

SALUD NO TIENE PLURAL. DE LA JERARQUIZACIÓN DEL GÉNERO A LA ESTABILIZACIÓN DEL SEXO.

Godoy Lorite, Ildefonso
Departamento Ciencias Sociales
Universidad Pablo de Olavide
igodoylorite@gmail.com

RESUMEN

El objetivo de la presente comunicación es esbozar algunas cuestiones de partida a modo de marco argumental desde el que desarrollo parte de mi investigación de tesis, las cuales pretenden orientar la pertinencia del abordaje de la gestión de la alteridades sexuales por la SALUD. Los análisis de género contribuyen a desenmascarar la matriz jerárquica, patriarcal y androcéntrica presente en la atención sanitaria y las regulaciones de *lo saludable*, atendiendo principalmente a los *sesgos*, con las invisibilizaciones, estereotipos y sus distribuciones de poder y subordinación en detrimento de las mujeres. Sin embargo, partimos de la premisa de que la salud en su gramática en singular neutraliza y estandariza el sexo, estabiliza su existencia al considerarlo una mera determinación biológica predada, invisibiliza su productividad, especulación y regulaciones por parte del dispositivo de la sexualidad (Foucault, 1992) que, según nuestros presupuestos, transversalizaría el concepto de salud, cuyo desarrollo consideramos de matriz heteronormativa. Pretendemos acercarnos a los discursos sociales-institucionales que designan a los cuerpos que no siguen el patrón lineal sexo-género-deseo heterosexual (a los que llamamos *exceptuados*) como *no saludables*. La salud, según nuestro empeño al considerarla institución impregnada de heteronormatividad, construiría y reforzaría las sexualidades generizadas, consolidando la equivalencia lineal y unitaria sexo-género-deseo heterosexual como *estándar de lo saludable*.

PALABRAS CLAVE

Salud, género, sexo, sexualidad, heteronormatividad, hegemonía, articulación, alteridad, exclusión.

1. LA JERARQUIZACIÓN DEL GÉNERO

El sexo se convierte en inteligible a través de los signos que indican cómo debería ser leído o comprendido. Estos indicadores corporales son los medios culturales a través de los cuales se lee el cuerpo sexuado. Estos mismos indicadores son corporales y funcionan como signos, por lo tanto no se puede distinguir de una manera simple entre lo que es "materialmente cierto" y lo que es "culturalmente cierto" acerca de un cuerpo sexuado. No trato de sugerir que los signos puramente culturales producen un cuerpo material, sino sólo que el cuerpo no se convierte en descifrable sexualmente sin estos signos, y que dichos signos son culturales y materiales a la vez y de manera irreductible. (Butler, 2006: 129-130)

Las desigualdades entre géneros son desigualdades entre sexos¹. El orden normativo de las desigualdades siempre implica jerarquización, una estratificación que distribuye valores, dominios y subordinaciones, que crea (produce) norma y normatividad y edifica lo que se considera normal y lo que no lo es. Podemos decir que la sociedad occidental se organiza en torno a una matriz jerárquica que funciona estratificando y (hetero)designando² correcciones o sancionando (validando) las conformidades normativas. Esta vertebración jerárquica hegemónica, gestada en la Modernidad, es de estructura patriarcal, androcéntrica y de tradición judeocristiana, lo que implica que la jerarquización primera es sobre hombres y mujeres, donde la subcultura masculina es la dominante. Estamos hablando no sólo de sexos, sino también de los modelos y representaciones de masculinidad y feminidad esculpidos en los cuerpos y difundidos por las formas culturales hegemónicas de cada sociedad según las distintas épocas (Mayobre, 2006: 23).

La cosmovisión occidental está vertebrada en torno a categorías binarias, dicotómicas, consolidándose a través del refrendo del *falogocentrismo*³ y la lógica cartesiana que caracteriza

¹ Con esta frase inicial lo que pretendo poner de relieve es que, siguiendo a Butler, 2006; Esteban, 2006; Laqueur, 1994; y Nieto, 1998, el concepto occidental de sexo obedece a una construcción desde un enfoque eminentemente jerárquico, binarista, dicotomizador y heterosexual del cuerpo humano (y de las relaciones sexuales), que "condiciona la manera de percibirnos, cómo se nos percibe y de percibir social y médicamente a mujeres y hombres" (Esteban, 2006:14).

² Tomamos la definición de *heterodesignación* de Rodríguez Magda (1994: 220): "la definición del otro por parte de quien tiene el poder de la palabra". Define al grupo hegemónico como el detentador del poder/saber y al grupo heterodesignado aquel supeditado al primero y definido por este. En relación con el concepto de diferencia, expresa: "lo diferente entra dentro de las estrategias de dominio, de la exclusión/integración y como zona heterodesignada, definida por parte del grupo hegemónico (detentador del poder/saber que, al definirse como uno, autónomo e idéntico, ha de separar de su seno todo lo diferente" (Ibid.: 96-97).

³ Derrida utiliza *logocentrismo* para caracterizar que la búsqueda constante de la *verdad* fue lo que definió la esencia del pensamiento occidental desde Platón. El logocentrismo es una orientación intelectual, un sistema dual de pensamiento basado en la organización bipolar y jerárquica de la realidad, donde existe una priorización jerárquica del primer término sobre el segundo, lo cual justificaría una concepción asimétrica de los sexos. La filosofía postmoderna, especialmente la deconstrucción derrideana, plantea un reto a la distinción sexo género. "La crítica de Derrida al "falogocentrismo" puso de relieve lo inextricables que resultan algunas figuras fundamentales del pensamiento occidental, como mente vs. materia, u hombre vs. mujer, de la llamada "metafísica de la presencia" (Soley-Beltrán 2009:4-5). El *falogocentrismo* expresa la idea que la tradición metafísica occidental está centrada en el *logos* y en el *andros*, "ya que tiende a una imagen estática de la realidad mediante la supresión del cambio y la sobreenfatización de lo presencial. La supresión del proceso viene acompañada por una confianza excesiva en la posibilidad de control y la concomitante explotación y dominio de la naturaleza, así como por la creencia en la transparencia de la razón –tradicionalmente la razón masculina- y el eurocentrismo que conlleva. La deconstrucción de Derrida contribuyó a la denuncia de la distinción sexo/género como intrínsecamente asociada a las tradicionales

la Modernidad. Según estos binarismos, lo masculino tiene más valor que lo femenino, lo que justificaría la subordinación femenina. Para ello en este orden normativo⁴ ha de haber un corpus hegemónico, dominante y unas subordinaciones (un afuera constitutivo –Mouffe, 1999:15-).

Puede decirse, siguiendo a Mayobre (2006:1-5), que las mujeres históricamente han sido cosificadas, objetualizadas, no teniendo acceso a la “autorrepresentación” (o sea, a la posibilidad de ser sujeto, de tener capacidad de nombrar y significar el mundo), sino sometidas a la *heterodesignación*, legitimada discursivamente por los “saberes hegemónicos” como la religión, la filosofía, la ciencia, la medicina... La ruptura con el objeto y la lucha por el “derecho a ser” pasa, según la autora, por el necesario cuestionamiento del sistema patriarcal, su desenmascaramiento y por la reconstrucción de la identidad femenina y/o de una nueva subjetividad. La autora expresa:

Epistemológicamente el acceso de las mujeres a la categoría de sujeto, a la autorepresentación, ha sido posible después de que éstas emprendieran un importante proceso de deconstrucción de su imagen especular [...] Esta postura de disidencia se incrementa enormemente en los últimos tiempos a partir de la labor de cuestionamiento sistemático del sistema patriarcal llevada a cabo por el feminismo, o mejor los feminismos, en alianza con diferentes corrientes hermenéuticas, críticas, y con el método deconstructivo⁵ derrideano. La lógica derrideana del reconocimiento de la alteridad ha sido aprovechada por el feminismo para criticar la concepción hegemónica y asimétrica de los sexos (Mayobre, 2006:24).

Si aplicamos una lectura con unas gafas mínimamente graduadas, se puede observar que ha existido y sigue existiendo en gran medida, una percepción esencialista y biologicista del cuerpo humano que legitima manifestaciones (y fundamentaciones) de distinción social, marginación-exclusión-discriminación, diferenciación en la asignación de esferas sociales y funciones, en las representaciones, simbología, expectativas..., en claro detrimento hacia las mujeres. Todo un sistema de poder y dominación inscrito en el cuerpo y *naturalizado* en la biología.

1.1. De jerarquía velada...

El género lo definimos con Rubin (1986, 1989) y Stolke (2003: 69-95), como el conjunto de características sociales y culturales fundantes de la masculinidad y feminidad construidas y asignadas (producidas y reproducidas) a las personas en función de su sexo. Designa actitudes, aptitudes, espacios, roles, funciones... en función de la catalogación como hombre o mujer. El

oposiciones –natural vs. lo social, hecho vs. valor, cuerpo vs. mente, materia vs. forma, y naturaleza vs. cultura” (Ibid.: 5)

⁴ En un rápido recorrido, podemos esquematizar así la genealogía ontológica de este actualizado orden normativo: el dualismo ontológico de Platón con el establecimiento del mundo sensible versus mundo de las ideas, da paso y se funde a la tradición aristotélica, con el repudio de los sentidos y del cuerpo en pro de la salvación del alma, orientando hacia la consagración de la lógica cartesiana, con el dualismo mente/cuerpo, base del pensamiento occidental hasta nuestros días. Siguiendo a Foucault, Butler, se consolida la jerarquización patriarcal, androcéntrica y heterosexual distribuidora de legitimidades y exclusiones, designa los patrones de normalidad y anormalidad, señala qué es posible y qué no lo es, y establece lo permitido y lo prohibido, lo adecuado y lo impertinente, lo habitable y lo que no lo es.

