no se cuenta con suficientes programas de salud específicamente orientados a los homosexuales. El perfil de daños a la salud de los homosexuales plantea la urgente implementación de estrategias institucionales para evitar la homofobia, modificando el modelo dominante de masculinidad que la sustenta.

La homofobia interpersonal se refiere al rechazo a la homosexualidad entre los individuos; ésta también se puede expresar en discriminación y violencia tanto en los contextos primarios (familia, unidad doméstica) como en los secundarios (escuela, comunidad, lugar de trabajo); la violencia incluye la agresión verbal (ofensas o ridiculización) y la agresión física (afectar a los homosexuales en sus bienes o en sus personas). Las motivaciones van de la compasión al odio; en el pensamiento común y corriente se considera que los homosexuales son varones que “quieren ser” o se “creen” mujeres, o bien que se trata de personas “enfermas” que no “pidieron” ser así. En el odio se considera que la homosexualidad es una conducta que contradice “leyes naturales” y de ahí se desprende el supuesto de que los homosexuales son seres inmorales o inferiores, a los que hay que controlar e incluso eliminar.

La homofobia también es intrapersonal; en los individuos homofóbicos revela un temor a reconocer sus rasgos femeninos: miedo a ser deseados por otros varones, reconocer que sienten placer en su interacción con otros varones o a reconocer que desean a otros varones. El siguiente paso es la homofobia interpersonal. En los homosexuales, la homofobia intrapersonal no es otra cosa que la interiorización del rechazo social que se vuelve rechazo contra sí mismos, puede manifestarse en autodevaluación, aislamiento social y frustración por no controlar los impulsos sexuales.

Las anteriores dimensiones en que se manifiesta la homofobia generan en los homosexuales: a) temor e inseguridad, en consecuencia, mayor riesgo de trastornos de la ansiedad; b) aislamiento, devaluación por un rasgo inevitable (el impulso sexual), frustración por no lograr ajustarse a la normatividad sexual, en consecuencia, mayor riesgo para trastornos depresivos que pueden intensificarse con la conducta suicida; y c) marginación, culpa y rechazo de sí mismos que generan mayor riesgo de conductas autodestructivas (menor prevención del VIH/SIDA, intento y consumación de suicidio, retraso en la atención médica por cualquier causa). Esta cadena de asociaciones nos permite explicar el perfil de daños a la salud mental que hemos descrito líneas arriba.

Homofobia y medicina

El término homosexualidad es un concepto reciente, al parecer el uso inicial viene de un psiquiatra forense que en 1882 utilizó el término para clasificar las perversiones en el libro *Psychopatis Sexualis*.³⁷ La inclusión de los comportamientos sociales como objeto de estudio y práctica de la medicina científica generó postulados diversos sobre la causalidad de la orientación homosexual, en ellos se propuso desde la desregulación de los procesos de diferenciación sexual del cerebro³⁸ hasta la estructuración defensiva de conflictos no resueltos en el complejo edípico;³⁹ los estudios posteriores de las ciencias

³⁷ A. Cáceres, "Homosexualidad ego-distónica", en *Sexología y Sociedad* 3, 1997, y L. Vera, "Historia de la sexualidad", en *Rev. Biomédica* 9(2), México.

³⁸ O. Leite, Homossexualismo masculino, lateralidad cerebral, inmunología y Sida, *Arq Bras Psicol.* 40(1), 1988.

³⁹ M. Opler, "Aspectos antropológicos y culturales comparados de la homosexualidad", en D. Marmor, *et. al.* (comp.), *Biología y sociología de la homosexualidad*, Buenos Aires, Paidós, 1991.

médicas partieron de una premisa que no volvieron a replantear sino hasta pasada la mitad del siglo pasado: la homosexualidad es una enfermedad.

En el recorrido anterior el interés pasó de las causas endocrinas a la inversión psicosexual; todavía después de la decisión de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) de dejar de considerar a la homosexualidad una patología, algunos investigadores insistían en que se trata de un disturbo del desarrollo psicosexual inequivalente con la heterosexualidad.⁴⁰ Llama la atención que este trayecto coincida con el desarrollo de la práctica médica moderna,⁴¹ lo cual sigue teniendo repercusiones en la atención que reciben los homosexuales en su calidad de pacientes, ya que médicos⁴² y psicólogos⁴³ les siguen mostrando actitudes devaluatorias y discriminatorias. Desgraciadamente, la discriminación por orientación sexual aún no forma parte de los referentes incluidos en los códigos de ética médica y de otras profesiones.

Los profesionales de la salud no sólo deben modificar el ejercicio de su práctica en cuanto se refiere a pacientes homosexuales que cotidianamente los consultan por cualquier causa; además deben estar preparados para atender las consecuencias de la homofobia, particularmente los daños a la salud mental cuyos riesgos se incrementan aún más en la adolescencia, etapa en la que se consolida la identidad social de los individuos. Padres de adolescentes homosexuales todavía acuden al médico pensando que se puede modificar

⁴⁰ J. Levy, "Considerações sobre a homossexualidade", en *Bol psiquiatr* 15(1), 1982 y J. Levy, "O DSM-III e a homossexualidade", en *Bol Psiquiatr* 17(4), 1984.

