



DRET A LA SALUT EN EL COL·LECTIU GAI, LESBIÀ I TRANSSEXUAL

Estat de la qüestió, anàlisi crítica i
recull bibliogràfic

Montse Pineda Lorenzo (Barcelona 1970)

Diplomada en Treball Social per l'Escola Universitària de Treball Social, és profesora de l'assignatura Gènere i Salut i de l'assignatura Violència de gènere a l'àmbit sanitari a l'Escola Universitària d'Infermeria de Santa Madrona. Professora del Postgrau "Infermeria i VIH/SIDA: una visió global i humanista" de la mateixa Escola Universitària, i professora del Postgrau sobre "Prevenició, detecció i Intervenció en Violència Familiar" de la Universitat de Barcelona. Les seves àrees de treball són la salut i el gènere, especialment la salut de les dones i la salut de les persones LGTB. Darrerament ha participat com a experta en el Comitè Tècnic per l'Estratègia de Salut Sexual del Ministeri de Sanitat i Polítiques Socials i actualment realitza funcions de coordinació d'incidència política a l'associació Creación Positiva. També ha editat diferents articles en llibres, guies i revistes especialitzades.

ÍNDEX

Introducció	1
1.- Marc conceptual d' aquesta Guia: salut i LGTB	3
1.1.- Els eixos: salut, salut sexual i discursos socials i dominació	5
1.1.1.- Natural <i>versus</i> cultural	9
1.1.2.- Heterosexualitat <i>versus</i> homosexualitat	10
1.1.3.- Homofòbia, lesbofòbia i transfòbia: les violències estructurals	15
1.1.4.- Sota la mirada de la medicalització: l'altra violència	52
1.1.5.- La promoció de la salut i els col·lectius LGTB	70
2.- Homes gais i homes que tenen relacions sexuals amb altres homes	89
3.- Dones lesbianes i dones que tenen relacions sexuals amb altres dones	113
4.- Homes i dones transsexuals/transgènere i intersexuals	127

INTRODUCCIÓ

Aquesta Guia és un projecte del Programa per al col·lectiu gai, lesbià, i transsexual del Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Aquest material és una eina bàsica de coneixements al voltant de la salut dels col·lectius LGTB, aquesta Guia té tres eixos fonamentals que expliquen com s'han configurat els temes i la documentació present en aquesta:

- el dret a la salut
- la medicalització com una forma d'homofòbia, lesbofòbia i transfòbia
- la salut dels diversos col·lectius gai, lesbià i transsexual.

Aquesta Guia és una tria bibliogràfica producte d'una recerca bibliogràfica exhaustiva i que ens ajuda a explorar l'àmbit de la salut als diversos col·lectius LGTB.

Cal assenyalar la diversitat i la complexitat de la realitat anomenada "salut". La salut va més enllà de les patologies i de la visió biomèdica i dels serveis que es generen al seu entorn.

Cal emmarcar aquesta Guia en el reconeixement legal i social del dret a la salut que tenim les persones independentment de la nostra identitat i opció sexual.

Categories de la guia bibliogràfica:

La guia bibliogràfica s'ha elaborat a partir de tres categories, que han estat seleccionades segons els subjectes:

- Homes gais i homes que tenen relacions sexuals amb altres homes.
- Dones lesbianes i dones que tenen relacions sexuals amb altres dones.
- Homes i dones transgènere, i les identitats de gènere.

Aquestes categories han seguit les definicions clàssiques que el mateix col·lectiu LGTB fa de si mateix.

Han estat creuades amb els eixos transversals:

- Drets sexuals
- Estigma i discriminació

Aquest dos eixos s'escullen segons la importància que tenen aquest dos fenòmens en la salut i, per tant, en la salut del diferents col·lectius LGTB i del marc ideològic que transcendeix aquesta Guia.

EL MARC CONCEPTUAL D'AQUESTA GUIA: SALUT I LGTB

En iniciar la recerca que va donar lloc a aquesta Guia, es va posar en evidència la manca d'un model teòric que recollís explícitament el vincle entre homosexualitat i identitat de gènere amb salut. Aquest vincle, majoritàriament ha estat estudiat per l'antropologia, ciència que intenta aproximar-se als discursos que mantenen les societats al voltant de construccions socials, com poden ser l'homosexualitat, les identitats de gènere i la salut.

L'eix d'aquesta Guia són els determinants socials de la salut i aquells que determinen en major mesura la salut dels diversos col·lectius LGTB. Com podem observar, la violència estructural exercida sobre aquests col·lectius és el determinant més rellevant que afecta la salut de les persones dels diversos col·lectius LGTB. Per tant, l'homofòbia, la lesbofòbia i la transfòbia són els factors que marquen els continguts d'aquesta Guia.

És cert que cada vegada hi ha més estudis que recullen informació sobre com determinades patologies afecten les persones dels diversos col·lectius LGTB, però això no significa que ho facin des d'una perspectiva que no sigui reproductora d'estereotips i prejudicis entorn dels gais i els HSH.

Es posa en relleu la necessitat de recollir la informació sobre com l'homofòbia, la lesbofòbia i la transfòbia afecten directament i indirectament la salut de les persones. Aquesta necessitat d'investigació sobretot qualitativa, posa de manifest la importància del gènere i el sexe en la salut. Aquest treball de molts anys i continuat ha posat en evidència la relació citada. Una de les limitacions d'aquests estudis, ha estat la poca presència de l'opció sexual i la identitat de gènere.

Qualsevol aproximació actual a l'entorn de la salut, ha de descriure els comportaments de les persones en relació amb què les fa emmalaltir, però sobretot, amb el conjunt de situacions que es produeixen a l'entorn de la gent.

Els mateixos plans de salut que organitzen les polítiques dels països, reconeixen la importància de descriure amb profunditat els determinants de salut i poder fer-los front. Els factors més determinants són les desigualtats en salut, entre les quals trobem: la classe social, el territori i el gènere, i, per tant, l'opció sexual.

Cal recordar que no fa gaires anys l'homosexualitat era considerada per l'Organització Mundial de la Salut una desviació que s'havia de corregir i tractar. Però l'OMS, en aquells moments era una sucursal dels que deien algunes societats psiquiàtriques conservadores. Cal recordar que eren els mateixos anys que les persones anomenades "negres" no tenien reconeguts els drets i que les dones eren considerades també com a persones d'"arrel històrica". Els organismes internacionals no sempre estan regits per les qüestions científiques, sinó per interessos de lobbys, en aquest cas el fonamentalista homofòbic que ha generat estudis pseudocientífics justificant situacions discriminatòries i que vulneren els drets fonamentals de les persones. El nazisme va generar nombrosos exemples de com la ciència es pot manipular per vulnerar els drets humans.

Els temps i les evidències van posar al seu lloc les coses, i l'homosexualitat masculina i el lesbianisme no són considerats cap patologia. Encara queda que els organismes internacionals i estatals reconeixin la transsexualitat com un fet natural i no haver d'incloure-la en una categoria de disfòbia perquè es reconeixi.

En l'actualitat, l'Estatut de Catalunya recull en els seus articles el reconeixement dels drets de les diferents persones que conformen els col·lectius LGTB:

"ARTICLE 15. DRETS DE LES PERSONES

- 1. Els ciutadans de Catalunya són titulars dels drets i els deures reconeguts per les normes a què fa referència l'article 4.1.*
- 2. Totes les persones tenen dret a viure amb dignitat, seguretat i autonomia, lliures d'explotació, de maltractaments i de tota mena de discriminació, i tenen dret al lliure desenvolupament de llur personalitat i capacitat personal.*
- 3. Els drets que aquest Estatut reconeix als ciutadans de Catalunya es poden estendre a altres persones, en els termes que estableixen les lleis.*

ARTICLE 40. PROTECCIÓ DE LES PERSONES I DE LES FAMÍLIES

- 8. Els poders públics han de promoure la igualtat de totes les persones amb independència de l'origen, la nacionalitat, el sexe, la raça, la religió, la condició social o l'orientació sexual, i també han de promoure l'eradicació del racisme, de l'antisemitisme, de la xenofòbia, de l'homofòbia i de qualsevol altra expressió que atempti contra la igualtat i la dignitat de les persones."*

ELS EIXOS: SALUT, SALUT SEXUAL I DISCURSOS SOCIALS I DOMINACIÓ

Aquesta Guia ens permet apropar-nos a les diverses realitats que conformen l'àmbit de la salut de les persones dels diversos col·lectius LGTB.

És per aquest motiu que en aquesta primera part de la Guia fem una aproximació de què s'entén per salut i que va molt més enllà d'una visió mèdica tradicionalment biologicista.

La discriminació que han patit les persones dels diversos col·lectius LGTB, moltes vegades ha estat sustentada pel model biomèdic, aquest fet no és sinó un punt per reflexionar sobre com determinades persones han fet un ús "maliciós" de la ciència per justificar discriminacions i violacions dels drets humans.

Ja en el seu moment, Hitler va utilitzar la medicina i la psiquiatria per justificar el seu genocidi, que recordem que va incloure persones per la seva opció sexual i identitat sexual. Moltes organitzacions fonamentalistes i personatges pseudocientífics, en l'actualitat justifiquen la discriminació o la vulneració dels drets, inclòs el de la salut, i no estan tan lluny de determinats plantejaments del règim nazi amb la supremacia blanca/ària i l'heterosexisme amb estudis sobre, per exemple, la idoneïtat de les parelles gais/lesbianes a tenir fills/es.

Aquesta Guia posa en evidència que la salut està afectada directament per la desigualtat social, econòmica i ideològica; la violència estructural contra els col·lectius LGTB és una de les causes de morbiditat i mortalitat i la principal causa del patiment de les persones.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la salut en la seva Carta Fundacional del 1946, diu "que és un estat de benestar complet físic, mental i social, i no tan sols l'absència d'afeccions o malalties".

Cal recordar que l'OMS defineix la salut sexual com:

"La salut sexual és un estat de benestar físic, emocional, mental i social relacionat amb la sexualitat; no és merament l'absència de disfunció o malaltia. La salut sexual requereix un acostament positiu i respectuós a la sexualitat i les relacions sexuals, així com la possibilitat de tenir experièn -

cies sexuals agradables i segures, lliures de coerció, discriminació i violència. (WHO, 2002)."

La salut és un procés polític, perquè no tan sols s'estableixen elements de cura social, sinó perquè és un "producte social". També són productes socials el gènere, i, per tant, l'orientació sexual; això varia segons els context històric (temps, espai i condicions).

La perspectiva de gènere com a element explicatiu de:

- La invisibilitat de la salut de les dones.
- L'androcentrisme en la medicina.
- La feminitat i la masculinitat interferint en els processos d'autocura.
- Les opcions sexuals conformen les identitats de gènere.
- La socialització és un dels elements fonamentals per entendre aquest concepte.
- La manera com es configuren les identitats de gènere.

Les polítiques de gènere han de revelar les connexions entre sexe, les relacions de gènere que es materialitzen en les relacions sexuals i l'ordenació dels serveis d'acord amb aquestes qüestions, de manera que tant les dones com els homes puguin fer efectius els seus drets sobre salut sexual i reproductiva.

Per tant, les polítiques de salut sexual són polítiques que s'han de basar en la promoció de la salut, tenint en compte: la transversalitat de gènere, l'educació per la salut i l'apoderament de les dones, i, per tant, ha de tenir en compte tots aquells fenòmens relacionats amb la diversitat i en conseqüència amb les opcions sexuals.

La sexualitat és un sistema de discursos complexos on es creuen diversos entorns i contextos:

El sistema patriarcal com a ordre simbòlic complex construeix la sexualitat segons el sistema de binomis, entre altres: home o dona, natural *versus* cultural i heterosexualitat *versus* homosexualitat.