⁵ “El término *deconstrucción* se refiere propiamente al proceso empleado por Derrida para desvelar las metáforas en orden a atrapar su lógica interna, que normalmente consiste en una oposición binaria que oculta la dominación presente en toda diferencia (Alcoff). Pero “deconstrucción” ha pasado a significar, más ampliamente, todo proceso de desvelamiento, o mejor, “desmantelamiento” o “desbaratamiento” – términos en cualquier caso más “castizos”- de cualquier constructo cultural o ideológico (...)” (Molina Petit, 1992:142-143, nota 10). En este último y más general sentido será utilizado el término a lo largo del presente trabajo.

sistema sexo-género (Rubin, 1986, 1989), en relación a la sexualidad⁶, determina, orienta y disciplina cánones de feminidad y masculinidad y lo hace productiva y reproductivamente con bases de desigualdad y relaciones de poder asimétricas.

A continuación expondremos nuestra propuesta de considerar la salud como un espacio en el que se inscribe también este relatado orden normativo jerárquico, produciendo desigualdades basadas en un orden sexo-género en detrimento de las mujeres. Si bien con la herramienta del análisis de género es posible desmadejar, visibilizar e impugnar la densa trama patriarcal y androcéntrica urdida y desarrollada jerárquica y desigualmente, como veremos más adelante no hemos de olvidar el sexo ni considerarlo algo ajeno a sus intervenciones y regulaciones, neutro. Siguiendo a Foucault (1992:188), “el sexo, por el contrario, es el elemento más especulativo, más ideal y también más interior en un dispositivo de sexualidad que el poder organiza en su apoderamiento de los cuerpos, su materialidad, sus fuerzas, sus energías, sus sensaciones y sus placeres”. El sexo es una estabilización discursiva de poder, naturalizado y designado neutro por su consideración de biológicamente dado. El sexo, según esta conceptualización determinista hegemónica, se considera objetivo y constructor de identidad sexual y de género. Se invisibiliza su carácter productivo, la especulación y regulaciones por parte del dispositivo de la sexualidad (Foucault, 1992). Ésta, que de manera práctica designa qué y con quién se practica el sexo, se encuentra regulada por la salud-en-singular, en una arquitectura, bajo nuestro punto de vista, (hetero)normativa⁷. La sexualidad, pues, puede ser considerada un dispositivo de normalización.

En concreto, centrándonos ahora en los análisis de género, éstos contribuyen a remover y desestabilizar los cimientos androcéntricos y patriarcales de la biomedicina en tanto discurso y práctica hegemónica constructores y productores de salud, en donde veladamente opera el orden normativo, la matriz jerárquica a la que nos venimos refiriendo, a través de, fundamentalmente, estereotipos, invisibilizaciones y relaciones de poder y subordinación.

⁶ Siguiendo a Szasz (2004: 69), “entre las relaciones de poder y los significados que configuran las experiencias sexuales, destacan las relaciones de género. La construcción social de lo femenino y lo masculino aparece como una categoría fundante del modo como los sujetos viven las experiencias sexuales. La contribución más importante de los estudios feministas para el conocimiento de la sexualidad fue el reconocimiento de que los marcos de género son los que permiten interpretar lo sexual en las sociedades occidentales”.

⁷ Siguiendo a Dorlin (2008: 9-10), de manera general, “el sexo designa tres cosas: el sexo biológico, tal y como nos es asignado en el nacimiento –sexo varón o hembra-, el rol o el comportamiento sexuales que supuestamente le corresponden –el género, provisionalmente definido como los atributos de lo femenino y lo masculino- que la socialización y la educación diferenciadas de los individuos producen y reproducen; y por último la sexualidad, esto es, el hecho de tener una sexualidad, de “tener” o “hacer” sexo”, o dicho de otra manera, qué sexo y con quién se practica. “Las teorías feministas se vinculan con la problematización de estas tres dimensiones, de estas tres acepciones mezcladas del sexo. Trabajan a la vez sobre las distinciones históricamente establecidas entre el sexo, el género y la sexualidad y sobre sus relaciones. (...) La heterosexualidad reproductiva, en cuanto organización social dominante de la sexualidad, ¿es la norma legal, social, pero también médica, desde cuyo punto de vista pueden ser examinadas, hasta impugnadas, las categorías tanto de sexo como de género? Las teorías feministas, pues, no se vinculan solamente con la delimitación teórica y práctica entre lo que sería “natural” y “cultural” o “social” entre el sexo, el género y las sexualidades, sino con los principios, los postulados o las implicaciones, ideológicas, políticas, epistemológicas, de esta delimitación.” (Dorlin 2008: 9-10).

1.2...A las grietas de la matriz jerárquica: los sesgos.

Las distribuciones o marcos de género que operan en la salud, que la permean y atraviesan, están siendo desmadejadas. Los llamados sesgos⁸ de género en salud tienen mucho que ver con la “esencia” especular y dependiente (hetero)asignada a las mujeres. Una jerarquía que opera patriarcal y androcéntricamente donde la ciencia y demás “saberes hegemónicos” relegan a las mujeres a una “otredad” especular de ese patriarcado y androcentrismo (Mayobre, 2006). Este mandato hace complicado el *ser-en-sí-misma*, siendo tradicionalmente hija, madre o esposa de algún hombre (Lagarde, 1990), con funciones decisivamente cuidadoras, reproductoras, sanadoras, educadoras..., las cuales en la actualidad, lejos de desaparecer, son compaginadas con la productividad fuera de la casa, con los correspondientes costes para su salud de esta, al menos, triple jornada (Andrés, 2009; Calvente et al., 2004).

Esta pervivencia de la matriz jerárquica de investiduras especulares a la que nos venimos refiriendo, permea también la salud-institucional o la institución de la salud con el paradigma biomédico hegemónico. Siguiendo a Andrés (2009:16-19), el análisis de género en torno a la salud pretende aportar datos para redefinir enfermedades, criterios y pautas terapéuticas, desvelando los errores históricos basados en los estereotipos de ser hombre o mujer y en las relaciones de poder y subordinación establecidas entre los géneros tanto en el ámbito público como en el privado. El análisis de género nos permite visibilizar otros factores que ponen en evidencia dificultades específicas que tienen las mujeres para mantener o implementar su salud, de esta manera se podrá incidir sobre las causas que estructuran dichos factores de riesgo. (Andrés, 2009:17; García, Álvarez y Solano, 2009).

La subordinación de las mujeres en la salud ha sido (re)producida basándose en aspectos científicos. Con justificaciones antropológicas, como el caso de las infibulaciones o las ablaciones y la inacción o tolerancia amparada en el relativismo cultural. También psicológicas, que van desde los estereotipos diagnósticos en atención primaria (Burge, 2000) o salud mental (Montero, 2004), y el desigual uso y prescripción de psicofármacos a las mujeres (Romo, 2006); O el cuerpo femenino como espacio de una gran vulnerabilidad para los trastornos emocionales (Huertas Zarco, 2000) debido entre otras cosas a las incorporaciones de *otredad*. Todo ello sin olvidar la genealogía de su catalogación como neuróticas e histéricas al no seguir los estereotipos/mandatos femeninos de sumisión y docilidad, y las consiguientes histerectomías... Pero también son decisivas las argumentaciones biológicas (Artazcoz, 2004) con, por ejemplo, la invisibilización de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, desigualmente diagnosticadas, infradiagnosticadas (Rohlf et al, 2004); o los sesgos en los ensayos clínicos, utilizando a los hombres como prototipos poblacionales e infiriendo los resultados en las mujeres (Ruíz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). También los sesgos por la atención diferencial a hombres y mujeres, tanto en los esfuerzos diagnósticos como terapéuticos (Ruíz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004), llenos de estereotipos sexo-género *naturalizados*.

Las investigaciones que contribuyen a desenmascarar los sesgos de género que repercuten en la salud, contribuyen también a desanclar a los sujetos mujeres de la heterodesignación de la

⁸ Según Esteban (2006:12), los mal llamados “sesgos de género”, que “suelen caracterizar la práctica médico-sanitaria (y también la antropológica), tienen que ver en la mayoría de los casos con la perpetuación de ópticas deterministas y biologicistas de la realidad de las mujeres que suelen permanecer invisibles para los propios profesionales. Pero además en esta conducta influye también el hecho de que no se perciben como negativos y/o no se replantean en profundidad lo que en antropología de la medicina ha sido definido como presunciones culturales o ideológicas que confieren ‘cientificidad’ a la biomedicina”.

salud e instituir nuevos puntos nodales que permitan articulaciones en torno a la salud en el que estén presentes, en el que sean agentes. Desde un punto de vista crítico, los análisis e impugnaciones sobre los sesgos de género consideramos que no pueden olvidar que también el sexo es una regulación, un elemento regulado, normativo y especulativo que atraviesa los discursos y prácticas sobre la otredad en salud.

2. LA ESTABILIZACIÓN DEL SEXO

En nuestra propuesta pretendemos un acercamiento a la producción social de las alteridades con la salud como distribuidora de legitimidad de las existencias sexuales posibles⁹, de la categorización de los cuerpos en sanos y enfermos (saludables o no) en función de su adscripción o no a las lógicas heteronormativas. Según nuestra propuesta, el afuera constitutivo¹⁰ de la SALUD se articula desde las lógicas de inclusión/exclusión, o sea, lógicas de distinción saludable sobre la base de la similitud-integración (hetero) y la diferencia-excepción (l*s otr*s). Si hay algo saludable, es porque algo no lo es.