⁴¹ Foucault, *op. cit.*

⁴² J. Kelly, J. Lawrence, S. Smith, H. Hodd y D. Cook. "Medical student's attitudes towards AIDS and homosexual patients", en *J Med Educ* 62, 1987.

⁴³ L. S. Jones, "Attitudes of psychologists and psychologists-in-training to homosexual women and men: an Australian study", en *Journal of Homosexuality* 39(2), 2000.

la orientación sexual de sus hijos; lo más grave sería que médicos y psicólogos intentaran conseguirlo. Por otra parte, los adolescentes homosexuales experimentan un proceso de identidad social con mayores dificultades que los heterosexuales,⁴⁴ hecho que los hace más susceptibles a la depresión y el suicidio.⁴⁵

Conclusiones

Existe una desigualdad social en lo que se refiere a la salud mental que afecta más a homosexuales que a heterosexuales; esta desigualdad expone a los primeros a otros daños a la salud como el VIH/SIDA, así como a un menor apoyo social para enfrentar sus problemas de salud. La causa profunda de tal inequidad es la homofobia; ésta es una construcción social que se basa en un sistema de géneros polarizado, en un modelo dominante de masculinidad que incluye el rechazo a la homosexualidad, así como en una cultura de la sexualidad básicamente heterosexista y homofóbica. Como analizamos, la sexualidad es un producto cultural, por lo tanto es modificable mediante la acción humana; en coincidencia, la homofobia que resulta de ella también es modificable, para ello se requiere de la acción pública y colectiva.

La homofobia nos afecta a todos, genera un temor permanente que obstaculiza las relaciones armónicas entre heterosexuales y ho-

⁴⁴ M. Radkowsky y L. J. Siegel, "The gay adolescent: stressors, adaptations and psychosocial interventions" en *Clin Psychol Rev* 17(2), 1997.

⁴⁵ S. M. Stronski y G. Remafedi, "Adolescent homosexuality", en *Adv Pediatr* 45, 1998; C. T. McQuillan y J. Rodríguez, "Adolescent suicide: a review of the literature", *Bol Asoc Med P R* 92(1-3), 2000; C. Bagley y P. Tremblay, "Elevated rates of suicidal behaviour in gay, lesbian, and bisexual youth", en *Crisis* 21(3), 2000, y C. Bagley y P. Tremblay, "Suicidal behaviours in homosexual and bisexual males", en *Crisis* 18(1), 1997.

mosexuales; sin embargo, debe reconocerse que los mayores costos han estado a cargo de los homosexuales, quienes enfrentan mayor depresión, ansiedad, pensamientos e intentos suicidas, situaciones que disminuyen su prevención frente al VIH/SIDA. El sufrimiento psíquico que experimentan los homosexuales no se desprende de su orientación sexual, sino de las imposiciones culturales que los llevan a vivir su identidad en silencio; a experimentar el placer sexual en la clandestinidad y en la oscuridad que le impone una prohibición simbólica.

Además de combatir la homofobia individual debe avanzarse en la reglamentación para penalizar la discriminación por orientación sexual en su dimensión institucional; modificarse los modelos dominantes de masculinidad; resignificar la sexualidad, reconocerla como una dimensión social en la que se manifiesta la diversidad humana que se debe respetar. Los profesionales de la salud deben integrar en sus códigos de ética el respeto a la orientación sexual y capacitarse en los problemas específicos de la población homosexual.

El evidente exceso de trastornos mentales en los homosexuales se explica distinguiendo que la estigmatización y la discriminación crean un contexto hostil que vulnera a los homosexuales frente a dichas enfermedades mentales,⁴⁶ y que los expone a otras. La intolerancia y la opresión internalizada por las víctimas⁴⁷ es el último eslabón de un amplio proceso social que para modificarlo exige de medidas que reviertan la desigualdad, lo cual incluye mayor equidad y estatus jurídicos iguales, esto permitiría la asertividad personal y la identificación positiva de los homosexuales en una sociedad diversa pero equitativa.

⁴⁶ I. H. Meyer, "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence", en *Psychol Bull* 129 (5), septiembre de 2003.