Michel Foucault a *Historia de la sexualidad: el uso de los placeres*, Madrid, Siglo XXI, 1993, ens explica el concepte de sexualitat a occident com:

“és un conjunt de significats donats a certes pràctiques i activitats, un aparell social que té una història amb complexes arrels en el passat cristià i precristià, i que va assolir una unitat conceptual moderna amb efectes diversos. La sexualitat ha estat construïda com un saber que conforma les maneres en les quals pensem i entenem el cos, i els discursos sobre el sexe s’entenen com a dispositius de control sobre els individus, no tant basats en la prohibició o en la negació, sinó en la producció i imposició d’una xarxa de definicions sobre les possibilitats del cos. Avui la sexualitat és un conjunt de regles i normes, en part tradicionals, en part noves, i un conjunt de canvis en la manera en la qual els individus es veuen portats a donar sentit i valor a la seva conducta, als seus deures, als seus plaers, als seus sentiments i sensacions, als seus somnis.”

Jeffrey Weeks, referència fonamental per entendre la sexualitat i el que entenem per homosexualitat i transsexualitat, en els seus llibres ens explica, a tall de resum:

“Concepte de sexualitat: és un complex sociocultural històricament determinat consistent en relacions socials, institucions socials i polítiques, així com concepcions del món que defineixen les identitats bàsiques dels subjectes. Conté i suposa també els rols socials, les funcions i les activitats econòmiques i socials assignades sobre la base del sexe als grups socials i al treball, a l’erotisme, a l’art, a la política i en totes les experiències humanes. Consisteix a més en l’accés i la possessió de sabers, llenguatges, coneixements i creences específiques, implicant rangs i posicions amb relació al poder.”

“Les pràctiques sexuals constitueixen un producte històric i social.

Són un producte altament específic de les nostres relacions socials, molt més que una conseqüència universal de la nostra biologia comuna.

La societat opera com el principi indispensable de producció de conductes sexuals, i de les significacions que els estan lligades.

L’experiència subjectiva de la vida sexual és un producte dels significats i símbols intersubjectius, associats amb la sexualitat en diferents situacions socials i culturals.

D’aquesta manera, la sexualitat «és una experiència històrica i personal alhora».

La fisiologia i la morfologia del cos proporciona les condicions prèvies per a la sexualitat humana.

La biologia condiona i limita el que és possible: però no és la causa de les formes de vida sexual.

Les diferències fisiològiques entre homes i dones són importants; però en si mateixes, aquestes no determinen què o qui serem, tant en la nostra identitat personal com social, excepte pel fet que les societats tenen tradicions i institucions que imposen conformitat.

Els cossos i la sexualitat no tenen significats intrínsecs, sinó que s'ha de concebre com un conjunt de creences, relacions i identitats històricament conformades i socialment construïdes.

Les cultures han creat un llaç entre la identitat genèrica i la sexual, però aquest llaç és històric.”

- Weeks, Jeffrey. *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas.* Madrid: TALASA Ediciones SL, 1993.
- Weeks, Jeffrey. “*La sexualidad e historia: reconsideración*”. A: *Antología de la Sexualidad Humana de CONAPO.* Mèxic: Grupo Editorial Miguel A. Porrúa, 1994.
- Weeks, Jeffrey. *Sexualidad.* Mèxic: Paidós, 1998.

NATURAL VERSUS CULTURAL

L'opció sexual i les identitats estan relacionades amb el concepte de gènere, de fet conformen l'univers de la construcció de la identitat de les persones.

Per aquest motiu, s'entén per gènere aquella construcció social que identifica, defineix i relaciona els àmbits del ser i que fa femenins i masculins dintre dels contextes socials, econòmics, històrics i culturals definits. Gènere es refereix a la xarxa de símbols culturals, conceptes normatius, patrons institucionals i elements d'identitat subjectius que, a través d'un procés de construcció social, diferencien els sexes, al mateix temps que els articula dintre de les relacions de poder sobre els recursos i les decisions.

Aquesta definició de gènere està adaptada de la definició que recull la *Guia per a programes projectes de salut sexual i reproductiva a l'Àfrica*. Antolín, L., Mazarraza, L. (coordinadora). "Cooperación en Salud con perspectiva de género." Madrid: FPPE para Aire Comunicaciones, 1997.

En la Guia didàctica de Marta Segarra editada pel Institut Català de les Dones (ICD) sobre Simone de Beauvoir ens explica:

"L'autora (Simone) parteix de la pregunta «què són les dones», tot demanant-se si ser dona és només un fet biològic que depèn del sexe que es té, o bé si també és un procés cultural. Amb la distinció entre "femella" i "dona", Beauvoir estableix que aquest darrer concepte és fruit exclusivament de la cultura: un ésser humà neix mascle o femella, però ha de passar per un llarg procés per esdevenir «dona» o «home». Aquesta distinció és a la base del concepte de gènere: aquest es diferencia del sexe perquè no és quelcom donat (un «destí», en paraules de Beauvoir), sinó una construcció cultural que cada persona realitza d'una manera diferent i que és en part voluntària (depèn de les eleccions vitals que realitzem) i en part inconscient. Si Beauvoir admet, explícitament, que esdevenir "home" també és un procés, sosté, però, que el femení és el gènere «marcat», el lloc de la diferència pertorbadora i fins i tot perillosa, mentre que el masculí és el lloc del «neutre» i, per tant, també dels valors positius."

<http://www20.gencat.cat/docs/icdones/Serveis/Documents/Arxius/MATERIAL%20DIDACTIC%20BEAUVOIR.pdf>

Com indica Cornejo:

“un dels antecedents més arrelats de la discriminació sexual va ser establert per Sant Tomàs d’Aquino, que va argumentar que l’únic fi «correcte» de la sexualitat és la procreació, qualificant l’homosexualitat com la més gran manifestació de la luxúria. I per això les persones que consideren la procreació com l’objectiu primordial de la sexualitat, i que consideren el plaer sexual com un pecat, rebutgen per principi les i els homosexuals, i promouen aquest rebuig en les seves famílies i comunitats.”

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83601605>

HETEROSEXUALITAT VERSUS HOMOSEXUALITAT

No es pot entendre l’homosexualitat per ella sola, igual que no es pot entendre l’heterosexualitat per ella sola.

Juan Cornejo, en el seu article “La Homosexualidad como una construcción ideológica”, de la revista Límite. Revista de Filosofía y Psicología, volum 2, n. 16, 2007, descriu magistralment com es crea la categoria homosexualitat d’acord amb una resposta a l’herterosexualitat normativa i que recull la pluralitat d’una sèrie de pràctiques, desitjos i sentiments.

“Havent examinat les principals fites que van donar lloc a l’homosexualitat, es pot puntualitzar alguns aspectes.

El primer d’aquests és que la conceptualització i consegüent representació social que es va derivar del procés medicalizador que es va instal·lar, ja des de mitjan segle XIX, no és una qüestió neutra o desproveïda de qualsevol valoració ètica; molt al contrari, no sols respon a un cert tipus de societat «disciplinària», funcional al sistema capitalista-burgès, sinó que escassament dissimula el referent ideològic que la inspira i serveix de referent de l’«heteronormativitat». Dit en altres termes, la noció d’homosexualitat, malgrat la seva pretensió de «rigor», «objectivitat» i «cientificitat», és bàsicament una conceptualització ideològica construïda i instal·lada en el mateix llenguatge, a més de legitimadora d’altres discursos.

Un segon aspecte per ser destacat és que l'homosexualitat, dins del marc epistemològic en el qual sorgeix, necessàriament irromp com una veritat inqüestionable, és a dir, com una patologia, una perversió o una desviació de l'heteronormativitat dominant. És més, tot esforç per dilucidar la presumpta etiologia de l'homosexualitat parteix de la premissa o supòsit, mai no qüestionat, que l'heterosexualitat és la normalitat segons la qual s'avalua el grau de desviació del model ideal. En aquest sentit, no deixa de sorprendre l'unilateralitat de l'interès investigatiu; així, en lloc de preguntar-se per les peculiaritats de la diversitat sexual humana, les indagacions se centren en un intent obsessiu, que en les últimes dècades ha deambulat entre les consideracions genètiques i les psíquiques, per provar-ne una de pretesa anormalitat, alteració genètica o hormonal, detenció en el procés de desenvolupament psíquic-emocional o altres arguments anàlegs. Referent a això es pot consignar que aquestes idees no són del tot noves, algunes han estat recurrents en la història de la centúria passada. En el cas llatino-americà, i en particular xilè, a més de plenament vigents en amplis sectors de professionals que s'han resistit a incorporar les apreciacions de diferents organismes col·legiats en l'àmbit internacional, o encara de la mateixa Organització Mundial de la Salut (l'OMS), l'homosexualitat continua sent considerada una malaltia o, en el millor dels casos, un «problema» de difícil administració.

Un tercer aspecte, estretament vinculat als anteriors, quan no derivat d'aquells, és l'«homofòbia cultural» (Borrillo, 2001) present, en especial, en aquelles societats on el paradigma medicalizador ha estat escassament qüestionat. L'homofòbia, a més del temor irracional que suscita en l'homòfob, es funda en la ignorància i/o el desconeixement; tanmateix, a diferència de qualsevol altra esfera desconeguda, l'homofòbia es resisteix a qualsevol intent d'explicació o raonament. És a dir, s'autoproveeix i legitima en les seves pròpies lectures de la realitat; d'aquí el seu caràcter ideològic que ha conceptualitzat, representat, interpretat i condemnat al subjecte ho-moeròticament inclinat encara abans de confrontar-se amb el subjecte real.

Ara bé, el traç més vistós de l'homofòbia cultural és aquell que s'instal·la en el mateix subjecte víctima de la repressió i censura social. És el que s'ha anomenat «homofòbia internalitzada», segons la qual la víctima acaba justificant i legitimant el règim d'exclusió en el qual és immersa.

D'alguna manera, l'«homonormativitat», no és cap altra cosa que l'esforç agosarat de molts homosexuals per aparèixer «normals» i ser acceptats en termes socials. Aquesta pretensió, a més d'il·lusòria per la permanent

exposició a la «injúria», amaga una moralització homofòbica que acaba separant els subjectes homoeròticament inclinats en «bons» i «dolents», «funcionals» o «disfuncionals» a l'ordre heterosexista vigent.

Finalment, on millor s'evidencia el biaix ideològic de l'homosexualitat medicalitzada és en el llenguatge, que torna plausible aquella construcció que ens fa creure que, efectivament, existeix l'«homosexual» quant a subjecte dotat d'una determinada anatomia, psiquisme o emocionalitat.

És amb vista d'això que preferim el terme «homoerotisme», ja que no sols amplia l'espectre d'expressions eroticoafectives dels subjectes del mateix sexe, no reduint-lo a les pràctiques homogenitals, sinó també perquè l'homoerotisme no tendeix a la moralització de la sexualitat ni està vinculat a la medicalització d'aquesta.»

Així mateix en el següent article ens trobem amb una perfecta descripció de les diverses categories que es creen:

<http://www.plannedparenthood.org/sp/salud-sexual/relaciones-sexuales/orientacion-sexual-e-identidad-de-genero.htm>

en l'article de Jon Knowles.

Orientació sexual i identitat de gènere:

Tenim diversos apel·latius per descriure la diversitat d'identitats i orientacions sexuals. Als Estats Units s'usa la sigla LGBTQ... Lesbiana. Gai. Bisexual. Transsexual. I la Q per les paraules en anglès questioning o queer, que signifiquen "en dubte" o "rar" amb referència a les persones que encara no tenen definida la seva identitat sexual. Una altra paraula que s'usa és straight per a les persones heterosexuals. També hi ha sissy boy o marieta. metrosexual, gayish o amanerat. Són molts, els termes que s'utilitzen per classificar les persones segons la seva sexualitat; alguns consideren que aquests termes defineixen la nostra sexualitat, però d'altres consideren que no tenen la capacitat de descriure la nostra sexualitat segons l'entendem.