La salud, en sus apariciones públicas o en sus acciones masivas (intervenciones en la población), se hace llamar Salud Pública, y centra sus actuaciones contra el “riesgo para la salud”. Se trataría de *gestionar el riesgo* fundamentalmente a través de medidas preventivas personales y de promoción comunitaria de la salud. “La determinación de los factores de riesgo permite planificar con antelación las operaciones dirigidas sobre un grupo concreto de individuos (los grupos de riesgo) y se fundamenta en un procedimiento de orden técnico, de apariencia ideológicamente neutra (...). Pero prevenir es en primera instancia vigilar, anticipar la emergencia de eventos indeseables (enfermedades, anomalías, comportamientos desviados, delitos) en el seno de poblaciones detectadas como portadoras de riesgo” (Lurbe, 2005:193-194), apareciendo la vigilancia epidemiológica como encargada de determinar los factores de riesgo y de construir los *grupos de riesgo* (Castel, 2004). Vemos la salud en singular conformada como una instrumentalización al servicio de la gobernabilidad (Foucault, 1992, 1996) (y que preserva la heteronormatividad), en un triple sentido de manera general, basándonos en el análisis de Lurbe (2005:193-195):

⁹ Nos referimos a los cuerpos y sexualidades no normativizadas por la salud como saludables, que coinciden con las que no son catalogadas en la lógica lineal masculina o femenina sexo-género-deseo heterosexual: cuerpos gays, lesbianos, transexuales, intersexuales..., y las prácticas sexuales no normativizadas, no coitocéntricas y no orientadas a la reproducción. Nos interesa la instrumentalización de la salud como dispositivo de vigilancia, de intromisión en los modos de vida potencialmente “peligrosos” para la estabilidad de la matriz (hetero)normativa: el peritaje psiquiátrico y psicológico en casos de “desvío” identitario de género, las catalogaciones del DSM V, del CIE cuando no hay correspondencia sexo-género-deseo heterosexual; la cirugía a transexuales e intersexuales para “estabilizar” la coherencia sexo-género; las hormonas para feminizar o masculinizar, también para potenciar la femineidad en la menopausia; hormonas para intensificar la potencia sexual masculina (sinónimo de masculinidad)... Hasta moralizaciones que “cientifican” el paradigma familiar/judeocristiano de la fidelidad (por ejemplo ver la noticia de “El Mundo” de 22/03/11: *Practicar sexo o ejercicio de manera esporádica eleva el riesgo de infarto. La mayoría de muertes súbitas en las relaciones se da fuera de la pareja*, en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/03/22/corazon/1300791720.html>). Los profesionales sanitarios tampoco están libres de este “hábitus” de la alteridad sexual, de la carga ideológica e incorporaciones diversas que afectan tanto el esfuerzo diagnóstico y terapéutico (Ruíz Cantero, 2004), como en el abordaje cotidiano de los cuerpos/usuarios de la salud (Delgado, 2001 ; Lurbe, 2005; Velasco, 2006).

¹⁰ Mouffe (1999:15) habla de exterior constitutivo para referirse al proceso por el cual toda identidad se construye a través de parejas jerarquizadas, hasta el punto que “la condición de existencia de la identidad es la afirmación de una diferencia, la determinación de un ‘otro’ que le servirá de ‘exterior’”. Exterior que tiene la función de fijar lo interior, sin el cual no tendría sentido.

-Criba de individuos en función de criterios itematizados, descontextualizando así el riesgo de su relación con otros factores interaccionantes, descuidando la comprensión de los procesos económicos, sociales, culturales y heteronormativos que podrían incidir en la salud (“esta abstracción del riesgo economiza la acción preventiva y se muestra ‘a priori’ muy acorde con el principio de eficiencia en el que se basa la gestión administrativa” -Lurbe, 2005:194-).

-Establecimiento de un fichero de anomalías (CIE, DSM-V, grupos y prácticas de riesgo fuera de la heterosexualidad...), una lista de problemas concretos que siendo identificados con precisión y verificados técnicamente pueden rápidamente traducirse en un lenguaje administrativo, en tanto objetivos concretos en los que intervenir políticamente (gestión racional de las poblaciones, siguiendo a Lurbe, 2005). Esto produce una intervención directa sobre los estilos de vida personales.

-Las atribuciones a los individuos calificados como enfermos, necesitados, portadores de síntomas o de anomalías, de la culpa de su enfermedad o de sus estilos de vida no saludables -culpabilización de la víctima (Crawford,1990)-. La responsabilidad por su mala salud (así como su “curación”) recae en la persona enferma, solapándose, pensamos, de esta manera, por un lado, los factores estructurales de las desigualdades sociales en salud (principal fuente de desigualdad en salud –Wilkinson, 1996; Breilh, 2003; Benach y Muntaner, 2005), y por otro las lógicas exclusógenas de lo saludable en la designación y orientación de locus habitables saludablemente en función de la adscripción o no de los cuerpos a las lógicas heteronormativas.

Todo ello coincide con una explicación de los problemas de salud en relación con determinados *estilos de vida, comportamientos individuales y dinámicas intrafamiliares* (Lurbe, 2006:195), esto es, coincidiendo, pensamos, con los no heteronormativos.

Según Berlant y Warner (2002:230):

Por heteronormatividad entendemos aquellas instituciones, estructuras de comprensión y orientaciones prácticas que hacen no sólo que la heterosexualidad¹¹ parezca coherente –es decir, organizada como sexualidad- sino también que sea privilegiada. Su coherencia es siempre provisional y su privilegio puede adoptar varias formas (que a veces son contradictorias): pasa desapercibida como lenguaje básico sobre aspectos sociales y personales; se la percibe como un estado natural; también se proyecta como un logro ideal o moral. No consiste tanto en normas que podrían resumirse en un corpus doctrinal como en una sensación de corrección que se crea con manifestaciones contradictorias – a menudo inconscientes, pero inmanentes en las prácticas y en las instituciones. Los contextos que tienen una relación poco visible con la práctica del sexo, como narrar una biografía o las identidades generacionales, pueden ser heteronormativos en este sentido, mientras que en otros contextos las modalidades de sexo entre hombres y mujeres podrían no ser heteronormativas. Por lo tanto, heteronormatividad es un concepto diferente de heterosexualidad. Unas de las diferencias más conspicuas entre los dos términos es que heteronormatividad no tiene concepto paralelo como ocurre con heterosexualidad, la cual organiza la homosexualidad como su opuesto. Dado que la homosexualidad no puede poseer jamás la corrección tácita e invisible para la formación social que sí posee la heterosexualidad, no sería posible hablar de la “homonormatividad” en el mismo sentido.

Según Pecheny (2008:14), la heteronormatividad sería:

¹¹ Pichardo (2009:43) considera la *heterosexualidad* no sólo como una mera identidad sexual hombre-mujer, sino un modelo de organización económico y social, un estilo de vida que se organiza alrededor del matrimonio monógamo y el coito genital entre hombre y mujer con fines reproductores y ha convertido esta sexualidad en normativa. En este sentido el modelo familiar actual normativizado en España es el matrimonio o el paradigma de pareja heterosexual.

Principio organizador del orden de relaciones sociales, política, institucional y culturalmente reproducido, que hace de la heterosexualidad reproductiva el parámetro desde el cual juzgar (aceptar, condenar) la inmensa variedad de prácticas, identidades y relaciones sexuales, afectivas y amorosas existentes: lesbianas y gays que, con sus especificidades, se apartan del patrón de heterosexualidad: las y los trans cuya identidad y expresión de género cuestionan de hecho los cánones binarios; la emergencia de las reivindicaciones intersex, que muestra hasta qué punto género y biología se entremezclan –produciendo sufrimiento evitable–; y una larga lista de etcéteras que incluye las heterosexualidades diferenciadas por género, edad y clase (pero no solamente) que de tan naturalizadas han devenido en categoría residual de este tipo de estudios.

3. ARTICULACIONES, HEGEMONÍAS Y ESTABILIZACIONES DE PODER: LA SALUD TAMBIÉN ES POLÍTICA.

La ingeniería de la salud¹² en singular, pues, pensamos que funciona acorde a unas interpretaciones universalizantes que coinciden con la heteronormatividad. La salud, entonces, distribuye legitimidades en función de la adecuación o no de los cuerpos y las prácticas sexuales al estándar-matriz heteronormativo. Aquí interviene de manera decisiva, como decimos, la construcción y la circulación social de lo que es un riesgo para el mantenimiento de la salud, y todo conocimiento sobre el riesgo está mediado puesto que depende de interpretaciones. Toda interpretación forma parte inherente de una perspectiva, está situado, y por tanto, tiene contenido político (Haraway, 1995). Los riesgos, siguiendo a Lurbe (2005), son construidos socialmente acorde con el grado de amenaza recibida por parte de la salud en singular, que como venimos argumentando, coincide con lo heteronormativo. Además, siguiendo a Beck (1994), la definición de los riesgos se vincula directa o indirectamente a las definiciones culturales y a los estándares de una vida tolerable o intolerable. No podemos obviar que la identificación y calificación de los problemas de salud pública derivan de los juegos de poder que se despliegan en la lucha por imponer una visión sobre las demás (hegemonía –Laclau y Mouffe(2006) a través de articulaciones¹³ diversas con el objeto. El discurso actual de la salud, con la salud pública como bandera y la vigilancia epidemiológica (con las herramientas de la prevención y la promoción de la salud) como mecanismo gestor del riesgo, puede ser visto, como proponemos, como fijaciones de sentido, las cuales las observamos como resultados temporales hegemónicos, estabilizaciones de poder que implican siempre ciertas exclusiones (Laclau y Mouffe, 2006).