⁴⁷ Erwin, *op. cit.*

Bibliografía

- Aguado, J. C. y Portal, A. M., "Ideología, identidad y cultura: tres elementos básicos en la comprensión de la reproducción cultural", en *Boletín de Antropología Americana* 23, 1991, pp. 67-82.
- Bagley, C. y P. Tremblay, "Suicidal behaviours in homosexual and bisexual males", en *Crisis* 18(1), 1997, pp. 24-34.
- Bagley, C. y P. Tremblay, "Elevated rates of suicidal behaviour in gay, lesbian, and bisexual youth", en *Crisis* 21(3), 2000, pp. 111-117.
- Beck, A., I. McNally y J. Petrak, "Psychosocial predictors of HIV/STI risk behaviours in a sample of homosexual men", en *Sex Transm Infect* 79(2), 2003, pp. 142-6.
- Bourdieu, P., *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama, 2000.
- Breihl, J., "Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología", Ecuador, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1995.
- Bustos, O., "La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación", en Consejo Nacional de Población (eds.), *Antología de la sexualidad humana*, Tomo I, México, CONAPO, 1994, pp. 267-298.
- Cáceres, A., "Homosexualidad ego-distónica", en *Sexología y Sociedad* 3, 1997, pp. 15-19.
- Comisión Ciudadana contra los Crímenes de Odio por Homofobia, *Reporte de la Comisión Ciudadana contra los Crímenes de Odio por Homofobia 2000*, México, CCCCOH, 2000.
- Cole, S. W., M. E. Kemeny, S. E. Taylor y B. E. Visscher, "Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity" en *Health Psychol* 15(4), julio de 1996, pp. 243-51.

- Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación, *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, México, CONAPRED/SE-DESOL, 2005.
- Donangelo, M. C., “La medicina en la sociedad de clases”, en M. C. Donangelo (coord.), *Salud y sociedad*, Sao Paulo, Librería Dos Ciudades, 1976.
- Doyal, L., y I. Gough, *Theory of human needs*, London, McMillan, 1991.
- Erwin, K., “Interpreting the evidence: competing paradigms and the emergence of lesbian and gay suicide as a ‘social fact’”, en *Int J Health Serv* 23(3), 1993, pp. 437-53.
- Foucault, M., *Historia de la sexualidad*, México, Siglo Veintiuno, 1999.
- García, M. I., *El señor de las uvas*, México, UAM, 1997.
- Granados, J. A., “Orden sexual y alteridad. La homofobia masculina en el espejo”, *Revista Nueva Antropología* 61, 2002, vol. XVIII, pp. 79-98.
- Granados, J. A., “Homosexualidad y medicina. Prácticas sociales en tensión”, en *Revista Cuicuilco* 2006, 13 (36), pp. 293-319.
- Guinsberg, E., “Psico(pato)logía del sujeto en el neoliberalismo”, *Revista Tramas: Subjetividad y Procesos Sociales* 6, 1994, pp. 21-36.
- Hylland, E. T., *Small places, large issues. An introduction to social and cultural anthropology*, London, Pluto Press, 1995.
- Jones, L. S., “Attitudes of psychologists and psychologistis-in-training to homosexual women and men: an Australian study”, en *Journal of Homosexuality* 39(2), 2000, pp. 113-32.
- Jorm, A. F., A. E. Korten, B. Rodgers, P. A. Jacomb y H. Christensen, “Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults”, en *Br J Psychiatry* 180, mayo de 2002, pp. 423-7.

- Kelly, J., J. Lawrence, S. Smith, H. Hodd y D. Cook. "Medical student's attitudes towards AIDS and homosexual patients", en *J Med Educ* 62, 1987, pp. 549-556.
- Kelly, J. A., J. S. Lawrence y T. L. Brasfield, "Predictors of vulnerability to AIDS risk behavior relapse", en *J Consult Clin Psychol* 59 (1), febrero de 1991, pp. 163-6.
- Kimmel M., *Hombres: placer, poder y cambio*, Santo Domingo, CIPAF, 1989.
- Lackner, J. B., J. G. Joseph, D. G. Ostrow, R. C. Kessler, S. Eshleman, C. B. Wortmar, K. O'Brien, J. P. Phair y J. Chmiel, en *J Nerv Ment Dis* 181(1), enero de 1993, pp. 4-12.
- Laurell, A. C., "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad", en M. I. Rodríguez (coord.), *Lo biológico y lo social*, Washington, Organización Mundial de la Salud, 1995.
- Leite, O., Homossexualismo masculino, lateralidad cerebral, inmunología y Sida, *Arq Bras Psicol.* 40 (1), 1988, pp. 17-31.
- Levy, J., "Considerações sobre a homossexualidade", en *Bol psiquiatr* 15(1), 1982, pp. 5-31.
- Levy, J., "O DSM-III e a homossexualidade", en *Bol Psiquiatr* 17(4), 1984, pp. 149-55.
- Lock, J. y H. Steiner, "Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey", en *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38 (3), marzo de 1999, pp. 297-304.
- McQuillan, C. T. y J. Rodríguez, "Adolescent suicide: a review of the literature", *Bol Asoc Med P R* 92 (1-3), 2000, pp. 30-8.
- Meyer, I. H., "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence", en *Psychol Bull* 129 (5), septiembre de 2003, pp. 674-97.
- O'Leary, A., D. Purcell, R. H. Remien y C. Gomez, "Childhood sexual abuse and sexual transmission risk behaviour among HIV-positive