Paula Rodríguez Rust, en el seu estudi de l'any 2001 sobre la forma en què algunes dones es refereixen a si mateixes, va descobrir que usen les descripcions següents:

Es van definir a si mateixes com a:

- *ambisexual*
- *atreta a les dones*
- *atreta a la persona*
- *atreta a una dona en especial*
- *bi-lesbiana*
- *bi-homosexual*
- *bisexual*
- *bisexual, segons la persona*
- *bisexual en una relació lesbiana*
- *bisexual transgènere*
- *enamorada o sortint amb una dona*
- *tortillera*
- *bisexual que s'identifica amb les dones*
- *bisexual variable*
- *homosexual*
- *heterosexual*
- *heterosexual amb tendències lesbianes*
- *bisexual que s'identifica com a heterosexual*
- *heterosexual amb trets de bisexualitat*
- *heterosexual en dubte*
- *lesbiana*
- *bisexual que s'identifica com a lesbiana*
- *lesbiana que té sexe amb homes*
- *no heterosexual*
- *pansensual*
- *pansexual*
- *poliamor*
- *polisexual*
- *en dubte*
- *rar (literalment) homosexual (ús argot)*
- *indefinit*

La diversitat d'aquests apel·latius demostra quant s'ha avançat des que Alfred Kinsey i els seus col·laboradors van idear una escala a la fi de la dècada de 1940 i l'inici de la de 1950 per establir una classificació d'orientacions sexuals. Les set categories d'aquesta escala responen als termes d'orientació sexual que van utilitzar les persones enquestades pel doctor Kinsey per definir-se. Kinsey va emprar la paraula heterosexual per descriure les

persones que desitgen tenir relacions sexuals amb persones de l'altre sexe. I va usar la paraula homosexual per descriure les persones que desitgen tenir relacions sexuals amb persones del seu mateix sexe.

L'escala Kinsey *consisteix en sis categories:*

- 0 – exclusivament heterosexual*
- 1 – predominantment heterosexual, rares vegades homosexual*
- 2 – predominantment heterosexual, algunes vegades homosexual*
- 3 – igualment heterosexual i homosexual (bisexual)*
- 4 – predominantment homosexual, algunes vegades heterosexual*
- 5 – predominantment homosexual, rares vegades heterosexual*
- 6 – exclusivament homosexual*

Avui en dia, molts sexòlegs opinen que l'escala Kinsey és simplista. Segons ells el tema de l'orientació sexual i la identitat sexual és més complex i presenta moltes altres variants. I, pel que sembla, les dones enquestades per la doctora Rodríguez Rust hi estan d'acord.

Les categories establertes per l'escala Kinsey, així com les sigles LGBTQ, tenen cert valor en la parla casual i en l'àmbit de les investigacions científiques per descriure l'orientació sexual i les identitats sexuals. Encara que hem de tenir en compte que aquest tipus de classificació té un abast limitat.”

HOMOFÒBIA, LESBOFÒBIA I TRANSFÒBIA: LES VIOLÈNCIES ESTRUCTURALS

Per contextualitzar l'homofòbia, la lesbofòbia i la transfòbia en un context que superi una visió de fòbia individual prendrem les paraules de Daniel Borrillo (2001):

“l'homofòbia es converteix així en la guardiana de les fronteres sexuals (hetero/homo) i de les de gènere (masculí/femení)”.

PRIMER DISCURS D'UN GAI A L'ONU

Pel que sabem, sóc el primer homosexual que parla obertament com a tal a qualsevol dels òrgans de drets humans de l'ONU

6/08/1992

Professor Douglas Sanders

Presentació: dijous, 6 d'agost de 1992, NACIONS UNIDES

44a Sessió Anual de la Subcomissió per a la Prevenció de la Discriminació i per a la Protecció de les Minories, celebrada del 3 al 28 d'agost de 1992 a Ginebra, Suïssa.

Punt 17è de l'ordre del dia: promoció, protecció i restabliment dels drets humans en l'àmbit nacional, regional i internacional.

DECLARACIÓ DELS DRETS HUMANS DE LESBIANES I GAIS

DECLARACIÓ CONJUNTA DE HUMAN RIGHTS ADVOCATES (DEFENSORS DELS DRETS HUMANS) I D'ILGA (ASSOCIACIÓ INTERNACIONAL DE LESBIANES I GAIS)

HRA té el plaer de presentar la declaració següent en col·laboració amb l'ILGA:

“Les qüestions relatives als drets humans de lesbianes i gais han rebut una atenció creixent en l'àmbit nacional i regional. Fins a aquesta data amb prou feines han rebut atenció en l'àmbit internacional.

Des del nostre punt de vista, això representa una omisió molt greu en el treball a favor dels drets humans d'aquest i altres òrgans.

Permeteu-me donar-vos exemples d'avenços positius que han ocorregut recentment en l'àmbit regional i nacional:

En primer lloc, exemples d'avenços en l'àmbit nacional.

- *Lleis que prohibeixen la discriminació per raó de l'orientació sexual han estat promulgades en moltes jurisdiccions durant l'última dècada. Anotem el compromís renovat de Canadà, el juny passat, d'introduir una legislació de caire nacional que vindria a sumar-se a la ja vigent a sis províncies o territoris.*
- *El 1989 Dinamarca ha promulgat una llei de parelles de fet. Va significar un avenç considerable cap a una norma que iguali les parelles homo i heterosexuals. És probable que aquesta llei danesa sigui copiada en un nombre de països europeus.*
- *El 1991 Austràlia va establir la igualtat en les seves lleis d'immigració amb el reconeixement de totes les relacions d'interdependència emocional. En concedir a lesbianes i a gais la possibilitat d'exercir el dret d'empara com a immigrants per a les seves parelles, Austràlia ha seguit l'exemple de Nova Zelanda, els Països Baixos, Dinamarca, Noruega i Suècia.*
- *Els homosexuals han anat aconseguint un grau de visibilitat més alt als seus països. Les organitzacions a favor dels drets dels homosexuals han existit al món occidental des de fa anys, però s'han establert noves organitzacions durant l'última dècada a Europa de l'Est, Àfrica, Àsia i Amèrica Llatina. Avui en dia, individus obertament homosexuals ocupen càrrecs electes a EUA, Canadà, Regne Unit i altres estats.*

En segon lloc, m'agradaria donar exemples dels avenços en l'àmbit regional. En aquest punt només som conscients d'avenços a la regió europea.

- *El 1981 l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa va adoptar la Resolució 756 i la Recomanació 924, que condemnen la discriminació contra els homosexuals.*
- *La resolució de 1984 del Parlament Europeu sobre la discriminació sexual en el lloc de treball va condemnar expressament la discriminació contra els homosexuals i va comminar els estats membres a informar de qualsevol disposició en les seves lleis que discriminés els homosexuals.*
- *La Comissió Europea va finançar un curs d'estiu d'estudis gai-lèsbics a Utrecht, els Països Baixos, el 1989, i Essex, al Regne Unit, el 1991. Els cursos van ser organitzats per cinc universitats europees, incloent-*

hi el Departament d'Estudis Gai-lèsbics de la Universitat d'Utrecht. La investigació sobre qüestions gai-lèsbiques a la Universitat d'Utrecht ha rebut el suport financer del Parlament Europeu, la Comissió Europea i la Fundació Europea de Drets Humans.

- *S'han discutit qüestions gai-lèsbiques en dues conferències paral·leles a la CSCE (Conferència per la Seguretat i la Cooperació a Europa). Les conferències es van celebrar a Oslo el 1991 i a Hèlsinki l'abril d'aquest any. La reunió d'Hèlsinki era una conferència paral·lela oficial de la CSCE. Va ser coordinada per l'organització a favor dels drets homosexuals finlandesa SETA i va ser finançada pel Ministeri d'Assumptes Exteriors finlandès.*

Lamentablement aquests avenços positius a la pràctica nacional i regional són només la part de la història. La discriminació contra el col·lectiu gai-lèsbic continua vigent a la major part del món. Aquestes violacions dels drets humans han de ser supervisades correctament i ser conegudes pel món sencer. Molt breument donaré exemples:

- *En un país, la pena de mort és aplicada a qualsevol que hagi comès un acte homosexual. Les matances extrajudicials de lesbianes i gais tenen lloc a nombrosos països, com en el cas de l'assassinat d'almenys cinc activistes homosexuals a Mèxic, ocorregut fa tres setmanes. La figura més prominent assassinada va ser el doctor Francisco Estrade Valle, cofundador d'una organització per a la prevenció de la sida.*
- *Les lleis penals de molts estats encara prohibeixen els actes homosexuals consentits. Aquestes lleis continuen vigents a Irlanda, en conflicte amb les regles del Tribunal Europeu de Drets Humans.*
- *En la major part d'estats afrontem la discriminació en drets civils que tracten amb l'herència, la seguretat social, les assegurances mèdiques, l'allotjament i la immigració. Les autoritats d'immigració canadenques m'han separat del meu company estranger, a posta que trencaven una parella estable. El dret d'empara per a l'espòs com a immigrant està sempre disponible per als heterosexuals, però amb regularitat negat als homosexuals.*

L'ILGA, l'Associació Internacional de Lesbianes i Gais, va ser formada el 1978 i actualment té aproximadament 500 membres en més de 50 estats a totes les regions del món. L'objectiu de l'associació és assegurar que les

lesbianes i els gais puguin gaudir dels mateixos drets que altres membres de les societats en les quals vivim. L'associació ha treballat amb l'Organització Mundial de la Salut i ha contribuït a l'estudi de Fernand-Laurent de 1988 sobre minories sexuals, autoritzat per l'ECOSOC (Consell Econòmic i Social de l'ONU).

Malgrat la seva útil tasca i el seu caràcter molt representatiu, l'Associació Internacional de Lesbianes i Gais encara no ha aconseguit entrar en el Consell Consultiu de l'ONU.

Les lesbianes i gais estem, actualment, completament mancats de representació, com a tals, en les organitzacions que pertanyen al Consell Consultiu de l'ONU. Pel que sabem, sóc el primer homosexual que parla obertament com a tal a qualsevol òrgan de drets humans de l'ONU. Fa aquesta observació per il·lustrar com hem estat completament apartats del treball pels drets humans de l'ONU. Hem estat pàries, encara que siguem grans minories en cada estat membre de l'ONU.

En nom de HRA i l'ILGA, permetin-me que suggereixi alguns passos que considerem que haurien de ser presos per la Subcomissió:

- En primer lloc, la Subcomissió hauria de tenir un ponent especial per encarregar-li un estudi sobre les discriminacions contra les lesbianes i els gais.*
- En segon lloc, exigim a l'ONU que inclogui els drets humans de lesbianes i gais a l'agenda de la Conferència Mundial de Drets Humans de 1993.*
- En tercer lloc, cominem l'ONU a repassar la seva pròpia política d'ocupació i benefici perquè no hi hagi cap discriminació contra les lesbianes i gais o les seves parelles.*
- En quart lloc, demanem la Subcomissió que advoqui davant del Consell Econòmic i Social perquè es consideri favorablement l'ingrés d'organitzacions de lesbianes i gais en el Consell Consultiu. Desitgem estar aquí amb els nostres propis noms, representant les nostres pròpies organitzacions.*

Gràcies senyor president.”

Així mateix, l'ILGA realitza un informe sobre l'odi estatal contra la homosexualitat i la transsexualitat:

http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2010.pdf

“Amb aquesta publicació, l'Associació Internacional de Lesbianes i Gais, una federació mundial amb més de 30 anys d'història que agrupa 670 grups de lesbianes, gais, bisexuals i persones trans i intersexuals de més de 100 països de tot el món, espera cridar l'atenció sobre aquesta realitat que roman desconeguda per la immensa majoria de la població.