Todo conocimiento, toda verdad científica es socialmente construida y se hace válida o se legitima a través de convenciones y prácticas colectivas de una sociedad particular en torno a ciertas articulaciones, y no a través de estándares universalmente válidos. Preferimos pensar en un *multiverso* de posibilidades y posiciones, y por tanto de vivir y percibir la salud, de constituir la.

¹² Por salud no sólo entendemos la definición de la OMS: *La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces*; Ni con la matización de Milton Terris (Piédrola et al, 2008): *Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces*. Sino que también la entendemos como institución, un régimen productor de legibilidad, discursivo (Butler, 1999), un régimen de verdad (Foucault, 1992), un saber hegemónico (De Lauretis, 2000)), pues es un estado que se posee, se alcanza o se pierde siguiendo unas pautas normadas por el saber científico, el cual no consideramos neutral y objetivo (Haraway, 1995).

¹³ Siguiendo a Laclau y Mouffe (2006), entendemos que la *articulación* “opera como práctica que establece una relación tal entre elementos, que la identidad de éstos resulta modificada como resultado de esta práctica” (Laclau y Mouffe, 2006:142-143), permitiendo construir nuevos significados y fijando temporalmente sentidos sobre un determinado aspecto, estabilizando hegemónicamente. Sentidos que se posicionan como antagonistas respecto a otras interpretaciones. De manera que las acciones políticas y los conocimientos que se construyen desde este lugar se entienden como situados en entramados de poder, sentidos y relaciones afectivas en las cuales se fijan ciertos significados y prácticas (Laclau y Mouffe, 2006:142:155).

La salud está llena de significados contruidos por el ejercicio del poder hegemónico, que se inscribe dentro de la lógica heterosexista vigente en la cultura (producto y herencia de la Modernidad). El *universo* da idea de una realidad objetiva unívoca que es igual para todos (el concepto de salud universal de la OMS, por ejemplo, que establece qué es salud y qué no lo es), en cambio el término que proponemos de *multiverso* pretende dar cuenta de que cada mundo construido por el individuo es igualmente válido respecto de otros, por tanto proponemos la posibilidad de una pluralidad de *saludes* posibles.

Sintetizando a Laclau y Mouffe (2006) y Mouffe (1998), Giacaglia (2002:157) llama la atención en que una cuestión enormemente importante en la teoría de la *hegemonía* es “ver que una universalidad nunca tiene universal un contenido propio, sino que siempre es un contenido particular que universaliza y empieza a representar la totalidad de las demandas particulares equivalentes. Se trata de pensar una forma de producción de lo universal a través de lo particular y no un universal que tenga un contenido a priori. Desde esta concepción todo universal no es más que una particularidad que, a partir de una operación hegemónica, ocupa el lugar de lo universal”. Por tanto ninguna forma de estabilización hegemónica es independiente de una posición ideológica. Siguiendo a Giocaglia (2002:155), la hegemonía se define “como un logro de un liderazgo moral, intelectual y político, a través de la expansión de un discurso que fija un significado parcial alrededor de puntos nodales. Involucra más que un consenso pasivo y acciones legítimas: envuelve la expansión de un particular discurso de normas, valores, puntos de vista y percepciones, a través de redescrpciones persuasivas del mundo. La lógica de la hegemonía constituye una lógica de la articulación y la contingencia”.

Mouffe, además recalca el hecho de que la concepción de hegemonía implica, por otra parte, “la superación de la concepción estrecha de la política como actividad localizada únicamente en la sociedad política y que siempre puede ser más o menos asimilada a una actividad de dominación (...), la política no es simplemente lucha por el poder en el interior de instituciones dadas, o lucha por destruir esas instituciones; es también lucha por la transformación de la relación de la sociedad con sus instituciones. De lo cual se deriva su dimensión eminentemente constructiva, que se expresa en la lucha por la hegemonía a través de la creación de una nueva definición de la realidad, de la transformación del sentido común y de la formación de nuevos ‘sujetos’” (Mouffe, 1998:137). En este terreno de articulaciones y estabilizaciones de poder heteronormativo, aparece como necesidad relevante abrir paso a un diálogo que incluya a las personas que tienen preferencias eróticas no hegemónicas y que viven cotidianamente regímenes de negación y exclusión. (Estrada-mesa y Báez-Silva, 2009: 653-672).

4. SEXUALIDADES Y PREFERENCIAS ERÓTICAS POSIBLES

Los pilares sexo-biográficos organizados lineal y binariamente¹⁴ en torno a lo masculino y lo femenino, a la heterosexualidad, al coitocentrismo, al matrimonio, al establecimiento de los espacios públicos y privados, la heterodesignación en definitiva, son presupuestos que, pensamos, nutren la salud en singular y ésta reconoce potencialmente saludables los cuerpos que los portan y no saludables a los disidentes, a los que no se sienten reconocidos ni designados bajo la estructura sustentada por esos pilares y las paredes rígidas de sus pasillos. Desde la lógica de la salud, estos cuerpos serían excepciones (por otra parte necesarios en tanto afuera constitutivo –identidad/alteridad-) y como tales portarían riesgos de permeabilidad hacia las paredes porosas del armazón de la salud, por lo que hay que poner bajo vigilancia

¹⁴ Binomio que presupone un cuerpo y un comportamiento específico asociado según se catalogue como hombre o mujer.

(prevención) determinadas prácticas y a ciertos grupos (ambos de riesgo), y promocionar ciertos hábitos (saludables) para garantizar poder habitar la salud en singular. La salud buscaría estabilizar su matriz heteronormativa en torno a la bipolaridad masculino/femenino y según la correspondencia o lógica lineal sexo-género-deseo heterosexual.

En el concreto terreno de la sexualidad, la salud parece tenerlo claro: las preferencias eróticas y sus prácticas sexuales asociadas que se salen o alejan del estándar heteronormativo, son anomalías necesitadas de vigilancia y/o reparación, y pensamos que desde esa consideración son contemplados y tienen entrada al sistema de salud los cuerpos no heteronormativos. La salud obtiene su imagen de universalidad y su gramática singular al tratar de controlar la estandarización de lo que son situaciones diferentes (perspectivas, interpretaciones, multitudes corporales...), homogeneizando y naturalizando binaria y dicotómicamente lo que en realidad son una multitud o diversidad de opciones, elecciones y posibilidades sexuales y de autodefinición. Sin embargo, nosotros apostamos por las interpretaciones diferenciales posibles, por la pluralidad de vivencias, perspectivas y percepciones de la salud. La salud en singular puede que no tenga en cuenta que cada individuo puede experimentar diferentes grados de salud desde diferentes perspectivas, lo que nos remite a la idea de fabricación y dotación de significados de la salud. Todo conocimiento está mediado puesto que depende de interpretaciones y toda interpretación forma parte inherente de una perspectiva, y por tanto tiene contenido político, como hemos expuesto. Siguiendo a Haraway (1995), el conocimiento se vincula inevitablemente al lugar concreto en el que habitamos, con unos posicionamientos concretos, constituyéndose siempre, pues, en conocimiento situado. Esto conlleva concebir la SALUD, en tanto conocimiento, atravesada por unas redes de interpretación que distribuye regímenes de legitimidad.

En este contexto, los cuerpos exceptuados son colocados en la periferia por su falta de legitimidad. Son cuerpos necesitados. Además, para la salud en singular, las preferencias eróticas de estos cuerpos (a los cuales en gran medida definen)¹⁵ y sus prácticas sexuales asociadas, son colocadas en el terreno de lo anómalo, de lo peligroso, que presenta riesgo, que hay que prevenir o de lo que hay que prevenirse.

Por sexualidades posibles entendemos la preferencias eróticas y los modelos de prácticas sexuales y las formas de ejercerlas normativizadas y saludables (consideradas coherentes y correctas por la SALUD). Las excepciones a la regla normativa, serían cualesquiera prácticas que se salgan de esos límites, por tanto no saludables. Por ello llamaremos *cuerpos exceptuados* a aquellos cuerpos que la SALUD reconoce por su condición de abyectos, enfermos, no saludables, a los que identifica previamente como necesitados, no como potencialmente saludables. Son *los otros* en las lógicas de exclusión que aplica la salud. La salud parece no admitir componendas y reafirma su matriz dicotómica, normativa y de contraposiciones (hegemónica), inscribiendo o ubicando las diferentes preferencias eróticas en algún lugar rígido en relación con la heterosexualidad o con la homosexualidad, haciéndolo en una lógica de asociación de la atracción erótica con una serie de roles generizados esperados y un modelo de prácticas sexuales y formas de ejercer la sexualidad características (la lógica sexo-género-deseo) que, como intentamos exponer, tiene mucho que ver con lo saludable y con

¹⁵ Siguiendo a Hall, 2003; Foucault, 1992,1996; Weeks, 1993, sintetizamos con Castellanos (2009): La sexualidad es una invención moderna, una administración del sexo, una regulación que lo rentabiliza y lo convierte en productor de identidad.

lo que no lo es. Esto se produce en una doble lógica de exclusión en clave de alteridad: la que establece naturalizadamente la heterosexualidad por defecto (Wittig, 2006), estableciendo como opuesto y anómalo la homosexualidad; y que a su vez distribuye a ambos universos unas prácticas sexuales y unos roles de género esperados y acordes con su identificación (catalogación binaria y dictómica) sexual. Las disidencias de la heteronorma “saludable” son comúnmente patologizadas. La salud, pensamos, reconoce a los cuerpos que las portan por su condición de enfermedad o no saludables, se salen de la norma, del universo salud que no tiene plural. Sólo hay dos modos de ser contemplado (interpelado) por la salud: como cuerpo saludable sobre el que se actúa para prevenirlo, para que no enferme o para que recupere la salud; o como cuerpo enfermo, sobre el que se puede actuar para que recupere la salud o del que hay que prevenirse. Digamos que es la enfermedad o la marca la dimensión desde la cual la salud reconoce e interpela a los cuerpos disidentes, y el reconocimiento previo como individuo sano es como la salud reconoce e interpela al individuo heterosexual.