- men who have sex with men”, *AIDS Care* 15(1), febrero de 2003, pp. 17-26.
- ONUSIDA, Programas Nacional de SIDA, *Guía para el monitoreo y la evaluación. Génova: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA*, 2000.
- Opler, M., “Aspectos antropológicos y culturales comparados de la homosexualidad”, en D. Marmor, *et. al.* (comp.), *Biología y sociología de la homosexualidad*, Buenos Aires, Paidós, 1991, pp. 149-169.
- Perkins, D.O., R. A. Stern, N. R. Golden, C. Murphy, D. Naftolowitz y D. I. Evans, “Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonepicercenter of the AIDS epidemic” en *Am J Psychiatry* 151(2), febrero de 1994, pp. 233-6.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud*, México, Secretaría de Salud, 2001.
- Radkowsky, M. y L. J. Siegel, “The gay adolescent: stressors, adaptations and psychosocial interventions” en *Clin Psychol Rev* 17(2), 1997, pp. 191-216.
- Ramirez-Valles, J., “The protective effects of community involvement for HIV risk behavior: a conceptual framework”, *Health Educ Res* 17(4), agosto de 2002, pp. 389-403.
- Rotheram-Borus, M. J., M. Rosario, H. Reid y C. Koopman, “Predicting patterns of sexual acts among homosexual and bisexual youths”, *Am J Psychiatry* 152(4), abril de 1995, pp. 588-95.
- Schnaith, N., “Condición cultural de la diferencia psíquica de los sexos”, en M. Lamas y F. Saal, (coords.), *La bella (in)diferencia*, México, Siglo Veintiuno, 1998, pp. 43-78.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Registro Nacional de Casos de SIDA*, 2004, disponible en: www.ssa.gob.mx/conasida

- Skegg, K., S. Nada-Raja, N. Dickson, C. Paul y S. Williams, "Sexual orientation and self-harm in men and women", en *Am J Psychiatry* 160(3), marzo de 2003, pp. 541-6.
- Stronski, S. M. y G. Remafedi, "Adolescent homosexuality", en *Adv Pediatr* 45, 1998, pp. 107-44.
- Vera, L., "Historia de la sexualidad", en *Rev. Biomédica* 9(2), México, pp. 116-121.
- Weeks, J., *Sexualidad*, México, Paidós/UNAM 2000.

La tolerancia, el respeto a la dignidad y la compasión como fundamento del rechazo a la homofobia

María Teresa de la Garza Camino

Declaración Universal

En 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En 1966, aprobó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Estos documentos constituyen la Carta Internacional de Derechos Humanos. A partir de la aprobación de la Declaración Universal, empieza un proceso de formulación de diversas declaraciones, pactos y convenciones destinados a cubrir de forma más concreta las áreas señaladas en estos documentos básicos, así como de nuevas áreas, como sucede con el medio ambiente y la genómica.

Así surgieron numerosas organizaciones internacionales destinadas a la promoción y a la protección de los derechos humanos. Algunas de estas organizaciones son Amnesty International, Human Rights Watch, el Comité Internacional de la Cruz Roja y otras. Además existen diversas organizaciones nacionales con la misma finalidad, al interior de la mayoría de los países.

Con la Declaración de 1948 comienza una tercera y última fase en la que la afirmación de los derechos humanos es a la vez universal y positiva [...] Son los derechos del hombre en cuanto derechos del ciudadano del mundo [...] Los derechos humanos nacen como derechos naturales universales, se desarrollan como derechos positivos particulares, para encontrar al fin su plena realización como derechos positivos universales.¹

Para Bobbio, la Declaración Universal representa un enorme logro para la humanidad, ya que por primera vez en la historia un sistema de principios fundamentales de la conducta humana es aceptado libremente, a través de sus gobiernos, por la mayor parte de los seres humanos. El sistema de valores que la constituye se hace realmente universal, no sólo en principio, sino como un hecho.

La importancia de este reconocimiento se debe al estrecho vínculo entre derechos humanos, democracia y paz. La democracia no puede existir sin derechos humanos reconocidos y protegidos. La verdadera democracia garantiza las condiciones mínimas para solucionar los conflictos de manera pacífica.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de la Naciones Unidas, empieza con estas palabras: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.

A lo largo de la historia la filosofía ha tratado de fundamentar los derechos humanos en ideales diferentes como la igualdad, la autonomía, la libertad, la racionalidad, la dignidad de la persona.

Los orígenes del universalismo moral, base de la doctrina de los derechos humanos, se remontan a Aristóteles y a los estoicos. En la *Ética nicomaquea*, Aristóteles argumenta la existencia de

¹ Norberto Bobbio, *El tiempo de los derechos*, Sistema, Madrid, 1991, pp. 135-136.

un orden moral natural que proporciona las bases para todos los sistemas racionales de justicia y los criterios para evaluar la legitimidad de todos los sistemas legales. Al distinguir entre “justicia natural” y “justicia legal” nos dice que la justicia natural es aquella que tiene la misma validez en todas partes y que no depende de la aceptación de los hombres. La forma de acceder a esta justicia natural es el ejercicio de la razón, libre de los efectos del prejuicio y del deseo.

Esta idea se expresa de manera similar en los estoicos romanos como Cicerón y Séneca, quienes aceptan la existencia de un código moral universal originado en la voluntad racional de Dios, y cuya autoridad trasciende todo código humano.

La idea de que a todos los seres humanos nos es común la razón, está presente también en Marco Aurelio, y lo conduce a la concepción de una ley común a todos los seres humanos.