Encara que molts dels països de la llista no apliquin sistemàticament aquestes lleis, la seva mera existència reforça una cultura on una significativa part de la ciutadania necessita amagar-se de la resta de la població, per por. Una cultura en la qual l'Estat justifica l'odi i la violència i que força a les persones a la invisibilitat i a negar qui són realment.”

En el seu article, Cristhian Manuel Olivera Fuentes, *“Crímenes de Odio por Orientación Sexual o Identidad de Género en el Perú”*, fa una excepcional posada en comú sobre la veritable dimensió de l'anomenada homofòbia:

“En el cas dels crims d'odi per orientació sexual o identitat de gènere, aquests tenen com a mòbil el rebuig i odi envers les persones que per alguna raó no tenen o no evidencien una sexualitat hegemònica i tradicional (en el sentit d'heterosexual, matrimonial i reproductiva). L'agent que comet el crim d'odi sanciona així la dissidència sexual (fins i tot presumpta) de la seva víctima, en sortir-se aquesta del sistema inequitatiu de poder (binari i dicotòmic) home-dona, masculí-femení, on, a més, cada identitat té valors, comportaments i rols assignats culturalment.”

“Hem dit que aquests crims tenen com a mòbil el rebuig i odi envers qui pertanyen (real o suposadament) a les persones gais, lesbianes, bisexuals o transsexuals.

És una sanció social, ja que es castiga, reprimeix i ordena des d'un determinat punt de vista cultural i ideològic que té sobre la seva base la idea que l'heterosexualitat és «el correcte» i «el degut», i a partir d'això es reglamentaria i organitza a tot nivell la societat. A això s'anomena heteronormativitat.

Lauren Berlnad i Michael Warner entenen per heteronormativitat «...les institucions, estructures de pensament i orientació de pràctiques que fan veure l'heterosexualitat com alguna cosa no solament coherent –és a dir, organitzat com a sexualitat–, sinó també privilegiat o correcte».

L'heteronormativitat és llavors «...un sistema rector de dinàmiques socials en el marc de la modernitat occidental, caracteritzat per tres (il·)lògiques: a) l'heterosexualitat com a única forma de ser/estar en el camp de la sexualitat i l'afectivitat; b) la diferenciació/discontinuitat de gènere; i c) la dominació masculina.»

9 DEMUS-Estudi “Para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Femicidio en el Perú”. Expedients Judicials, Lima-Perú, setembre del 2006, pàg. 8.

10 Berland, Lauren; Warner, Michael, “Sexe en Públic”, pres. el 12/09/07 de <http://www.fractal.com.mx/F12berla.html>.

11 Cosme, Carlos; Jaime, Martín; Merino, Alejandro ; Rosales, José Luis, “La Imagen IN/Decent: Diversidad sexual, prejuicio y discriminación en la prensa escrita peruana”. Lima-Perú: Institut d'Estudis Peruans (IEP) (Sèrie: Lectures Contemporànies 7), primera edició abril del 2007, pàg. 21.”

“En tot cas, cal ser conscients que qualsevol al·lusió a homofòbia o les seves variants identitàries ha de ser compresa com partint d'un context social que privilegia l'heterosexualitat i la fa un mandat cultural, però no com una manifestació patològica. Nosaltres preferim parlar d'heteronormativitat, però qualsevol menció d'homofòbia (mentre que és difícil ignorar de ple aquest concepte) ha de ser entesa en aquest text en el sentit que li acabem de donar, al cap i a la fi és una categoria que, com d'altres, pot resignificar-se i dotar-se d'un contingut que ajudi a entendre els processos d'estigmatització i discriminació.”

<http://culturalesbiana.blogspot.com/2006/07/29/lesbofobia-internalizada/>

“La lesbofòbia internalitzada és l'eina principal que perpetuem i que fa que «estiguem d'acord» amb la nostra pròpia opressió. És un dels principals factors que ens impedeixen que, com a grup, ens adonem de l'enorme intel·ligència i el poder que en realitat tenim i que els portem a l'acció.

A l'àmbit personal, és un dels principals ingredients que componen les relacions doloroses i impossibles que sovint entaulen entre nosaltres. Podríem pensar que ha estat la pedra amb la qual ensopeguen tots els

grups d'«alliberament lèsbic» prometedors i potencialment forts que tanmateix van fracassar en el passat? La lesbofòbia internalitzada limita de manera dràstica l'efectivitat de tots els grups de lesbianes que existeixen.

Aquest és un problema que ningú no ha estat capaç de resoldre i que ha desesperat a moltes. Alguns trets de la lesbofòbia internalitzada ens resulten tan familiars que nosaltres mateixes els acceptem com a part d'una «cultura lèsbica». Els atribuïm a «la nostra manera de ser».

Arribar a una clara entesa teòrica d'aquest fenomen pot produir una ruptura en aquesta situació, i el que és més important, pot generar tècniques efectives que ens alliberin completament d'aquest terrible obstacle que puguem emergir com a persones i alliberar-nos com a grup. Reconèixer el concepte de lesbofòbia internalitzada és de transcendental importància i és important compartir aquest reconeixement amb totes les lesbianes.

Què és la lesbofòbia internalitzada?

Sabem que tot dolor o tot maltractament que una sofreix, si no és descarregat (curat), crea en la víctima el que es diu un «model de sofriment» (sentiment o conducta rígids, destructius o ineficaços).

Aquest «model de sofriment», quan torna a ser estimulat, tendeix a empenyer la víctima a tornar a viure l'experiència de dolor o maltractament original, ja sigui col·locant l'altra persona al lloc de la víctima o, quan això no és possible, prenent-ne una mateixa com l'objecte d'aquest model de sofriment.

La lesbofòbia internalitzada és una forma d'opressió que s'ha vist sistemàticament iniciada, encoratjats i reforçats els models de sofriment de les persones pertanyents a la cultura majoritària (heterosexual) i de les seves institucions. Les lesbianes hem estat víctimes de formes de maltractament varies, invalidació, opressió i explotació.

Aquest maltractament ha instaurat en nosaltres models de sofriment molt forts i crònics, com a grup i com a persones. Nosaltres no tenim la culpa que aquests models s'instal·lin i s'iniciïn. És clar que històricament se'ns han negat les condicions necessàries (per exemple seguretat) per descarregar aquest dolor. És també evident que mai no hem estat en una posició en la qual poguéssim tornar a manifestar aquest sofriment, col·locant els nostres opressors al lloc dels oprimits.

El resultat ha estat que aquests models de sofriment, creats per l'opressió i la lesbofòbia de l'exterior, els hem pogut fer actuar en els únics dos àmbits on ens ha semblat que era «segur» fer-ho. En primer lloc, amb les persones del nostre mateix grup, sobretot aquelles sobre qui tenim cert grau de poder o control (les nostres parelles, les més velles, les que tenen algun «desavantatge» social, etc.); en segon lloc, sobre nosaltres mateixes, desvalorant-nos, dubtant sobre les nostres capacitats, aïllant-nos, sentint por, indefensió o desesperació.

És important recordar que algunes de les conductes estereotipades que amb freqüència reconeixem com a part de les cultures lèsbiques les desenvolupem en un moment (o les continuem desenvolupant en els àmbits més perillosos per a nosaltres) com a estratègies de supervivència. Aquest és el seu valor original. Són testimonis de la nostra força, inventiva i determinació, de la nostra negativa de deixar-nos vèncer com a grup. Fins i tot els models crònics de sofriment poden tenir el valor de fer que continuem vives, com sigui. En l'actualitat, totes aquestes respostes al maltractament estan profundament arrelades en la nostra cultura, però compleixen encara una funció útil? Podria ser que aquests «elements de la cultura lèsbica» només servissin per mantenir-nos tancades en els nostres rols de víctimes de l'opressió?

La lesbofòbia internalitzada és producte de tornar contra nosaltres mateixes, les nostres parelles i totes les que són com nosaltres els models de sofriment resultant de l'opressió que sofrim per part de la majoria heterosexual. Com a part del nostre treball d'alliberament, hem d'explorar la intel·ligència, la força, la grandesa, el poder i els triomfs de la nostra gent i de la nostra cultura, i fer que l'atenció de nosaltres mateixes i del món es centri en aquests aspectes. També hem d'estudiar contínuament aquells aspectes de la nostra cultura que ens han estat imposats com a resposta a la lesbofòbia i eliminar-los, perquè són els que ens mantenen atrapades en la nostra opressió.

Com és i com ens afecta la lesbofòbia internalitzada?

Els esquemes de lesbofòbia internalitzada s'actualitzen de desenes de formes diferents en cada una de nosaltres. Però hem arribat a reconèixer que hi ha certes formes de lesbofòbia internalitzada que és experimentada per la majoria de les lesbianes en la nostra societat. Algunes d'aquestes formes són tan universals en les nostres cultures lèsbiques que erròniament

se les pren per expressions «autèntiques» d'aquestes cultures.

Aquests sentiments i conductes que ens danyen i destrueixen no són part de les nostres vertaderes cultures. No són part de la naturalesa de les lesbianes. Són només esquemes crònics (que actuen tot el temps i es malinterpreten com si fossin realitat) que són producte del maltractament sistemàtic i institucionalitzat. Comprendre això ens dóna seguretat per encarar la tasca d'identificar totes les formes de lesbofòbia internalitzada en nosaltres mateixes i les formes en què altres grups de persones oprimides internalitzen la seva pròpia opressió. Les reconeixem com les nostres enemigues, esquemes crònics que impedeixen el nostre alliberament.”

“Homofòbia internalitzada

L'homofòbia és la por a l'homosexualitat. La nostra societat ha desenvolupat actituds tan negatives en relació amb l'homosexualitat que moltes persones arriben a témer la seva pròpia homosexualitat –ja sigui lesbianes, homosexuals, bisexuals, heterosexuals o transgènere. Aquesta por es denomina homofòbia internalitzada. Igual pot generar inhibició sexual en la dona o en l'home, encara que succeeix més seguit en els homes.

L'homofòbia internalitzada és un sentiment tan fort que fins i tot el 30% de les adolescents lesbianes, homosexuals i bisexuals intenten suïcidarse. També pot causar depressió greu. Els grups comunitaris de lesbianes, homosexuals i bisexuals poden resultar de molta ajuda per a aquests joves proporcionant-los suport i ajudant-los a reconstruir la seva autoestima. També pot ser útil l'orientació psicològica professional.

És possible que l'homofòbia internalitzada provoqui dificultats a les lesbianes i als homes homosexuals per establir relacions íntimes amb les seves parelles sexuals. També els pot generar tanta por de la seva condició que prefereixin viure sense sexe, aparentant que són heterosexuals, o que es forcin a tenir relacions sexuals frustrants i decebedores amb persones de l'altre sexe.

Els homes heterosexuals que tenen por que algunes de les seves fantasies sexuals siguin homosexuals poden tenir menys capacitat per establir relacions íntimes amb dones. Poden adoptar actituds de l'estil «tipus dur» o «mascle» en les seves relacions sexuals amb dones. A més, els homes que sofreixen d'homofòbia internalitzada són més proclius a cometre atacs a homosexuals o altres tipus d'agressions sexuals. L'homofòbia internalitzada es pot tractar amb orientació psicològica professional i psicoteràpia.

«Sortir del closet» és el procés d'acceptar-se un mateix i reconèixer davant dels altres l'orientació sexual i el gènere amb què un s'identifica. També és el procés de desafiar l'homofòbia social i internalitzada. Té diverses etapes. La primera, és adonar-se'n i assumir-ho. Això pot succeir durant l'adolescència, però a algunes persones no els succeeix fins i tot quan són grans. Els següents passos impliquen confessar aquest reconeixement propi a altres persones –les amistats, la família, els veïns, els companys d'escola, els col·legues i altres.