Basándonos en la línea argumental de Butler (2005) y en la lectura de Balza (2009), para que la salud considere “saludables y correctas” ciertas identificaciones sexuadas (con sus prácticas sexuales asociadas), el imperativo sexo-saludable debe excluir y repudiar otras. “La exclusión de algunas posiciones conforma las posiciones sexuales posibles y permitidas por la norma social heterosexual”. (...) El rechazo de ciertas elecciones sexuales conllevará el rechazo de ciertos cuerpos.” (Balza, 2009:234). Con lo cual la producción de cuerpos y prácticas sexuales saludables requiere el repudio simultáneo de aquellos que conformarán su exterior constitutivo: lo abyecto (Butler, 2005). La salud necesita de lugares de exclusión (cuerpos exceptuados, abyectos) para su constitución (bienestar físico, mental y social.)

Estas dinámicas delimitan el campo de lo que se considera apropiado, correcto, coherente, saludable. Las lógicas de exclusión en clave de alteridad que distribuye la salud contribuirían a formar el campo del discurso y el poder que, basándonos en Butler (2005), orquesta, delimita y sustenta aquello que se califica como lo saludable, que además coincide con lo heteronormativo en general y con lo heterosexual en cuanto a las prácticas designadas legítimas, y secundariamente con lo homosexual, inscritas en unas localizaciones corporales determinadas. Las abyecciones (cuerpos y prácticas sexuales) que no parecen apropiadamente generizadas no tendrían salud a priori, serían previamente marcadas como cuerpos necesitados.

5. LAS CUALIDADES PERFORMATIVAS DEL DISCURSO DE LA SALUD.

El proceso salud-enfermedad no puede ser neutro ni transparente. Se construye en la lógica de la alteridad: no hay salud sin una mala salud. Postulamos un abordaje crítico de la salud erigida como conocimiento universal, adecuado, y transparente de la realidad, que evidencie su carácter construido, sexual, histórico, contingente y normalizador. En este sentido, la salud no examina sólo la falta de salud, sino también cuerpos, sometiendo de esta manera a un juicio continuo y orientando hacia la abyección a todo aquel que no sigue el juego de la normalización, vale decir, es interpelado¹⁶ por la salud. Las cualidades performativas de su discurso, esto es, lo que la

¹⁶ Para explicar cómo rompe la producción disciplinaria del sujeto, Butler (1997:16-69; 2001b: 16-29; 2005: 225-227) recurre a Althusser, y al concepto de *interpelación*. La teoría de la interpelación es una forma de explicar al sujeto como consecuencia del lenguaje y siempre adentro de sus términos. El “darse la vuelta” ante una llamada puede ser entendido como un movimiento anticipado hacia la identidad. La aceptación de los términos por los que uno/a es llamado se debe a que, anterior a cualquier entendimiento crítico, preexiste una apertura o vulnerabilidad a la ley (Romano, 2007). La interpelación social está estructurada por el poder de nombrar, y el nombrar hace que los sujetos existan. Siguiendo a la autora, el nombre muestra que hay una cierta disposición que sugiere que la persona

salud hace con lo que dice (con su narrativa), y lo que trata de conseguir, constituye a nuestro entender materia de enorme relevancia. Ello se pone de manifiesto en las lógicas de exclusión manifiestas en los procesos salud-enfermedad cuando categoriza en clave de alteridad a los cuerpos abyectos, a los que, además, inviste de una sexualidad no saludable: ejercen prácticas sexuales de riesgo, son grupos de riesgo, practican parafilias, la cirugía para los intersexuales, confesión de disforia de género para los transexuales...

La salud naturaliza sus concepciones y así son transmitidas e incorporadas auto-disciplinariamente (Hard y Negri, 2002) en tanto se le concede el rasgo de verdad, el adjetivo de necesaria y aceptamos su estatus obedeciendo sus dictámenes/implicaciones. Pero, como venimos diciendo, la coartada de lo saludable está ligada también a las lógicas de exclusión, encargadas de mantener rígidos, fijos, estables los preceptos de la salud, y a salvo de cualquier duda. Un abordaje desde la crítica, con los cuestionamientos de la universalidad de los postulados de las matrices heteronormativas, en donde nosotros enfocamos la salud, permite leer la complejidad de redes que homogeneizan, simplifican y normalizan en binario, y designan lugares habitables o no habitables, adecuados o impertinentes.

De esta manera proponemos leer determinadas narrativas (de la salud) como constructoras del contexto de lo posible, que establecen determinados tipos de existencias y marcan otras (Butler,1995). Las formas de hablar que tiene la salud superan la simple descripción de un estado y las indicaciones para el reestablecimiento posible de una enfermedad. Generan actos y disposiciones capaces de mover al otro a la acción saludable o a la modificación de conductas. Pero también la salud refuerza la hegemonía heteronormativa y consolida su estabilidad a través de la gestión del riesgo, fundamentalmente estableciendo prevenciones personales y promociones comunitarias. En tanto régimen exclusógeno, estas lógicas de exclusión que distribuye la salud, repercute en los cuerpos excluidos en tanto *in-corpora* otredad. Siguiendo a Lurbe (2005:14), "las dimensiones que estructuran nuestra posición social y determinan nuestros universos de lo posible (volumen y estructura de nuestros capitales económicos, culturales, sociales y simbólicos) repercuten en la naturaleza más biológica de nuestro ser". Se trataría de prestar atención a los cuerpos exceptuados por la hegemonía heteronormativa, aquellos que viven cotidianamente regímenes de negación y exclusión, y los discursos que invisten performativamente de alteridad desde las lógicas heteronormativas de exclusión.

6. LAS PERCEPCIONES DE LA SALUD.

A continuación haremos un desarrollo que ponga de manifiesto la pertinencia de un abordaje de la percepción de la salud de los cuerpos exceptuados, y de ver cómo son posicionados por el discurso de la salud como no saludables, no sanos, localizados en la periferia de la heteronorma saludable, dando cuenta de la ausencia de inclusión de las sexualidades no heteronormativas en una presunción saludable de partida y de una posible influencia en su percepción de la salud de

interpelada ya se encuentra implicada en los términos de la autoridad, a los que cede antes de "darse la vuelta", y que ese "darse la vuelta" es un signo de sumisión en la que el sujeto es establecido como un sujeto colocado en el lenguaje. En el ensayo de Althusser (1986) *Ideología y aparatos ideológicos del estado*, "la subordinación del sujeto se produce mediante el lenguaje, como efecto de la voz autoritaria que interpela al individuo. En su célebre ejemplo, un policía interpela a un transeúnte que pasea, y éste se la vuelta y se reconoce como una persona interpelada – Hall (2003:21) me parece que hace una buena síntesis: "(...) término que describe la convocatoria hecha al sujeto por el discurso". La interpelación –la producción discursiva del sujeto social- tiene lugar en el intercambio por el cual el reconocimiento es ofrecido y aceptado" (Butler 2001b:16).

las lógicas de exclusión heteronormativas. En segundo lugar, cómo en el género como categoría de análisis se solapa la sexualidad y las identidades sexuales.

Los distintos estudios consultados (Observatorio de Desigualdades en Salud, Observatorio de Salud de la Mujer, Encuesta Nacional de Salud, The Black Report, SESPAS. Borrell et al., 2008; Rodríguez Sanz et al, 2005; Benach, 1997; Benach et al., 2004; Regidor et al., 1994; Navarro et al. 1996; Delgado, 2001, 2004; Velasco, 2006; Montero et al., 2004; Romo y Gil, 2006), observan el género como un determinante importantísimo de la salud, siendo las mujeres las peor paradas con una peor salud percibida. Igualmente, las personas de clases sociales menos privilegiadas presentan peor estado de salud. En general los resultados apuntan a desigualdades de género y clase social en la mayoría de los indicadores (Borrell et. al., 2008). En ninguno es planteada la opción sexual como posible determinante de la salud.

La desigualdad en salud han sido conceptualizadas en su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad (Borrell et al., 2008) (sin embargo nosotros añadimos las estructurales). En general hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de distinta clase social, género, etnia o territorio, de forma que los colectivos más desfavorecidos* presentan peor salud que el resto. Por lo tanto, el concepto de las desigualdades en la salud tiene también una dimensión moral y ética. Hace referencia a diferencias en salud que son innecesarias y evitables y que, además, son injustas e intolerables (Observatorio de salud de la mujer, 2005). Alcanzar la equidad en salud comportaría que idealmente todo el mundo tuviera una oportunidad justa de tener el máximo desarrollo posible de su salud (Rodríguez Sanz et al., 2005). Pero las desigualdades en salud también tienen un componente estructural mediante el cual la salud, en tanto estabilización normativa, establece en sus presupuestos saludables ciertos comportamientos y cuerpos exceptuados que son expulsados de las convenciones de la normalidad saludable, los cuales, según nuestro desarrollo, coinciden con los que igualmente se alejan de la heteronormatividad.