Los pensadores medievales conservan la creencia en la existencia de esta comunidad moral universal; por ejemplo, Santo Tomás de Aquino y la escolástica española, que desarrollan el *derecho de gentes* en defensa de los indígenas frente a los conquistadores. Para Tomás de Aquino existe una ley natural que puede ser conocida por los seres humanos mediante la razón y es posible deducir de ella normas de conducta.

Pero la teoría de los derechos humanos surge de manera más clara durante los siglos XVII y XVIII en Europa, con la doctrina ilustrada de la ley natural o *iusnaturalismo*. Uno de los expositores principales de esta posición es John Locke, quien afirma que los individuos poseen derechos naturales que anteceden a y son independientes de cualquier comunidad política. Los derechos naturales surgen de la ley natural originada en Dios, pero que puede ser descubierta por la razón. Todos los seres humanos tenemos para con Dios la obligación de la autoconservación y, para cumplirla, tenemos que estar libres de las

amenazas a nuestra vida y libertad, así como contar con los medios necesarios, que para Locke se centran en la propiedad privada. Este deber de autoconservación hace necesaria la existencia de los derechos básicos a la vida, a la libertad y a la propiedad.

De acuerdo con su postura, la única justificación para la creación de un gobierno está en la protección y promoción de los derechos individuales básicos. Por ello, los derechos naturales: a la vida, a la libertad y a la propiedad, marcan los límites a la autoridad y jurisdicción del Estado. Locke proporciona el precedente para establecer la autoridad política legítima sobre la base de los derechos naturales, pero aún falta un paso para acercarnos a la concepción contemporánea de los derechos humanos, este paso consistirá en fundamentar los derechos sin recurrir a la autoridad divina.

El filósofo alemán del siglo XVIII, Immanuel Kant, dará ese paso. La filosofía moral de Kant sigue siendo importante en las justificaciones contemporáneas de los derechos humanos, especialmente en lo que se refiere a los ideales de la igualdad y la autonomía moral de los seres humanos, donde alcanza su dignidad, ya que éstas no pueden ser reducidas a medio o instrumento de cualquier fin, por legítimo que sea. Kant nos proporciona el medio para justificar los derechos humanos como la base de la autodeterminación, sustentada en la autoridad de la razón humana. Para él, la capacidad de ejercitar la razón es la característica distintiva de la humanidad y la base para justificar la dignidad humana.

Los derechos humanos son los que nos otorgamos a nosotros mismos como seres autónomos y formalmente iguales; estos derechos, por tanto, se originan en las propiedades formales de la razón humana y no en la voluntad de un ser divino.

Ideas como las de Locke y Kant pertenecen al proyecto general de la Ilustración que se formula durante los siglos XVII y XVIII, pero cuya influencia se extiende hasta nuestros días. Ideales como los derechos

naturales, la autonomía moral, la dignidad humana y la igualdad se convirtieron en el fundamento de los intentos de reconstrucción de los sistemas políticos modernos. Pero a pesar de que estos ideales surgen en la Ilustración, la formulación actual de los derechos humanos se genera en el siglo XX, en gran parte como respuesta a una de las más atroces violaciones a estos derechos: el Holocausto ocurrido durante la Segunda Guerra Mundial.

La Declaración Universal representa el movimiento inicial de un proceso que se ha extendido paulatinamente. A pesar de que la meta final de este proceso se mantiene como una utopía, es indudable que se ha recorrido un camino importante.

Pero la aparición de nuevos problemas hace necesario extender el ámbito de los derechos, por ejemplo, los derechos ambientales, los derechos a la calidad de vida e incluso a la herencia genética.

La comunidad internacional enfrenta actualmente no sólo el problema de garantizar los derechos ya formulados, sino el de perfeccionar, actualizar y especificar el contenido de la Declaración, manteniendo este documento vivo.

A pesar de los avances logrados nos espera todavía un largo camino para que todos los seres humanos tengamos nuestros derechos garantizados plenamente.

Los derechos de los pacientes se han convertido en el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales. Ya desde fines de la Segunda Guerra Mundial, las Naciones Unidas, la UNESCO, la Organización Mundial de la Salud y, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa han impulsado declaraciones o promulgado normas jurídicas sobre diversos aspectos de esta cuestión. Especial relevancia tiene el Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina, del 4 de abril de 1997, documento en el que se reconoce la necesidad de proteger los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina.

Por su parte, la ética médica no sólo pide el respeto, sino la defensa de los enfermos contra las violaciones a sus derechos, específicamente el derecho a la salud que implica el acceso igualitario a los servicios de salud y la justa asignación de los recursos médicos, de infraestructura, tecnológicos, medicamentos, distribución de tiempo, con el fin de asegurar el derecho a la preservación de la salud. Los derechos del paciente se ven amenazados cuando existen factores que son utilizados como motivo de discriminación, tales como la condición socioeconómica, el género, la raza, la preferencia sexual; en este último ejemplo de posibles factores de discriminación podemos situar la homofobia.