Aquest procés ajuda a desenvolupar i enfortir l'autoestima i la capacitat per tenir intimitat, però pot resultar molt estressant. Les persones a les quals un s'obre sempre estan influïdes per l'homofòbia d'una manera o una altra. Algunes d'elles poden facilitar-nos el procés, però d'altres no ho faran. Malgrat l'estrès que representa, sortir del closet permet alleugerir l'homofòbia internalitzada, encara que no hi posa remei totalment. Hi ha persones que han reconegut la seva identitat sexual des de molt joves i encara sofreixen inhibicions sexuals i socials com a producte de l'homofòbia internalitzada. Alliberar-se'n pot ser un procés que dura gairebé tota la vida.

Identitat de gènere

Moltes persones se senten identificades amb els gèneres femení o masculí prefixats per les normes socials. Però també hi ha moltes persones que no se senten còmodes amb aquests rols. Moltes persones accepten els rols associats al seu gènere. Però d'altres no. De vegades, aquestes persones se senten inhibides sexualment pel conflicte que tenen amb la seva identitat de gènere.

Alguns troben per si mateixos aspectes d'ambdós gèneres. Això es denomina androgínia. D'altres senten que no tenen res en comú amb cap dels dos gèneres. I altres –homes i dones transgènere i transsexuals– elegeixen adoptar l'altre gènere perquè la seva anatomia sexual no coincideix amb la seva identitat de gènere.

Les dones i els homes transsexuals poden adquirir confiança en si mateixos a través de la psicoteràpia, els tractaments hormonals, la cirurgia cosmètica i el suport de la seva família i amics. Igualment, malgrat el suport rebut, han d'enfrontar seriosos conflictes emocionals per les normes sexuals culturalment establertes. Les persones que recorren a la cirurgia per canviar de gènere travessen un procés difícil i costós.

La major part de la gent no té aquest tipus de problemes amb les normes de gènere culturals. Però cada un de nosaltres és tan únic que és possible que els nostres desigs sexuals particulars entrin en conflicte amb les normes de gènere de la nostra comunitat. Per exemple, les dones potser pensen que no està bé ser sexualment agressives i els homes pensen que no està bé ser passius. Molts homes i dones intenten superar les seves inhibicions de gènere tornant-se hipermasculins o hiperfemenines.”

Fernando Villamil ens descriu els següents processos per entendre la transformació històrica de l'homofòbia com a por individual a l'homofòbia com a estructura que manté el poder:

“En el seu sentit més comú, el concepte d'homofòbia al·ludeix a sentiments, valors i actituds d'hostilitat cap als homosexuals. Encunyat per Weinberg, un psicòleg, a començaments dels 70 (Weinberg, 1972) es tractava fonamentalment de donar compte de la por davant d'uns actes que en si mateixos no afecten directament tercers, i que tanmateix limiten la capacitat de relacionar-se del que sofreix aquesta por –d'aquí la seva conceptualització i abordatge com a fòbia, és a dir, una por patològica d'estar en la proximitat d'homosexuals. Ja poc després que s'encunyés el concepte, es va assenyalar que com a perspectiva d'anàlisi resultava insuficient, en ignorar el caràcter històric i contingent de les regulacions que estableixen les societats amb referència a la sexualitat, i, per tant, de les dissidències sexuals. Conceptualitzada com a problema psicològic, aquesta relació és inevitablement sostreta del context sociocultural que ho defineix. En aquesta línia, des de la sociologia es qüestiona el concepte bàsicament per ofuscar el fet que estem davant d'un conjunt de fenòmens i processos que van molt més allà d'una por irracional individual. L'homofòbia reflecteix i encarna els discursos normatius de la sexualitat i les seves desviacions, i cristal·litza en un conjunt d'institucions polítiques, socials, econòmiques i culturals que donen concreció i forma a la relació amb les sexualitats no normatives. Així, es va proposar poc després (Morin i Garfinkle, 1979) el concepte d'heterosexisme, amb l'objectiu de subratllar el caràcter sistemàtic i socialment organitzat de la discriminació de gais i lesbianes i altres minories sexuals. Per a Borrillo (2001, pàg. 24), l'homofòbia s'hagués d'entendre com la dimensió cognitiva i psicològica de l'heterosexisme com a institució social. Finalment, des de la mateixa psicologia es qüestiona l'adequació del concepte de fòbia, ja que, des d'un punt de vista estricte, la reacció d'ira o menyspreu que ve a descriure el concepte no es correspon tampoc amb la definició clínica de fòbia, que té com a símptoma fonamental l'ansietat –element que només excep-

cionalment està present entre persones que no conceben la sexualitat en termes tals que hetero i homosexualitat puguin situar-se en peu d'igualtat (Herek, 2004). Des d'un punt de vista polític, això porta a considerar l'exclusió dels homosexuals més com un element irracional i patològic individual que com una relació de poder de caràcter estructural."

El mateix antropòleg ens assenyala un fet molt important per a la nostra conceptualització de l'homofòbia:

"D'altra banda, un altre focus de debat, íntimament relacionat amb els anteriors, es refereix a la inclusió de totes les formes d'exclusió de les dissidències sexuals sota un mateix concepte. Així, s'ha accentuat la necessitat de prendre en consideració les especificitats tant de l'experiència d'exclusió d'altres minories sexuals com de la seva articulació en discursos i institucions (lesbofòbia, transfòbia). Finalment, no pot deixar d'assenyalar-se l'èmfasi posat en els últims anys en anar més enllà de la descripció i l'anàlisi de l'experiència de l'homofòbia i la seva repercussió en l'existència de gais i lesbianes, per donar compte així mateix de les estratègies i pràctiques de gais i lesbianes per a la negociació d'espais de visibilitat i seguretat i per a la contestació de la norma mateixa. Tot això reclama anàlisis més diferenciades, que evitin el risc de victimisme en negar qualsevol agencialitat a les minories sexuals, prestant, a més, una consideració detallada de les transformacions en els models dominants de masculinitat, que inevitablement afectaran la manera en la qual s'experimenta i institucionalitza l'homofòbia."

L'ILGA cada any presenta un informe sobre la situació internacional i l'homofòbia, aquestes són algunes dades:

http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2010.pdf

"L'homofòbia és la por, l'aversion o la discriminació contra l'homosexualitat o les persones homosexuals. L'odi o la desaprovació de les persones homosexuals.

La impressionant recopilació de lleis presentada en aquest informe és un intent de mostrar la dimensió de l'homofòbia patrocinada pels estats al món. Per a 2008, són 86, els estats membres de Nacions Unides que encara criminalitzen els actes sexuals consensuats entre persones adultes del mateix sexe, promovent d'aquesta forma una cultura d'odi. D'entre aquests, 7 tenen una legislació que prescriu la pena de mort com a càstig. A aquests

86, cal afegir-hi 6 províncies o entitats territorials que també castiguen l'homosexualitat amb penes de presó.

Amb aquesta publicació, l'Associació Internacional de lesbianes i gais, una federació mundial amb més de 30 anys d'història que aplega 670 grups de lesbianes, gais, bisexuals i persones trans i intersexuals de més de 100 països de tot el món, espera cridar l'atenció sobre aquesta realitat que roman desconeguda per a la immensa majoria de la població.

Tot i que molts dels països de la llista no apliquen sistemàticament aquestes lleis, la seva mera existència reforça una cultura en què una significativa part de la ciutadania necessita amagar-se de la resta de la població per por. Una cultura en la qual l'Estat justifica l'odi i la violència i que força les persones a la invisibilitat i a negar qui són realment.

Bé fossin exportades pels imperis colonials o resultat de legislacions culturalment dissenyades per creences religioses, quan no derivades directament d'una interpretació conservadora dels texts sagrats, les lleis homofòbiques són fruit d'un moment i d'un context històric. L'homofòbia és un fenomen cultural. L'homofòbia, la lesbofòbia, la transfòbia, no són innates: la gent les aprèn a mesura que va creixent.

En molts casos, els prejudicis contra les persones homosexuals són el resultat de la ignorància i la por. Aquest llarg catàleg d'horroros no és més que la punta de la intolerància contra el que ve de fora o és diferent.

A Toonen v Austràlia, el Comitè de Drets Humans de Nacions Unides, el març de 1994 va confirmar que les lleis que criminalitzen l'activitat homosexual consensuada violen el dret a la vida privada i el dret a la igualtat davant de la llei sense que pugui haver-hi discriminació, en oposició als articles 17 (1) i 26 de la Convenció dels Drets Civils i Polítics.

El Comitè va anar més enllà i va considerar que aquestes lleis interfereixen amb el dret a la vida privada, estiguin implementades o no, i «van en contra de la implementació de programes educatius efectius en la prevenció del VIH/sida» en marginar les comunitats més desfavorides.

Les obligacions internacionals dels estats de respectar els drets humans de totes les persones, amb independència de la seva orientació sexual i identitat de gènere, s'han articulats recentment al voltant dels Principis de Jakarta sobre l'«Aplicació de la Legislació Internacional sobre Drets Humans en relació amb l'Orientació Sexual i la Identitat de Gènere». Els principis es van

enunciar i van adoptar unànimement per un distingit grup d'experts en drets humans provinents de diferents regions i amb diferents trajectòries. Aquests experts inclouen jutges, acadèmics, una exaltacomissionada de Nacions Unides per als Drets Humans, Procediments Especials de Nacions Unides, membres dels òrgans dels tractats, membres de la societat civil i d'altres.

El principi 2 dels Principis de Jakarta afirma el dret de totes les persones a la igualtat davant de la llei sense que pugui haver-hi discriminació per motiu de l'orientació sexual o la identitat de gènere i específicament confirma l'obligació dels estats d'«abolir les legislacions penals i d'una altra índole que prohibeixen, o que, de fet, són utilitzades per prohibir, l'activitat sexual consensuada entre persones del mateix sexe que estan per sobre de l'edat legal de consentiment, i assegurar que s'aplica una mateixa edat de consentiment tant per a les relacions entre persones del mateix o de diferent sexe».

El principi 6, afirma el dret de totes les persones, amb independència de la seva orientació sexual o identitat de gènere, en gaudi de la vida privada sense interferències arbitràries o il·legítimes, i confirma l'obligació dels estats d'«abolir les legislacions penals i d'una altra índole que prohibeixen, o que de fet són utilitzades per prohibir l'activitat sexual consensuada entre persones del mateix sexe que estan per sobre de l'edat legal de consentiment, i assegurar que s'aplica una mateixa edat de consentiment tant per a les relacions entre persones del mateix sexe com de diferent sexe.»

L'alta comissionada de les Nacions Unides per als Drets Humans ha donat la benvinguda a aquests Principis com un recordatori permanent dels dogmes bàsics d'universalitat i no-discriminació, i ha ressaltat que «el respecte a la diversitat cultural insuficient per justificar l'existència de lleis que violen els drets fonamentals a la vida, a la seguretat i a la vida privada a través de la criminalització de les innòcues relacions sexuals consentides entre persones adultes del mateix sexe.»

“És important situar aquest debat on li pertany: a l'agenda dels drets humans. En conjunt, 60 països han donat suport públicament l'orientació sexual en la Comissió de Drets Humans/Consell de Drets Humans de Nacions Unides, des de 2003. La criminalització de les relacions homosexuals consensuades està sent abordada per ONGs i pels estats en l'actual revisió periòdica universal.

La discriminació de les relacions homosexuals és més urgent que mai. La lluita pel respecte de totes les minories ha de ser la lluita de cada un. Nosaltres creiem en el reconeixement de les minories sexuals com un component de la nostra societat civil i el reconeixement de la igualtat dels seus drets humans pot contribuir a l'aprenentatge de la convivència, o el que és el mateix, a l'aprenentatge de la democràcia.”