En la última década, diversos artículos científicos han puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud y las tendencias a lo largo de los años. Además, muy recientemente, se han publicado informes específicos sobre el tema. Así por ejemplo en los años 2003 y 2005 se han publicado dos informes sobre las desigualdades en salud en Cataluña (Borrell y Benach, 2003,2005). El Informe de la Sociedad Española de Salud Pública de 2004 (Borrell et al., 2004) analizó en profundidad las desigualdades sociales en salud desde la perspectiva de género y clase social. Estos informes analizan las desigualdades en la salud percibida, en las conductas relacionadas con la salud y en la utilización de servicios sanitarios utilizando los datos de las encuestas de salud.

El trabajo de Rodríguez-Sanz, Carrillo y Borrel (Rodríguez Sanz et al., 2005) se basa en el análisis de las encuestas de salud para poder profundizar en el conocimiento de las desigualdades en salud en las Comunidades Autónomas. La existencia de distintas encuestas permitió monitorizar tanto las variables de salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios a lo largo del tiempo como las desigualdades en las mismas, resultando de nuevo las mujeres las peor paradas en la mayoría de los indicadores. Sin embargo, son invisibilizadas las orientaciones sexuales, se traslada una heterosexualidad por defecto o al menos se presupone

* En donde proponemos incluir estas "otredades", las personas transgénero. Apoyándonos en Braidotti: (2000), las mujeres han venido constituyendo "lo otro" de "lo mismo" (el hombre). Lo *transgénero* o los cuerpos exceptuados, podría ser "lo otro de lo otro", para señalar así su condición marginal.

que la orientación sexual (o las preferencias eróticas) no influye en la salud percibida y por tanto no hay desigualdades en salud al respecto.

La evolución en calidad en el abordaje de las desigualdades en salud ha ido de la mano de considerar la idoneidad de visibilizar la presencia de las mujeres y los efectos tanto diferenciales como desiguales en la salud de hombres y mujeres. Hay que reconocer enormemente la importancia que ha tenido (y tiene) el concepto de género a la hora de localizar aquello que es una construcción social y desigual en detrimento de las mujeres, sin embargo, en lo que respecta a la diversidad que aglutina la categoría mujer o mujeres, ha tenido grandes deficiencias analíticas ya que no ha permitido nombrarla en su complejidad y servir de herramienta para transformación dando cuenta de la diversidad (Butler, 1999, 2005; Wittig, 2006; Rich, 1999; Mohanty, 1987; Bhavnani et al. 2004)¹⁷

Si bien consideramos estos análisis (con el género como categoría de análisis, bajo el prisma del género) como fundamentales, contribuyendo a desenmascarar los efectos patriarcales y androcéntricos generadores de desigualdades, jerarquías, estereotipos e invisibilizaciones manifiestas en detrimento de las mujeres, consideramos que se invisibiliza la identidad sexual (solapándose en estas categorías –de género–), la cual se encuentra (hetero)normativizada y relega de facto, a quien no encaja en la bipolarización, a una “otredad” peyorativamente considerada, se estigmatiza, margina, patologiza e invisibiliza. Con lo cual nos preguntamos: ¿afecta esta distribución jerárquica bipolar a su salud? ¿Qué salud y qué discurso de la salud perciben y también construyen estas personas desde su afuera de la heteronormatividad? ¿Cómo se construye y distribuye esta alteridad, esta lógica exclusógena desde quien hace gestión práctica de la misma, esto es, desde los propios profesionales sanitarios?

En todos los estudios consultados es utilizada la dicotomización hombre/mujer, masculino/femenino como categorización de binarismos excluyentes. Es contemplada la clase social, el entorno, economía, etnia... y todas circundando el citado binarismo generizado en su análisis. Pero no son contempladas las personas que no encajan en la correlación sexo/género y los referidos constructos. Dicho de otro modo, se da por sentado que existen dos géneros y dos sexos, y de esta manera se naturaliza, trasladándose implícitamente una “heterosexualidad obligatoria” y neutra (Wittig, 2006) al no contemplarse la heteronormatividad (jerárquica), obviando que relega a los márgenes a los habitantes que no cumplen los requisitos binarios plenamente, que no se incluyen en las categorías al uso hombre/mujer, masculino/femenino, insertas en la lógica unitaria sexo-género-deseo (heterosexual). Estas personas, en su “alteridad”¹⁸, constituyen unas candidatas perfectas para la patologización, el estereotipado y la exclusión, produciéndose una invisibilización del efecto del poder heteronormativo, lo cual, puede conllevar verse afectados por una percepción de su salud afectada por su posicionamiento identitario sexual fuera de lo heteronormativo. Igualmente, el término salud, con sus determinantes e implicaciones, pensamos que pudiera quedar mejor establecido si se “enriquece” con la incorporación de otros parámetros mediante los que la salud resulta mediada e influida, contribuyendo a una más adecuada delimitación del concepto salud, en plural.

¹⁷ Por ejemplo, para Bhavnani y Coulson (2004): “El problema con el concepto de género es que está enraizado en la base material aparentemente simple y real de la diferencia biológica entre mujeres y varones. Pero lo que se construye sobre esa base no es una femineidad en relación con una masculinidad, sino varias.”

¹⁸ Utilizamos indistintamente los términos “otredad” o “alteridad”.

7. PREFERENCIAS ERÓTICAS, SALUD Y ALTERIDADES. LA PERTINENCIA DEL CUERPO BIOPICOSOCIAL EN EL ABORDAJE DE LA SALUD DE LAS ALTERIDADES SEXUALES.

Suárez Briones (2004), basándose en Wittig (2006), expresa: “La idea de la diferencia sexual enmascara, al hacerla pasar por natural e inevitable, la oposición antinatural (es decir social) entre hombres y mujeres. Masculino/femenino, varón/mujer son categorías que ocultan el hecho de que las diferencias siempre se crean dentro de un orden económico, político, ideológico. Todo sistema de dominación establece divisiones al nivel material que favorecen a un grupo y desfavorecen al resto (construidos como "los otros": raros, anormales, anómalos)”.

Partimos de la consideración de la influencia de la *biopolítica* (Foucault, 1992)¹⁹ en el afianzamiento y reproducción social e institucional de la heteronormatividad. En el caso concreto del abordaje por parte de los profesionales sanitarios, el solapamiento diagnóstico aglutinador o diferencial ante la manifestación de malestares, estaría condicionado, siguiendo a Velasco (2006:38), “por la variedad de interpretaciones que pueden hacer los y las médicas sobre las quejas, dependiendo de aspectos subjetivos como el marco teórico que utilizan, su área de conocimiento o estereotipos de género y de clase social”. Teniendo en cuenta nuestra propuesta, añadiríamos aquí estereotipos o afianzamientos heteronormativos relativos a la identidad sexual (o preferencias eróticas).

Siguiendo con esta autora (Velasco, 2006:44), expresa que es decisivo ampliar la mirada “bajo el marco de teorías contextuales y de la subjetividad que se caracterizan por incluir en el proceso salud-enfermedad, tanto el contexto social y la biografía, como su interacción con la experiencia vivida y subjetiva de las personas (...), y las teorías que además de los aspectos anteriores tienen en cuenta la importancia del sexo y de su interpretación social –que es el género-, en la explicación de los procesos de salud enfermedad”. La autora señala en este texto que las investigaciones bajo marcos teóricos contextuales han ido identificando factores que influyen en los diagnósticos, a modo de factores sociales determinantes de la salud, como la clase social, el nivel cultural y la etnia, la situación laboral, el estado civil, los estilos de vida y la capacidad de respuesta a estresores o eventos vitales, factores de género (cuidado de hijos, carga del trabajo doméstico y múltiples roles...), aspectos relacionados con la subjetividad como los condicionantes de la feminidad y masculinidad y experiencia vivida, o análisis de género y poder y cómo éste interviene en la presentación de los síntomas de las consultas inmersas en un determinado tipo de relación médico-paciente. Según Velasco (2006:45), “se trata de considerar múltiples factores psicosociales y sus interacciones”.

Sin embargo, en nuestra opinión, no se han tenido en cuenta, como venimos exponiendo, cuestiones de la heteronormatividad, como matriz normativa, en el sentido de no considerar la identidad sexual o las preferencias eróticas como categoría interviniente en una salud percibida, manifestación sintomatológica o atención médico-paciente diferenciales (en quienes no se

¹⁹ Foucault (1992) entiende *biopolítica* como el conjunto de saberes, técnicas y tecnologías que generan y convierten el adoctrinamiento de los seres humanos en el medio por el cual el Estado, las instituciones o los saberes hegemónicos alcanza sus objetivos. Consistiría en una forma de poder que se caracterizaría por dirigirse a la multiplicidad de los seres humanos, y poner bajo control político los procesos propios de la vida humana. La biopolítica despliega un poder masificante que resulta de un doble proceso de intensificación y generalización de los dispositivos normalizantes (que constituye la disciplina) que animan desde el interior de los cuerpos y que invade las profundidades de las consciencias (Hard y Negri, 2000, en Lurbe, 2005).

adecuan a la sexo-normatividad), y cómo esto puede traducirse en unos sesgos discriminatorios hacia estas personas, incluso pueda constituir desigualdades en salud al ser invisibilizada su presencia, al no estar representadas o estarlo abyectamente. Por ello proponemos oír su discurso sobre salud percibida para ver cómo puede ser afectada (si lo es) por su afuera de la heteronormatividad, esto es, en su “otredad”, y el discurso de los agentes sanitarios para ver cómo son investidos de otredad estos cuerpos exceptuados.