El término homofobia ha sido utilizado para referirse al miedo, odio, prejuicio o discriminación contra las personas homosexuales. La homofobia se continúa estudiando por los psicólogos, sociólogos y médicos psiquiatras. También en los estudios políticos se ha vinculado la homofobia con los gobiernos autoritarios y las dictaduras, tanto de derecha como de izquierda.

Lo que es indudable es que las prácticas homofóbicas constituyen un atentado contra los derechos humanos, y una conducta éticamente condenable. Ésa es la perspectiva desde la que parte el presente trabajo, la perspectiva de mi disciplina: la filosofía, específicamente la ética.

Tomaré tres conceptos filosóficos que a mi juicio pueden ayudarnos a fundamentar la necesidad de relaciones éticamente aceptables, constructivas y saludables entre los seres humanos en general y, específicamente, entre los pacientes y el personal médico. Indudablemente, a pesar de la igualdad ontológica de los seres humanos, nos enfrentamos en la vida cotidiana y profesional con las diferencias de género, de edad, de raza, de religión, posición política, etcétera.

Las sociedades contemporáneas enfrentan también problemas derivados de la convivencia de diferentes culturas en el seno de una

misma sociedad, ya sea debido a la constitución misma de la población o por la creciente migración.

Estas diferencias representan un reto a la convivencia y al desarrollo pero, al mismo tiempo, pueden ser una oportunidad de enriquecimiento si logramos vencer la tentación de la exclusión o la marginación de algunos grupos por parte de la mayoría. Para enfrentar estos problemas relativos a la diferencia, entre los que hoy destacamos la diferencia en la preferencia sexual, recurriré a los principios iniciales de los derechos humanos, en los que se encuadran los derechos de los pacientes.

La tolerancia

A partir de la Reforma y la Contrarreforma, Europa fue asolada por la guerra y la violencia en nombre de la religión. Es entonces cuando crece la conciencia del poder destructivo de la intolerancia y se advierte la necesidad de estudiar la relación entre las creencias religiosas y el poder político.

La tolerancia nace como tolerancia religiosa pero, poco a poco, el concepto se amplía con el objeto de defender las diferencias de pensamiento, de cultura y de posiciones políticas frente al poder del Estado.

En el siglo XIX el concepto de tolerancia se desarrolla unido al de liberalismo con el fin de salvaguardar los derechos del individuo, especialmente la libertad. John Stuart Mill, por ejemplo, argumenta que el único límite a la libertad de un individuo es la prevención del daño a otros. De este modo, el concepto de tolerancia se convierte en un componente fundamental de la teoría liberal.

En nuestro tiempo, la tolerancia es uno de los valores fundamentales de la democracia y componente inseparable de la teoría de los derechos humanos; de acuerdo con Victoria Camps, la tolerancia

es la virtud indiscutible de la democracia, y la intolerancia conduce directamente al totalitarismo. Una sociedad plural descansa en el reconocimiento de las diferencias, de la diversidad de las costumbres y formas de vida.

Pero lo que a veces entendemos por tolerancia no siempre representa un valor positivo ni una virtud política, por ello es necesario distinguir la verdadera tolerancia de aquellas modalidades que no lo son realmente. Si bien la verdadera tolerancia representa un valor necesario, no es suficiente para garantizar la justicia social y la equidad, aquí es donde la reflexión sobre la compasión complementa y dinamiza la fuerza de cohesión social.

Con respecto a las formas negativas de la tolerancia, la primera de la que nos ocuparemos es la que se refiere a tolerar como soportar o aguantar aquello o aquellos a los que realmente se reprueba, rechaza o condena. Esta seudotolerancia en realidad es una forma de enmascaramiento tras la que sigue prevaleciendo el rechazo por el otro, por el diferente, y mediante la que se fomentan situaciones de dominio y de desigualdad social y política. Tolerar, en este sentido negativo, equivale a aceptar la inferioridad del otro y, por tanto, a ofender su dignidad. Sin embargo, es indudable que aun esta forma negativa de la tolerancia es preferible a la intolerancia en la que el rechazo es absoluto y llega a la violencia contra el otro.

Otro modo negativo de la tolerancia es la total indiferencia o la indiscriminada aceptación de todo, que nos puede llevar a la aceptación de lo inaceptable y así a su autoanulación, ya que si todo vale, en realidad, nada vale.

La auténtica tolerancia no es indiferencia, ya que distinguir y valorar es inherente al ser humano. Pero tampoco implica la claudicación de las propias convicciones y valores.

El dato más significativo es el de la paradoja que conlleva la genuina tolerancia y se expresa en lo visto por Voltaire cuando sostiene

que, con la misma fuerza con que habría de defender frente al otro sus propias convicciones, respetaría y defendería, a la vez, el derecho que ese otro tiene a defender las suyas. Lo cual revela que en su sentido positivo, como efectiva virtud, la tolerancia está fundamentada en un nivel más profundo de valor que es justamente el del *respeto* y el *reconocimiento* del otro en su propia dignidad.²

Es en ese nivel en el que la diferencia es en realidad una oportunidad de enriquecimiento mutuo a través del diálogo. La auténtica tolerancia se procura en la voluntad de escucha, de comprensión, de tomarse en serio al otro en su dignidad. La tolerancia es imprescindible para la coexistencia pacífica en las sociedades, que es un principio moral sustantivo: el rechazo a la violencia.