Rosanna Flamer Caldera i Philipp Braun. Cosecretaris generals d'ILGA, Associació Internacional de lesbianes i gais.

En el marc d'aquesta guia és important la reflexió general que Villamil fa sobre la violència i la discriminació:

“En el seu ús en les ciències socials, per tant, l'homofòbia ha d'entendre's com articulada en diferents nivells, que al seu torn han de ser posats en relació: la subjectivitat, en considerar la sexualitat com un eix fonamental del procés de constitució del subjecte; les institucions explícitament o implícitament encarregades de regular la sexualitat, i els discursos normatius històricament situats i inscrits decisivament en les lluites hegemòniques entre conjunts socials. L'homofòbia s'examina entorn de dues problemàtiques, que són determinants en aquesta modalitat específica d'exclusió social: visibilitat i violència. Quant a la primera, l'homofòbia pot ser compresa com un règim de visibilitat, tant en el sentit de proposar-ne una episteme en la qual la desigualtat de les orientacions sexuals queda naturalitzada, com en el de la negació de l'accés a l'espai de la representació en públic –des de la no ocultació sempre llegida com a “exhibició”, fins a la justificació de l'absència al marc jurídic, polític, etc. Així, públic/privat/personal es veuen com mecanismes de poder que actuen crucialment a la constitució del cos social, un concepte central en alguns autors. Quant a la violència, pot ser entesa com a agressió –una manera d'imposar el respecte als límits de la norma, que inclou l'insult i l'agressió física, però no s'hi limita necessàriament. És també abordada com a violència simbòlica, és a dir, incorporació de la diferència com a desigualtat en forma d'hàbits de percepció i acció –tant per part dels homosexuals com dels heterosexuals.

Amb tota la seva utilitat, el marc d'interrogació que autoritza el concepte d'homofòbia no deixa de presentar límits i inconsistències a què convé posar atenció. En primer lloc, resulta problemàtica la relació d'aquesta específica forma de subordinació amb altres formes i mecanismes d'articulació de les relacions de poder, en especial amb el gènere. D'una part, la importància

de l'hegemonia masculina a l'hora de comprendre l'homofòbia en les seves diferents formes i nivells d'articulació ja va ser destacada pel mateix Weinberg, i sembla existir unanimitat a considerar que l'homofòbia s'entén des de la dominació dels barons tant sobre les dones com sobre els homosexuals, com a garant del caràcter essencialment competitiu i asexual de les relacions entre barons (Bourdieu, 1998, p. 35-36 i 143-149), en les quals l'homosexualitat es constitueix com l'"altre regulador" que garanteix i alhora posa límits als vincles entre homes. D'altra banda, es manté que l'homofòbia pot ser abordada com a forma d'opressió específica, que si bé es comprèn en el marc de l'organització del gènere, no pot reduir-se a aquesta i ha de conformar un eix d'anàlisi diferenciat (Rubin, 1993:33 i s.), argumentant que una anàlisi de la sexualitat entorn del sexisme es manté sobre pressupostos implícitament heterosexistes que en última instància porten a ignorar l'experiència específicament homosexual de la sexualitat. Menys atenció ha rebut fins a aquest moment el paper de la posició en les relacions de producció –la classe, que al seu torn entra en intersecció amb la qüestió de la masculinitat–, malgrat que hi ha evidència suficient de l'existència de profundes diferències en termes de posició i trajectòria social quant a la forma que adopta l'homofòbia, així com la seva intensitat i rellevància –de formes que no necessàriament són les esperables per un sentit comú benpensant i liberal.”

Sobre l'adopció

Es fa un especial esment a aquest punt per la rellevància de les famílies en el context de la salut i dels diversos col·lectius que conformen LGTB.

Malgrat que hi ha moltes referències, volem ressenyar les més importants:

http://www.felgt.org/_felgt/archivos/112_es_Familias%20de%20hecho.pdf

“L'antropologia ha debatut àmpliament la qüestió de si la família és una institució que es pugui considerar universal. Un primer corrent derivat del darwinisme, plantejava que la família, tal com la coneixem en les societats modernes, era la conseqüència recent d'una evolució lenta i prolongada. En un segon corrent es va passar cap a la convicció contrària, en la qual la família, constituïda per una unió més o menys duradora i socialment aprovada d'un home, una dona i els fills d'ambdós, era un fenomen universal, que es trobava present en tots i cada un dels tipus de societat.

Però aquests dos extrems no donaven cabuda a tota la diversitat de situacions que podien donar-se quan s'estudiaven els llaços de parentiu i matrimonials. Són molt rars els casos de cultures en els quals pugui certificar-se la inexistència de llaços familiars. Un cas és el dels Nayar, un grup humà que viu a la costa de Malabar, a l'Índia. En el passat, l'activitat guerrera impedia als Nayar fundar una família, i el matrimoni era poc més que una cerimònia simbòlica, ja que no creava llaços permanents entre un home i una dona. Levi-Strauss, quan estudiava aquesta societat, concloïa que "observant l'àmplia diversitat de societats humanes que han existit fins als nostres dies, l'únic que podem dir és que la família conjugal i monògama és molt freqüent, però l'alta freqüència d'aquest tipus d'agrupació conjugal no deriva d'una necessitat universal."

Tractar de resoldre aquest problema de la universalitat implica, en primer lloc, definir el que entenem per família. Per autors com Melford, E. Spiro (Spiro, 1959), per exemple, és una família quan compleix quatre funcions: sexual, econòmica, reproductiva i educativa. Però resulta que aquestes quatre funcions no les trobem exclusivament en la família, com és el cas del Kibbutz israelià. Aquest tipus de comunitats fa funcions separadament. En aquest grup la família no existeix, ja que l'economia s'assumeix en grup, i l'educació social i la cura física dels nens no és responsabilitat dels pares, sinó d'un grup de majors encarregat d'això. Els pares ni tan sols comparteixen la residència.

Per tant, perquè es pugui considerar que la família ha existit en totes les societats, cal tenir en compte la seva característica principal, que és la diversitat: de comportaments, estructures, expectatives, funcions.

Quan en el moment actual es parla dels diferents tipus de famílies que estan sorgint (monoparentals, fills de diversos matrimonis, famílies homosexuals), és important tenir en compte que el que es considerava el nostre model dominant de família (nuclear, conjugal i monògama) no és més que un model entre els molts que existeixen, i que precisament el concepte "dominant" porta implícit altres tipus de comportaments que poden ser igualment vàlids.

Com diu Dolores Juliano, "Tenim opcions segons les quals es pot entendre que en qualsevol camp (fins i tot en l'estructura social) no és necessària la imposició d'un model únic, sinó la preservació d'una diversitat avaluada com a equivalent, valuosa i fructífera."

PÀGINES WEB D'INTERÈS

A continuació vénen una sèrie de pàgines d'interès en les quals es pot ampliar la informació ressenyada en aquest dossier, buscar-ne de nova, contactar amb associacions, etc. referent a l'educació dels fills en famílies lesbianes o gais:

American Psychological Association:

<http://www.apa.org/>

Association des parents et futurs parents gays et lesbiens (APGL):

<http://apgl.asso.fr>

Children of Lesbians and Gays Everywhere (COLAGE):

<http://www.colage.org>

Family Diversity Projects/Love Makes a Family:

<http://www.lovemakesafamily.org/>

Family Pride Coalition:

<http://www.familypride.org>

Family Q:

<http://www.ihl-therapycenter.org/familyq/index.html>

Gay Dads UK:

<http://www.gaydads.co.uk>

Gay and Lesbian Family Values:

<http://www.angelfire.com/co/GayFamilyValues>

Gay Lesbian Straight Education Network (GLSEN):

<http://www.glsen.org>

Gay Parenting:

<http://www.gayparentmag.com>

International Lesbian and Gay Association (ILGA):

<http://www.ilga.org>

National Center for Lesbian Rights (NCLR) (EEUU):

<http://www.nclrights.org>

National Gay and Lesbian Task Force (NGLTF) (EEUU):

<http://www.nglftf.org>

Parents, Families, and Friends of Lesbians and Gays (PFLAG):

<http://www.pflag.org>

Straight Spouse Network (SSN):

<http://www.ssnetwork.org>

Stonewall Parenting Group:

<http://www.stonewall.org.uk>

Fundación Triángulo:

<http://fundaciontriangulo.es/documentos/informes/NoesVerdadNoesIgual.pdf>

Aquest és un estudi rigorós sobre com es creen estratègies d'odi.

“L'adopció de nens per parelles del mateix sexe ha estat amb el suport als Estats Units de l'American Academy of Pediatrics [www.aap.org], la Child Welfare League of America [www.cwla.org], el North American Council of Adoptable Children [www.nacac.org], l'American Psychiatric Association [www.psych.org], l'American Psychological Association [www.apa.org] i la National Association of Social Workers [www.naswdc.org], entre altres organitzacions.”

Eines i recursos bibliogràfics

Aquests recursos bibliogràfics estan relacionats amb salut, i poden creuar amb aspectes específics o tècnics:

■ Hi ha eines que es poden utilitzar per analitzar com s'estableixen les polítiques al voltant de LGTB i en concret dels serveis. Així, podem trobar que *La Caja de Herramientas sobre la Diversidad Sexual* és fonamental com a eina per valorar si els sistemes de salut estan atenent correctament les necessitats dels col·lectius LGTB:

<http://www.ippfwhr.org/es/node/320>

“La Caixa d'Eines sobre Diversitat Sexual ha estat desenvolupada i provada en col·laboració amb associacions membres a Mèxic, el Perú i Veneçuela. Inclou un índex per determinar la preparació de l'agència per treballar amb

les poblacions sexualment diverses; una guia dels indicadors útils per a la prestació de serveis o advocacy (defensa i promoció), i una autoavaluació per mesurar els coneixements i actituds dels proveïdors i personal al voltant del treball amb les poblacions sexualment diverses. Aquestes eines s'han provat amb petits grups, i han estat útils a la col·lecció de dades per informar nous programes i millorar serveis existents.

Com respectar la decisió d'un individu de compartir la seva orientació sexual o identitat de gènere o no és un component important en l'oferiment de serveis confidencials i sensibles, en molts casos no és possible la col·lecció de dades que identifiquen els clients de LGBTI com els qui responen. Tanmateix, aquestes eines exploren algunes altres opcions a la col·lecció de dades sobre poblacions sexualment diverses, com ara la satisfacció del client i el nombre de clients de LGBTI servits.