Proponemos considerar como categoría de análisis el *embodiment* o el cuerpo como agente (Esteban, 2004, 2004b; Braidotti, 2004)²⁰, atravesado por múltiples categorías o factores intervinientes, entre ellos el género, la clase social, la étnia, la identidad sexual..., centrándonos en la “otredad” que constituyen las personas que, como venimos diciendo, se alejan de las concepciones heteronormativas al no encuadrarse en una coherencia sexo/género generadora de los constructos masculino/femenino insertos en un deseo unitario (heterosexual) como sinónimos de lo “saludable”.

Basándonos en Lurbe (2005), pretendemos poner de relieve el proceso de desplazamiento o exclusión que experimentan los sujetos al ser socialmente categorizados en clave de “alteridad”, poniéndose de manifiesto la existencia de un grupo (heterosexual) o discurso dominante (heteronormativo) o hegemónico desde el cual se define la alteridad. Ésta es la personificación (o materialización) de los cuerpos considerados bajo una categoría social diferenciada de la del *nosotros* (la comunidad de pares, heteronormativos). Consideramos importante aplicar una intencionalidad antropológica para discernir los discursos que invisten los cuerpos transgénero y cómo se construyen.

Podemos observar la articulación de dos ejes conceptuales básicos: la alteridad y la salud. Proponemos, siguiendo a Lurbe (2005), una concepción de la alteridad relativa y relacional, producto de las lógicas de distinción social que se articulan sobre la base de la dialéctica de la similitud (heteronormatividad como identidad coherente y homogénea) y la diferencia (alteridad), esto es, la dialéctica entre el mundo de lo distinto, con sus divergencias (el que abarca la figura de l*s otr*s, relegad*s a los márgenes). La alteridad no sólo evoca diferencias, sino también relaciones de poder, las mismas que han relegado y relegan a la “otredad” a las mujeres bajo el canon y la medida (patriarcales y androcéntricos) del hombre, y que se dimensiona en la categoría de “género” como generadora de desigualdades (en este caso de salud). En el tema que proponemos, esas relaciones desiguales de poder implicarían una relegación marginal de los cuerpos exceptuados susceptible de ser constitutiva de una salud percibida influenciada por sus efectos, o al menos, una salud percibida posible. Lo que se dimensionaría más adecuadamente en el “itinerario corporal” que en el “género”. El término “itinerarios corporales” lo tomamos de Esteban (2004b:54), entendiéndolo “como procesos vitales individuales pero que

²⁰ Braidotti (2000) habla del *cuerpo* entendido como punto de superposición entre lo físico, lo simbólico y lo sociológico. Establece como sinónimo de cuerpo el “incardinamiento”. Según Esteban (2004b) el concepto de *embodiment* es central en el estudio actual del cuerpo, aunque sea de uso general en las disciplinas sobre todo en el medio anglosajón, y aunque no sea utilizado exactamente en el mismo sentido por todos los autores. Incluso hay autores que prefieren el de *bodiliness*, corporalidad. “Con la noción de *embodiment* se quiere superar la idea de que lo social se inscribe en el cuerpo, para hablar de lo corporal como auténtico campo de la cultura (*ground of culture*), como proceso material de interacción social, subrayándose su dimensión potencial, intencional, intersubjetiva, activa y relacional” (Esteban, 2004). En castellano, no existe un consenso sobre cómo traducir este concepto: algunos/as autores/as están utilizando el término encarnación, in-corporación o corporización.

nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas estas como prácticas corporales. El cuerpo es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio sociales, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales”.

De otro lado, la pertinencia de imbricar el análisis de la alteridad en el campo de la salud se pone de manifiesto en la constatación de que el análisis sobre la salud y la enfermedad muestra la existencia de desigualdades sociales, como ya vimos con anterioridad en las diversas investigaciones realizadas al respecto, poniéndose de manifiesto las enormes desigualdades en salud, causando en muchos casos un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos (Benach, 1997). Basándonos en Bourdieu (1999) a través de Lurbe (2005), las dimensiones que estructuran nuestra posición social y “determinan nuestros ‘universos de lo posible’ –a saber, el volumen y estructura de nuestros capitales económicos, culturales, sociales y simbólicos- repercuten en la naturaleza más biológica de nuestro ser”. La *in-corporación* del orden social conlleva implícito entender la salud en términos de construcción socio-cultural que puede afectar nuestras vivencias y percepciones de la salud (la desigualdad se inscribe en el cuerpo)*.

Nos posicionamos al respecto del abordaje de los procesos de salud-enfermedad y el origen y desarrollo de los distintos malestares, siguiendo a Lurbe (2005), por una mirada dialógica, compleja y emancipadora de la salud, haciendo una lectura desde una perspectiva crítica y compleja de la salud y sus determinantes. Tal abordaje implica reconocer al cuerpo como integrador de la dimensión biológica de la diferencia y la dimensión socio-política de la desigualdad. Es más, significa concebir la salud como “el lugar común de la interrelación del ser físico-psíquico y del mundo social y político” (Lurbe, 2005:16).

8. CONCLUSIONES

Las investigaciones que contribuyen a desenmascarar los sesgos de género en el *universo* salud heteronormativo, contribuyen también a desanclar a los sujetos mujeres de la heterodesignación de la salud e instituir nuevos puntos nodales que permitan articulaciones en torno a la salud en el que estén presentes, en el que sean agentes. Desde un punto de vista crítico, los análisis e impugnaciones sobre la heteronormatividad consideramos que no pueden olvidar que también el sexo es una regulación, un elemento regulado, normativo y especulativo (Butler, Foucault, 1992) que atraviesa los discursos y prácticas sobre la otredad en salud.

Un abordaje desde el cuestionamiento de la universalidad de los postulados de las matrices heteronormativas, como es el caso de la salud como institución, puede contribuir a leer la complejidad de redes que simplifican y homogeneizan en binario e incluso, en el caso de la salud en tanto sede de poder/saber, universaliza (idea hegemónica de universalidad) un multiverso de posibilidades en su designación singular. También da cuenta de una pluralidad de opresiones y situaciones al designar lugares habitables o no habitables, adecuados e impertinentes.

Teniendo en cuenta la crítica a las explicaciones biologicistas y naturalizadoras y las limitaciones que en general ofrece cualquier teoría que adquiere poder (estabilización, hegemonía), aparece como necesidad relevante abrir paso a un diálogo que incluya a las personas que tienen

* Tampoco podemos perder de vista la medicalización de las conductas “desviadas” como mecanismo de control social.

preferencias eróticas no hegemónicas y que viven cotidianamente regímenes de negación y exclusión. (Estrada-mesa y Báez-Silva, 2009: 653-672)

Consideramos de gran interés la productividad de situarnos en los umbrales que delimitan lo saludable y lo que no lo es²¹, en lo que se refiere a la deconstrucción de los mecanismos y engranajes que construyen las lógicas de exclusión de los cuerpos que hemos llamado exceptuados.

En el abordaje de la salud, nos posicionamos alejándonos tanto de un radical construccionismo como de un biologicismo esencialista (Vázquez, 2009; Esteban, 2006). Reclamamos una lectura de la salud y sus determinantes bajo una perspectiva crítica y compleja. La presencia de multitudes disidentes de la linealidad heteronormativa requiere ser contemplada desde la aprehensión de su posicionamiento en un campo interaccional, relacional y jerarquizado, el de la sexualidad. La salud, con la hegemonía del enfoque biomédico, pensamos que actúa distribuyendo normas de presión en relación con el comportamiento adecuado de género en función de la lógica binaria sexo-género. Apostamos por “desarticular” las construcciones *saludables* para indagar en la posible influencia heteronormativa en su conformación, en cuya base y (re)producción, como venimos exponiendo, operan lógicas exclusógenas que legitiman o exceptúan cuerpos y prácticas sexuales.

La existencia como mujer, como hombre, como homosexual o heterosexual, como transexual, como negra, como pobre, como discapacitado... son modos de experimentar (cromáticamente) la salud. La salud, pues, según nuestros presupuestos, necesitaría plural.

9. BIBLIOGRAFÍA

Andrés, Paloma (2009). “Género y salud reproductiva”. Apuntes entregados en II Experto Género y Salud. EASP.

Artazcoz, Lucía (2004): “Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública”. *Gaceta Sanitaria* Vol.18, suppl.2, (1-2). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000800001&lng=en&nrm=iso

Balza, Isabel (2009): “Ciudadanía y nuevas identidades de género: sobre biopolítica y teoría queer”. Ponencia presentada en: XVI Semana de ética y filosofía política. Congreso Internacional “Pasado, presente y futuro de la democracia”. (231-238).

Beck, Ulrich (1994): *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Paidós, Barcelona.

Bhavnani, Kum-Kum y Coulson, Margaret, (2004): *Transformar el feminismo socialista. El reto del racismo*, en *Otras inapropiables. Feminismos desde la frontera*. Traficantes de sueños, Madrid, (51 – 61)

Benach, Joan; Muntaner, Carles (2005): *Aprender a mirar la salud*. Libros de El Viejo Topo, Barcelona.