La dignidad

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana [...]

Declaración Universal de los Derechos Humanos

El concepto de dignidad se encuentra en diferentes tradiciones religiosas y filosóficas. En un principio hacía referencia a la pertenencia a una posición dentro de la jerarquía social. Comportarse dignamente era comportarse de acuerdo con el propio rango.

² J. González, “Los límites de la tolerancia”, en *Memorias del seminario internacional sobre tolerancia*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2001, p. 244.

La dignidad es el valor que conviene al ser humano, el que es distintivo de su especificidad. En la *Oración sobre la dignidad humana* de Giovanni Pico della Mirandola, humanista renacentista, dignidad se corresponde con libertad y humanidad.

No te dimos ningún puesto fijo, ni un rostro propio, ni un oficio peculiar [...] Para que el puesto, la imagen y los oficios que desees para ti, los tengas y poseas por tu propia decisión y elección. Para los demás [seres] hemos prescrito una naturaleza contraída dentro de ciertas leyes. Tú, no sometido a cauces algunos angostos, te la definirás según tu arbitrio. [...] Te coloqué en el centro del mundo, para que volvieras [...] la vista a tu alrededor y miraras todo lo que hay en este mundo. Ni celeste, ni terrestre te hicimos, ni mortal, ni inmortal para que tú mismo, como modelador y escultor de ti mismo más a tu gusto y honra, te forjes la forma que prefieras para ti. Podrás degenerar a lo inferior [...] podrás realzarte hasta los órdenes superiores de la vida por tu misma decisión.

Kant vincula la dignidad a la condición racional del ser humano, y por tanto la dignidad es un valor independiente de las condiciones sociales, el género, la edad, la preferencia sexual o cualquier otra característica individual.

[...] La naturaleza racional existe como fin en sí mismo [...] Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio [...].

En el reino de los fines todo tiene un *precio* (*Breis*) o una *dignidad* (*Würde*). Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo *equivalente*; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad, la

moralidad y la humanidad, en cuanto que ésta es capaz de moralidad es lo único que posee dignidad. (I. Kant).

Lo que está por encima de todo precio, aquello que no tiene equivalente que lo sustituya, eso tiene dignidad, que es propia del ser humano. La dignidad del ser humano consiste en que es un fin en sí misma, capaz de darse sus propias leyes. El valor dignidad exige respeto, de tal modo que respeto y dignidad son correlativos, no se puede entender el uno sin la otra.

La dignidad puede considerarse como el valor propio del ser humano, distintivo de su especificidad, de su naturaleza propia o esencial y de su grandeza, cifrada fundamentalmente en su *libertad*.³

La dignidad es una manera de comprender al hombre, de la cual deriva una manera de “tratar” al hombre; coincide con la fundamental e inquebrantable forma en que el ser humano ha de verse y asumirse a sí mismo, y ha de ver y asumir a los otros seres humanos: como un *fin en sí* y no como medio o instrumento.

Es evidente que la idea de dignidad es correspondiente a la de *respeto*, particularmente la de respeto o “estima de sí” (Rawls), inseparable de la de respeto al otro, todo otro, en tanto que humano. Es señaladamente un concepto de *relación*: se refiere a la forma de trato, consideración o respeto que hemos de tener para *con* los otros, pero también para con nosotros mismos. La dignidad se quebranta cuando el otro no es respetado en su condición de fin en sí mismo, sino como medio para otros fines. Cuando es tratado como “objeto”

³ Como es de suyo evidente, la dignidad humana, para el creyente, coincide con la divinidad misma del hombre, con su condición de ser creado “a imagen y semejanza...”. En congruencia, por tanto, con nuestro enfoque, la idea de dignidad a la que aquí hemos de atender es la que corresponde a su sentido laico, estrictamente filosófico.

(“en sí”), y no como “sujeto” (“para sí”); como cosa y no como persona, en su libertad (Sartre).⁴

La compasión

Pero en el planteamiento moderno de los derechos humanos, de la dignidad, de la tolerancia, no aparece nunca el *tú*, aquello que hace a cada uno de los seres humanos único e irrepetible, irreductible al concepto de *humanidad*. El *tú* es lo que conforma la singularidad de cada cual y que podríamos designar como “prójimo”. En esta perspectiva es ineludible el esclarecimiento de la relación con el otro, con el diferente que, al mismo tiempo, es el prójimo. Si la desigualdad entre los hombres que causa el sufrimiento de algunos es resultado de la acción humana, es claro que nos encontramos ante una negación del hombre por el hombre, ante una injusticia que debe ser remediada. El sufrimiento nos permite descubrirnos como diferentes y enfrentados, pero es también la experiencia que nos lleva a la moralidad.

La respuesta a la pregunta del que sufre es la compasión, y esta respuesta consiste en hacernos cargo del otro. Responder es asumir la responsabilidad, hacerme cargo del otro que sufre y, así, la moralidad se centra en la compasión y en la búsqueda de la justicia.