La Caixa d'Eines sobre Diversitat Sexual pot ser baixada del lloc www.ip-pfwhr.org. Es recomana adaptar aquestes eines al context local; estan disponibles en el format del programa Microsoft Word, que permet les modificacions necessàries per crear un instrument que s'adapti a les necessitats de l'organització. Les eines disponibles són:

- Enquesta del personal sobre diversitat sexual. Ha estat dissenyada per determinar actituds i pràctiques previstes del personal en una organització que estigui servint les poblacions sexualment diverses. Pot ser utilitzada per determinar actituds del personal cap al treball amb les poblacions sexualment diverses per informar el contingut de la capacitat. El procés d'executar aquesta eina actua com a part d'una intervenció, obrint un diàleg i plantejant preguntes sobre el tema de diversitat sexual en el lloc de treball. Finalment, les preguntes claus es poden utilitzar com a mesures de dades de base i dades finals per comparar i determinar els resultats del projecte.*
- Indicadors per a Projectes i Programes Guiats cap a les Necessitats de Clients Sexualment Diverses ofereix una gamma àmplia d'indicadors que podrien ser eines per al planejament, monitoratge i avaluació de projectes dirigits a servir les poblacions sexualment diverses. Les categories dels indicadors són polítiques internes, aliances i referències amb organitzacions LGBTI, qualitat d'atenció, serveis adequats, sensibles i amigables, informació, educació i comunicació, promoció de coneixement, i advocacy (defensa i promoció).*

• *Índex Q: Autoavaluació de la Disposició al Treball amb Clients LGBTI és una eina dissenyada per ajudar les agències a avaluar el seu funcionament en proporcionar serveis a les poblacions LGBTI. S'adapta d'una publicació preparada per la National Network of Youth per a la Division of Adolescent and School Health (DASH) i el Center for Disease Control and Prevention (CDC). Aquest instrument pot ser utilitzat en el desenvolupament d'un pla institucional per enfortir el treball amb les poblacions LGBTI a través de la investigació de tots els aspectes de les operacions quotidianes de l'agència. Aquest instrument disposa de passos per: reconèixer els punts forts de l'agència, identificar les àrees que necessiten millorar-se, desenvolupar un pla per augmentar el funcionament de l'agència, dissenyar activitats informatives per al personal, la junta directiva i els socis de la comunitat, i repassar i actualitzar els materials escrits. L'índex implica l'autoavaluació, l'anotació i el desenvolupament d'un pla d'actuació per a cada un de set mòduls, cobrint les àrees de lideratge, polítiques i procediments, recursos humans, rols, coneixement i desenvolupament del personal, clima i medi ambient organitzacional, i relacions amb la comunitat."*

■ La **Guia antidiscriminatòria del FAGC** pot ser útil per poder denunciar situacions de discriminació en l'àmbit sanitari. Malgrat que no es recullin situacions de discriminació, la memòria del FAGC és una eina necessària i important.

http://www.fagc.org/viewpage.php?page_id=2

<http://www.fagc.org/descarregues/Memoria-2006-2007.pdf>

■ La xarxa iberoamericana per les llibertats laiques

<http://centauro.cmq.edu.mx:8080/Libertades/PaagLisSec.jsp?seccion=10#>

S'hi poden trobar nombrosos documents sobre discriminació.

■ És necessari un enfocament de la prevenció i l'atenció que tingui en compte els aspectes relacionats amb l'estigma i la discriminació, per aquest motiu la UNESCO, elabora l'informe següent:

Un enfocament cultural de la prevenció i l'atenció del VIH/sida projecte d'investigació d'unesco/onusida.

“Estigma i discriminació pel VIH/sida: un enfocament antropològic”. Estudis i Informes, Sèrie Especial, Número 20, Divisió de Polítiques Culturals i Diàleg Intercultural UNESCO, 2003

<http://www.gaispositius.org/relab/refrelabc.html>

“INTRODUCCIÓ del document «Reflexions per a un estudi sobre les relacions laborals dels seropositius per VIH»”.

Des de la seva aparició, ara fa més de vint anys, la SIDA com a malaltia ha demostrat que pot provocar no únicament la mort, sinó també un canvi substancial en la vida de qui la pateix. Sol tenir conseqüències que van més enllà de les directament relacionades amb la salut. Tant és així, que la problemàtica que se'n derivi per a cada persona en cada moment de la seva vida és imprevisible.

El gran desconeixement social relatiu a la transmissió del virus de la SIDA, ha fet que els seropositius per VIH, és a dir, els portadors d'anticossos del virus que l'origina, deprimint el seu sistema immunitari, la qual cosa fa que puguin desenvolupar malalties oportunistes, siguin objecte sovint d'un rebuig social injust i vergonyós que els impedeix viure amb normalitat.

Al buit que creen al seu voltant certs sectors socials, cal afegir, moltes vegades, l'autoaïllament a què se sotmet el mateix afectat a causa de les seves pròpies actituds i creences equivocades.

Per aquest motiu, la nostra anàlisi començarà plantejant què hem d'entendre per confidencialitat; és a dir, la conseqüència immediata del dret fonamental a la intimitat personal, reconegut per la Constitució espanyola, de 29 de desembre de 1978.

D'entrada, centrarem el nostre estudi en l'anàlisi d'un aspecte cabdal de la vida diària que sovint passa desapercebut pels qui no coneixen de prou a prop la problemàtica relacionada amb la SIDA: la feina. Concretament, analitzarem fins a quin punt un treballador seropositiu per VIH pot ser considerat un malalt.

A continuació, veurem quin paper ha de fer el dret a la intimitat i a la confidencialitat de les pròpies dades, davant de l'empresari, de l'empresa i en el

nostre lloc de treball, tant un cop obtingut, com, fins i tot, abans d'arribar a ser contractat per una determinada empresa.

Per últim, considerarem les possibles eines de defensa dels drets del treballador seropositiu per VIH, quan l'actitud de l'empresari suposi algun tipus de discriminació vers la seva persona i els seus drets laborals.»

- La vellesa i en concret els homes grans, com reflecteix l'estudi elaborat Gais Positius, requereixen un abordatge integral; aquesta entitat proposa una sèrie de reflexions sobre la situació dels homosexuals grans i/o seropositius.

<http://www.gaispositius.org/reflexionsgg.html>.

“La discriminació legal i la repressió social envers els homosexuals ha estat vigent de manera explícita fins a l'establiment de la democràcia, i implícita fins a finals dels anys 80.

Aquest fet no ha suposat la reducció del nombre de persones homosexuals, però sí la major dificultat d'aquestes per estructurar la seva vida, desenvolupar-se en l'àmbit personal, de parella i social, i accedir als serveis socials universals.

La infravaloració de les necessitats específiques d'aquest col·lectiu, com a conseqüència de la seva invisibilitat davant els estaments oficials, juntament amb la manca de polítiques afirmatives i de suport (que sí que s'han realitzat en altres segments de població), han produït una desatenció important de les seves necessitats i un desconeixement profund de la seva realitat. Alhora, el fet de no poder accedir en condicions a determinats serveis i prestacions, ha fomentat encara més la desestructuració de les persones homosexuals amb més dificultats.

El continuat procés d'envelliment de la població a Catalunya, com a conseqüència de l'augment de l'esperança de vida i de la reducció de la natalitat, no suposa, però, l'absència de malaltia. Un 10,8% de les persones de més de 65 anys pateixen més de tres discapacitats, i aproximadament un 6% tenen dificultats per a la seva cura personal.

La manca de serveis a les persones grans fa que en el 86% dels casos sigui la família qui presta aquesta atenció, cas que no es pot aplicar en gran part de la població homosexual, atès que no tenen descendència i en moltes ocasions les relacions familiars han quedat profundament afectades com a conseqüència dels prejudicis.”

■ Aquesta campanya és una fita de solidaritat, però també de denúncia per les discriminacions als homes gais positius.

<http://www.gaispositius.org/noestassol.html>

No estàs sol

“... Som molts... amb aquestes paraules començàvem aquesta campanya l’any 1996. Es tractaven temes que poden afectar-nos a tots: l’estat emocional, la por a la malaltia i a la mort, la nostra capacitat de fer, estimar... i la cerca d’ajuda.”

<http://www.hombresigualdad.com/desconstruyendo.htm>

“Abordant les invisibles «anormalitats» masculines

En els últims anys he començat a interessar-me en la tasca de desconstrucció de la «normalitat» dels barons, i ho he anat fent des d’un doble vessant:

D’una banda, he intentat posar en paraules alguna cosa del masculí problemàtic silenciada. Per a això vaig anar conformant un llistat visibilizador de problemàtiques masculines amb l’ajuda de la lent de gènere aplicada a l’epidemiologia, les notícies, l’escolta de casos, les investigacions sobre la construcció de la subjectivitat masculina, la descripció de casos clínics de la literatura psicoanalítica en què el subjecte d’estudi és baró, i la definició d’algunes “síndromes” masculines que apareixen en la bibliografia anglosaxona sobre barons.

D’altra banda, estic procurant estructurar un esbós de sistema que permeti organitzar/classificar el que hem trobat, que pugui servir de base per continuar indagant en l’ocult masculí, i que tingui a més alguna operativitat clínica. Sabent que tot sistema classificador en salut mental té implícita una concepció sobre la causalitat i la cura/transformació, la meva preocupació va ser que l’esmentat sistema i els seus eixos estiguessin sostinguts explícitament per les concepcions causals i transformadores derivades de l’articulació d’estudis de gènere/psicoanàlisi, que és el marc que estic utilitzant. Per a això, dins de l’esmentat marc, vaig estar buscant alguns organitzadors que permetessin discriminar les problemàtiques entre si, per poder anomenar-les i operar sobre aquestes. I vaig optar per dues.

Primer, un articulador ètic: les propostes d’igualtat i reciprocitat en les relacions inter i intragenèriques. Sabem que la perspectiva de gènere ha qües-

tionat l'androcentrisme (blanc-burgès-euro-cristianocentrisme) de la cultura, definint les relacions de gènere com a relacions de desigualtat i dominació on els barons (alguns) i els valors masculins dominen, i plantejant que això ha de ser transformat. Des d'aquesta òptica, la supremacia masculina no pot ser definida com a "normal" o desitjable, ja que els barons són els portadors d'aquestes pràctiques de dominació, l'articulador que proposo permet incloure com a problemàtiques masculines no solament els propis malestars –dels quals ja es parla d'alguna cosa–, sinó, a més, el que anomeno abusos de poder inter i intragenèric, maltractaments o «molèsties» (comportaments que produeixen molèstia, sofriment o dany a les altres persones), i també els comportaments d'indiferència abandonant.

Segon, un articulador teòric/clínic: les creences i mandats sobre el gènere. Ho vaig elegir per un doble motiu. El primer, perquè és consonant amb la conceptualització que la masculinitat, segell d'identificació per als barons, està construïda, com hem dit, a partir d'ideals, expressats a través d'una sèrie de creences matrius i mandats derivats, que la Nhg inclou i prescriu els quals neixen amb sexe masculí per anomenar-se com a barons. El segon, perquè permet aprofitar la interessant hipòtesi de pensar les problemàtiques de gènere com a derivades de la tirania i caricaturització dels estereotips i «virtuts» genèriques (7,9), més, precisament, des de l'òptica de l'Nhg, com a resultants de l'absolutització i/o rigidització de la influència d'una o més de les creences de la masculinitat en la subjectivitat.

Aquest articulador possibilita discriminar problemàtiques en funció de la creença predominant. Permet, a més, pensar altres problemàtiques en funció de la col·lisió intra i intersubjectiva entre creences noves i velles.

I finalment possibilita operar clínicament, des de les problemàtiques genèriques cap a les seves creences matrius productores i d'allà a la seva desconstrucció terapèutica, modalitat de gran eficàcia transformadora.

Es pot aclarir, com s'haurà observat, que utilitzo en aquests apunts més freqüentment el terme «problemàtiques masculines» per a una categoria que diferents autors que treballen des de l'òptica de gènere anomenen també trastorns, psicopatologies o disfuncions de gènere. Tots aquests enunciats són aproximacions que mostren la dificultat de trobar terminologies que s'allunyin de la psicopatologia clàssica per incloure en l'anomenada causació genèrica de la producció de malestar, i que permetin alhora la possibilitat de consensuar diàleg amb altres professionals amb altres esquemes teòrics.

Amb els dos articuladors abans esmentats, estic intentant començar a ordenar l'«anormal» masculí que he anat visibilitant, estructurant un esbós de classificació que a continuació veurem. Però abans faré un parèntesi que permetrà endinsar-nos a la constitució i els continguts dels ideals, les creences i els mandats de la masculinitat, l'organització subjectiva i inter-subjectiva que generen i així comprendre millor l'esbós de classificació que després descriuré.