Benach Joan et al (2004): *Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España*. En: Navarro Vicente, (editor). *El Estado de Bienestar en España*. Tecnos, Madrid.

²¹ En términos de hábitos saludables y cuerpos legítimos como estándares de la salud. La matriz normativa con su triple lógica exclusógena: establece jerarquías, distribuye legitimidades y produce exclusiones (hegemonía y subordinación).

- Benach Joan (1997): "La desigualdad perjudica seriamente la salud". *Gaceta Sanitaria*, Vol. 11(255-57).
- Berlant, Laurent y Warner, Michael. *Sexo en público*. En Mérida Jiménez, Rafael M. (ed.). (2002): *Sexualidades transgresoras (Una antología de estudios queer)*, Icaria, col. Mujeres y Culturas, Barcelona.
- Borrel, Carme; Rodríguez-Sanz, Maica; Pérez, Gloria, y García-Altés, Anna. Las desigualdades sociales en salud en el Estado Español. *Revista Atención Primaria*, 2008; nº 40 (2): 59-60.
- Borrell Carme, Benach Joan (2005) (coord.). *L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya*. CAPS i Fundació J.Bofill. Editorial Mediterrània, Barcelona.
- Bourdieu, Pierre (1999): *La miseria del mundo*. Akal, Madrid.
- Braidotti, Rosi. (2000) *Sujetos nómades: Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea*. Buenos Aires-Barcelona: Paidós.
- Breihl, Jaime (2003): *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Burge Sandra. (2000) "Gender and power in family medicine". *Family Medicine*, Vol. 32 (625-627).
- Butler, Judith. (1999): *El género en disputa*. Paidós, Barcelona.
- Butler, Judith. (2005): *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós, Buenos Aires
- Butler, Judith (2006): *Deshacer el género*. Paidós. Barcelona.
- García- Calvente, M.M, et al. (2004): "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres" *Gaceta Sanitaria*. Vol. 18, (supl. 2) (83-92).
- Castel, Robert. (2004): *La Inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Manantial, Buenos Aires.
- Crawford, Richard (1990): *Individual responsibility and health politics*. En Conrad, Peter y Kern, Richard (Eds). *The sociology of health and illness. Critical perspectives*. Martin's Press, New York.
- De Lauretis, Teresa, (2000): *Diferencias y etapas de un camino a través del feminismo*. Horas y Horas. Madrid.
- Del Valle, Teresa (2000): *Andamios para una nueva ciudad. Lecturas desde la antropología*. Cátedra. Madrid.
- Delgado, Ana (2001): "Salud y género en las consultas de atención primaria". *Atención Primaria*, Vol. 27, No. 2 (75-78).
- Delgado, Ana (2004): "Práctica profesional y género en atención primaria". *Gaceta Sanitaria* 2004; Vol. 18, suppl. 1, (112-117).

Dorlin, Elsa (2009): *Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista*. Nueva Visión. Buenos Aires.

Encuesta Nacional de Salud (ENS). Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>. Consultado el 18/11/10.

Esteban, Mari Luz. "Antropología encarnada. Antropología de una misma." Papeles del CEIC. Universidad del País Vasco Vol. 12 (3). Puede visitarse en: <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/12.pdf>. Consultado el 15/04/11

Esteban, Mari Luz (2004b). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Bellaterra, Barcelona.

Esteban, Mari Luz. (2006) "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2(1): 24, (9-20).

Estrada-Mesa, Ángela, Báez-Silva, Ángela (2009). "Retóricas eróticas disidentes". *Rev. Universitas psychologica*, Bogotá. Vol. 8, nº 3, (653-672).

Foucault, Michel(1992): *Historia de la Sexualidad. Vol. 1: La voluntad del saber*. Siglo Veintiuno. Madrid.

Foucault, M. (1996): *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI. Madrid.

Giacaglia, Mirta. "Hegemonía. Concepto clave para pensar la política". Tópicos [en línea] 2002, [fecha de consulta: 2 de diciembre de 2010] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28801009>> ISSN 1666-485X

Hall, Stuart (2003) *Introducción: ¿quién necesita identidad?*, en Hall, Stuart y du Gay Paul. *Cuestiones de identidad cultural*. Amorrortu. Buenos Aires. (13-37)

Haraway, Donna. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra. Madrid.

Hard, Michael y Negri, Toni (2000). "La producción biopolítica" (cap. 1.2), en Hard, Michael y Negri, Toni. *Imperio*. Paidós. Buenos Aires.

Informe salud y género 2005. Observatorio de salud de la mujer, Agencia de Calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InfomeSaludyGenero2005.pdf>

Laclau, Ernesto y Mouffe, Chantal (2006). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. Siglo XXI. Madrid.

Lurbe, Katia (2005): "La enajenación de las otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y París". [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; Barcelona. Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0718106-135329/klp1de1.pdf

Lagarde, Marcela (1990). *Cautiverios de las madres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM. México.

- Laqueur, Thomas (1994): *La construcción social del sexo*. Cátedra, Madrid.
- Mayobre, Purificación. (2006) *La formación de la Identidad de Género. Una mirada desde la filosofía. (21-59)* En Esteve, J.M. y Vera, J. *Educación Social e igualdad de género*. Ayuntamiento de Málaga. Málaga.
- Mohanty, Chandra (1987): "Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses". *Feminist Review*, Vol. 30, (61-88).
- Molina Petit, Cristina (1992): "Lo femenino como metáfora en la racionalidad postmoderna y su (escasa) utilidad para la teoría feminista". *Revista Isegoría*, CSIC., Vol. 0, (129-143)
- Montero Isabel et al.(2004). "Género y salud mental en un mundo cambiante". *Gaceta Sanitaria* Vol. 18 (Supl 1).
- Mouffe, Chantal (1999). *El retorno de lo político*. Paidós, Barcelona.
- Mouffe, Chantal (1998). *Hegemonía, política e ideología*, en Labastida, Julio (coord.) *Hegemonía y alternativas políticas en América Latina*. Siglo XXI. México (125-145).
- Navarro Vicente et al.(1996:) *Las desigualdades sociales en salud en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU). Madrid.
- Nieto, José Antonio (1998). *Transexualidad, transgenerismo y cultura: antropología, identidad y género*. Talasa. Madrid.
- Observatorio de Desigualdades en Salud. Disponible en: <http://www.ods-ciberesp.es/informacion-corporativa/iquienes-somos.html>
- Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm>
- OMS:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/index.htm], Consultado el16/02/11.
- Ortiz, Teresa y otras (2002): "El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer" en: *La salud de las Mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. I Congreso Nacional. Madrid, Instituto de la Mujer, Madrid, (30-40).
- Pecheny, Mario (comp.) (2008). *Todo sexo es político*. Libros del zorzal. Buenos Aires.
- Pichardo Galán, José Ignacio (2009): *Entender la diversidad familiar. Relaciones homosexuales y nuevos modelos de familia*. Bellaterra. Barcelona.
- Regidor Enrique et al. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Diaz de Santos. Madrid.
- Rodríguez-Sanz Maica, Carrillo Santistevé Paloma, Borrell Carme. *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas, 1993-2003*. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud.

Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf

Rodríguez Magda, Rosa M. (1994) *Feminismo fin de siglo. La seducción de la diferencia*. Anthropos. Barcelona.

Rohlfs Isabella et al. (2004) "Género y cardiopatía isquémica." *Gaceta Sanitaria*, Vol. 18 (Supl 2), (55-64)

Romo Avilés, Nuria et al. (2006): "De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar." *Trastornos Adictivos*, Vol. 8 (4).

Rubin, Gayle. (1989) *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. En Vance, Carole (comp.) *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*. Revolución. Madrid

Rubin, Gayle. (1986): "El tráfico de mujeres", en Gortari, Ludka de (Coord). *Nueva antropología. Estudios sobre la mujer: problemas teóricos*. Conac y T/Uam. Iztalpalapa. Puede consultarse en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15903007&iCveNum=4717>

Ruiz-Cantero, María T.; Verdú-Delgado, María. (2004): "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico". *Gaceta Sanitaria*, Vol. 18 (118-125). Disponible en < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000700019&lng=es&rm=iso >. Consultado: 06/04/2011.

SESPAS. Grupo de Género y Salud Pública. Disponible en: <http://genero.sespas.es/indice.html>. Consultado el 21/01/11

Soley-Beltrán, Patricia (2009): *Transexualidad y la matriz heterosexual. Un estudio crítico de Judith Butler*. Bellaterra. Barcelona.

Stolcke, Verena (2003): "La mujer es puro cuento: la cultura del género". *Quaderns de l'Institut Català de Antropologia*, Vol. 19 (69-95).

Szasz, Ivonne (2004). *El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades*. En Cáceres, Carlos, et al. (ed.). *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo debate*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. (65-75)

The Black Report. Accesible en: <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

Vázquez, Francisco (2009): "Del sexo dicotómico al sexo cromático. La subjetividad transgénera y los límites del constructivismo". *Revista Sexualidad, salud y sociedad*. Vol. 1, (63-88). Disponible en: www.sexualidadsaludysociedad.org. Consultado: 16-10-10.

Velasco, Sara (2006): *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres*. I. de la Mujer. Madrid.

Weeks, Jeffrey (1993): *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Talasa. Madrid.

Wittig, Monique (2006): *El pensamiento heterosexual*. Egales. Madrid.