La relación con el otro es asimétrica: el yo renuncia a su narcisismo y se pone al servicio ajeno sin esperar reciprocidad alguna. Desde esta subjetividad ética se llega a la idea de una justicia objetiva, encarnada en un sistema de leyes, de instituciones políticas, etcétera.

⁴ No hay quizás en la literatura filosófica descripciones fenomenológicas más profundas (y desoladoras) de la “cosificación” del hombre por el hombre que las que realiza Jean Paul Sartre, tanto en *El Ser y la Nada* como en su obra teatral.

La responsabilidad se vincula con la compasión. Es a través de ella como admitimos que somos responsables, aun por lo que no hemos hecho personalmente, y remediar la injusticia es un deber insoslayable. De este modo se entiende la responsabilidad como constitutiva del sujeto moral.

Cuando, en efecto, mi constitución ontológica depende del otro, sin mediación alguna, mi destino está ligado al suyo [...] no puedo llegar a mí mismo si el otro no me señala el camino.⁵

La prioridad para el personal médico debe ser el bienestar y el mejor interés del paciente. Esto implica el respeto a la individualidad de la persona y a su dignidad, el trato compasivo y calificado para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad, la invalidez e incluso la muerte.

⁵ Reyes Mate, *Memoria de Occidente*, Barcelona, Anthropos, 1997, p. 275.

Bibliografía

- Bobbio, Norberto, *El problema de la guerra y las vías de la paz*, Gedisa, Barcelona, 1982.
- _____, *El tiempo de los derechos*, Sistema, Madrid, 1991.
- Camps, Victoria, *Historia de la ética* (tres volúmenes), Crítica, Barcelona, 2002.
- De la Garza, María Teresa, *Política de la memoria. Una mirada sobre Occidente desde el margen*, Anthropos, Barcelona, 2002.
- González, J., *Los límites de la tolerancia*, en Memorias del seminario internacional sobre tolerancia. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2001.
- Marco Aurelio, *Obras completas*, 1985,
- Mate, Reyes, *Memoria de Occidente*, Anthropos, Barcelona, 1997
- Sobrevilla, David (comp.), *El derecho, la política y la ética*, Siglo XXI/UNAM, México, 1991.
- ONU, www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm, 2003.
- UNESCO, www.unesco.org/general/spa, 2003.

ACERCA
ACERCA
DE LOS AUTORES

Guillermo Soberón Acevedo es Médico Cirujano por la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, (1949) y Doctor en Filosofía en la especialidad de Química Fisiológica por la Universidad de Wisconsin (1956). Actualmente es Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética. Entre los puestos que ha ocupado destacan: Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud (1989-2004), a partir del 2004 funge como Presidente Emérito; Secretario de Salud (1982-1989); Coordinador de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República (1981-1982); Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM (1973-1977 y de 1977-1981); Coordinador de Investigación Científica de la UNAM (1971-1973); Director de Investigaciones Biomédicas de la UNAM (1965-1971); Jefe del Departamento de Bioquímica y Jefe de División de Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (1956-1965).

Dafna Feinholz Klip es Licenciada y Maestra en Psicología, y Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Maestra en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid.

Actualmente es Directora Ejecutiva de la Comisión Nacional de Bioética. Entre los cargos que ha ocupado destacan: Directora del Departamento de Epidemiología Reproductiva en el Instituto Nacional de Perinatología; Directora de Planeación y Desarrollo Académico en el Programa Mujer y Salud de la Secretaría de Salud; y Directora Sustantiva de la Comisión Nacional para el Genoma Humano. Es miembro del equipo de expertos internacionales convocado por la UNESCO para apoyar a países en desarrollo en la instalación de Comisiones Nacionales de Bioética y ha sido miembro de diversos comités de ética en investigación.

Liliana Velázquez Ramírez es Presidenta de Amnistía Internacional México.

Ricardo Hernández Forcada es Director del Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, México.

Rodolfo Millán es Asesor Jurídico de la Comisión Ciudadana de Crímenes de Odio por Homofobia.

Agustín Ramírez Ramírez es Subcomisionado Jurídico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico/CONAMED.

José Luis Gutiérrez Espíndola es Director General Adjunto de Vinculación, Programas Educativos y Divulgación del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED).

Lore Aresti es profesora e investigadora de Psicología Social en la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.

María de la Luz Sevilla González es Coordinadora Académica de la Maestría en Bioética de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Ángel Arellano es miembro activo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica y de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. Adscrito al Servicio de Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la Secretaría de Salud.

Jorge Saavedra es Director General del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

José Arturo Granados Cosme es profesor-investigador de la Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.

María Teresa de la Garza Camino es profesora e investigadora en la Universidad Iberoamericana de ética, filosofía política y filosofía de la educación. En la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM imparte filosofía contemporánea.

HOMOFOBIA Y SALUD
se terminó de imprimir
en el mes de mayo de 2007
en los talleres de
Grafía Editores, SA de CV.
Se tiraron mil ejemplares
más sobrantes para reposición.

Diseño *Laura Novelo Q.*