Ideologies de la modernitat i subjectivitat masculina hegemònica

L'Nhg que organitza la subjectivitat masculina moderna sorgeix en el Renaixement amb l'aparició del subjecte modern (masculí) i està sustentada en l'anomenada ideologia de l'individualisme de la modernitat. Per aquesta, l'ideal de subjecte és aquell centrat en si mateix (l'ésser de si o per a si), autosuficient que ell es fa a si mateix, separat de la naturalesa, racional i cultivador del coneixement, que pot fer el que li doni la gana i imposar la seva voluntat i que pot usar el poder per conservar els seus drets. Hereu dels ideals de la Grècia clàssica, la filosofia renaixentista predominant ho va proposar com a ideal d'humanitat, però no estava destinat a les dones, considerades subjectes inferiors o allò estrany, i per tant amb menys drets a l'autosuficiència. Sorgeix a l'Europa Occidental i cristiana, però la seva influència s'ha estès a través dels imperis i actualment pels mitjans de comunicació a tot el món, incorporant en aquest camí el valor protestant-capitalista de l'eficàcia. Aquest ideal ha estat anomenat segons les èpoques de diversa manera: recerca de la fama, vocació, lliure albir, lluita per la vida, ambició o esperit emprenedor, i es resumeix en una de les creences bàsiques de la masculinitat moderna: la de l'autosuficiència triomfant, que exerceix la seva acció a través del mandat bàsic que s'inocula des de la cultura com a condició per ser baró (i subjecte): fes-te a tu mateix! (i triomfa!).

L'Nhg no està constituïda només pels continguts donats per la ideologia de l'individualisme. Una altra ideologia també li dona forma, la de la santització/eliminació de l'altre diferent, que des de l'antiguitat va produir l'ideal del guerrer soldat i conquistador i va promoure el subjecte valerós, fort i invulnerable, incommovible, competitiu i bèl·lic, amb codis d'honor i obediència per damunt de tot. Basat en la lleialtat cega a ideals i normes grupals-comunitaris i a les jerarquies que els representen, encara avui avala la conquesta i la lluita expressada en les guerres i en la seva variant civilitzada, l'esport competitiu –amb els seus jugadors i espectadors– (12). Autoritzant drets de tot tipus per defensar-se de l'hostil, fomenta la delimitació d'identitats individuals i grupals autodefensives i repudiadores de les ober-

tures i les analogies amb el diferent d'un mateix (13). En deriva una altra creença matriu de la masculinitat moderna: la de la bel·licositat heroica, que valida l'ús de la violència individual i grupal com a recurs defensiu d'allò propi i controlador de l'aliè. Els seus mandats: defensa't (atacant) de l'altre diferent! i subordinació i valor!

Les subjectivitats masculines modernes han estat construïdes des de l'articulació, de vegades contradictòria, d'aquestes matrius ideològiques i els seus ideals. És cert que, sustentades en altres valors, han existit i existeixen altres subjectivitats masculines: la romàntica, que promou el baró vulnerable que pot plorar, la cavalleresca, productora de barons cercadors de fama i respectuosos-paternalistes amb les dones, la igualitària i intersubjectivista, que produeix barons que valoren la dona, com a subjecte de drets, la mediterrània, amb barons amants de l'honor i el plaer però no del treball, la pròpia del dandisme, amb la seva promoció del baró per ser mirat o la del postmodernisme, relativista, narcisista i en crisi (14). Tanmateix aquestes subjectivitats queden sufocades per la subjectivitat masculina hegemònica, que continua sent, en l'era postmoderna, l'organitzada des de l'Nhg per les ideologies de l'individualisme i la satanització/eliminació de l'altre.

Aquestes ideologies generen, com hem vist, les creences de la masculinitat autosuficient triomfant i bel·licosa heroica per les quals la subjectivitat es conforma al voltant de la idea que ser baró és tenir una masculinitat racional autosuficient i defensiva-controladora/que es defineix contra i a costa de l'altre, generant a més una lògica dicotòmica de l'un o altre, del tot o res (on la diversitat i els matisos no existeixen).

“Fes-te a tu mateix! (i triomfa!)” i “defensa't! (atacant)”, són els imperatius derivats de les creences que, inoculats/internalitzats, actuen com a ideals/mandats per a la identitat masculina.

Però, a més, aquestes ideologies generen una altra creença matriu de gran importància en el quotidià masculí: la del respecte a la jerarquia amb el seu imperatiu derivat, subordinació i valor! que, encara que és contradictori amb els imperatius anteriors, s'ha anat integrant a aquells en la modernitat des de la creença que la masculinitat s'adquireix a través de “passos” en els quals la submissió a persones (o desplaçament a idees) és necessària per accedir a l'ensenyoriment (de si o d'altres). Aquesta creença fa un paper important en la reproducció de l'autoritarisme (es tolera la submissió amb l'esperança de sotmetre en el futur).

La subjectivitat particularitzada de cada baró sorgirà d'articulacions i jerarquitzacions, sempre complexes i contradictòries, d'aquestes creences i mandats i les seves tematitzacions derivades. I sorgirà per la metabolització/apropiació/transformació d'aquestes en la història de cada subjecte. Tanmateix, el poder configurador de l'Nhg és tal, que des dels seus mandats i a través de les mediacions parentals, genera globalment una organització específica del psiquisme masculí i els seus continguts on el predomini del domini i el control (de si mateix i de l'altre) i la lògica dicotòmica del tot/gens són determinants.

Així, tenir una representació de si mateix com a baró és el resultat de la constitució predominant d'una subjectivitat amb límits jo/altres hiperreactius, conformada per un jo centrat per si mateix i en l'assoliment amb la narcisització del domini i la violència, un Jo-ideal de perfecció elevada i grandiosa, un sistema d'ideals molt elevats centrats en el domini i el control de si mateix i dels altres (l'Nhg interioritzada), un superjo amb alt contingut de mandats narcisistes i de crítica severa, un predomini del desig de domini, un desig sexual legitimat i viscut com a autònom, la projecció i el control de l'acció com a formats de reacció davant el conflicte, un desenvolupament aconseguit d'habilitats instrumentals i un tipus de vinculació desconfiada i poc empàtica.

Interioritzada com a mandat de ser i d'haver de ser, l'Nhg es presenta com incomplible (sempre es pot fer una mica més per ser «tot» un home), però el seu incompliment/transgressió provoca angoixes de vegades insuportables derivades del tipus de crítica superjoica que l'Nhg genera, i dels buits enormes de sosteniment identificador alternatius (quin home és immune a la inquietud que provoca la pregunta tu ets un home o què?).

L'Nhg porta per si mateix també la representació de la dona concorde amb les ideologies que li donen aliment: la dona idealitzada o amenaçadora, subjecte en menys i objecte de mirada, desig o utilització. El model de relació amb elles que esdevé d'això és el de la complementarietat (la dona de l'home), en què el baró és el centre actiu i model de subjecte i la dona perifèrica i passiva admiradora, amb dicotomia de funcions (el baró en el públic, defensor i protector d'allò seu), paternalisme de violència permesa però delimitada, i desigualtat de drets (favorables al baró). D'allà sorgeix una altra de les creences matrius de la masculinitat moderna: la de la superioritat masculina sobre les dones, per la qual els barons es creuen amb major dret que elles a la llibertat, les oportunitats i el bon tracte, i així està interioritzada en les subjectivitats. Els altres barons, de la seva part, són subjectes

plens, dignes de respecte admiratiu/temorós, aliats o enemics, potencials dominants/dominats, però participants tots del pacte de monopolització del públic i la producció de la llei.

I tot això (el tipus de subjectivitat i el lloc del baró en les relacions) és el «normal», en la seva doble accepció de la norma (quant a estructura desitjable per al subjecte masculí –i complementàriament per al femení–) i el més freqüent.

Creences/mandats sobre la masculinitat i problemàtiques masculines

El 1976 dos psicòlegs nord-americans van enunciar el que van anomenar «els quatre imperatius que defineixen la masculinitat», sota la forma de consignes populars. Aquests enunciats, l'exercici dels quals valida l'ésser «tot» un home, van tenir gran difusió i reflecteixen d'una manera molt encertada algunes de les creences matrius de la masculinitat (autosuficiència, bel·licositat heroica i superioritat sobre les dones) i els ideals/mandats derivats que, com hem vist, conformen l'Nhg i són organitzadors de la subjectivitat masculina predominant en aquest final de mil·lenni. Pel seu valor descriptiu, els he utilitzat com a eixos per al meu esbós d'ordenació de les problemàtiques masculines que vaig estar visibilitzant. Per a això, aquests enunciats/creences han de ser llegits des de la Lògica del tot/gens masculina (Lt/g. m), per la qual el no-compliment d'una creença (el desitjable) arrossega inevitablement l'incomplidor en el negatiu de l'ideal proposat per l'esmentada creença (el temut), sense matisacions.

Aquests enunciats –que ho són de creences/mandats– són els següents:

1. No tenir res de dona (no sissy stuff). Ser baró suposa no tenir cap de les característiques que la cultura atribueix a les dones (ser per a altres, passivitat, vulnerabilitat, emocionalitat, dolçor, cura cap als altres...). Des de la Lt/g. m, allò desitjat/temut que aquí es juga és l'oposat mascle/marieta, amb el seu hétero/homosexual derivat.

2. Ser important (the big wheel). Ser baró se sosté en el poder i la potència, i es mesura per l'èxit, la superioritat sobre les altres persones, la competitivitat, l'estatus, la capacitat de ser proveïdor, la propietat de la raó i l'admiració que s'aconsegueix dels altres. Un home ha de donar la talla! o un home sap el que vol! són imperatius que reflecteixen aquesta creença. Des de la Lt/g. m es juga aquí en el desitjat/temut les oposicions potent/impotent, reeixit/fracassat, dominant/dominat o admirat/menyspreat.

3. *Ser un home dur (the sturdy oak). La masculinitat se sosté aquí en la capacitat de sentir-se calmat i impassible, ser autoconfiat, resistent i autosuficient ocultant(-se) les emocions, i estar disposat a suportar-ne d'altres. Els homes no ploren!, no necessites ningú! o el cos aguanta! expressen aquesta creença. Fort/feble o dur/tou són els oposats desitjats/temuts des de la Lt/g. m.*

4. *Enviar a tots al dimoni (give'em hell). Ser home depèn aquí de l'agressivitat i l'audàcia i s'expressa a través de la força, el coratge, enfrontar-se a riscos, l'habilitat per protegir-se, fer el que et doni la gana i utilitzar la violència com a manera de resoldre conflictes. Els parells d'oposats desitjats/temuts són aquí valent/covard i fort-agressiu/feble.*

A aquesta llista poden agregar-se uns altres dos mandats que els anteriors enunciats no recullen, un que expressa l'aspecte subordinatiu de la creença de la masculinitat bel·licosa i un altre de nou, que sorgeix de les noves demandes al baró promogudes pels nous models socials.

5. *Respectar la jerarquia i la norma. La masculinitat se sosté en el no-qüestionament de si mateix, de les normes i dels ideals grupals (els de la masculinitat inclosos), en l'estar contingut en una estructura i en l'obediència a l'autoritat o a una causa. Obliga a sacrificar allò propi, amb la il·lusió (gairebé sempre incompleta) que algun dia el baró serà amo de si mateix (o almenys d'algú/alguna cosa). Allò desitjat/temut és, des d'aquesta creença, pertànyer/no pertànyer a un grup de barons, ja que ells (i no les dones) són els que avalen amb el seu aplaudiment la masculinitat.*

6. *Ser sensible, empàtic i igualitari. Creença/mandat postmodern que proposa que ser "tot" un home nou implica incloure en la masculinitat la preocupació per l'altre i la igualtat de tracte (cosa que és contradictòria amb les creences anteriors). Allò desitjat/temut és des d'aquí igualitari/masclista, ésser acceptat/rebutjat per les noves dones, i ésser acceptat/rebutjat pels barons. Intervé en la producció de problemàtiques masculines quant a la seva oposició a les creences abans esmentades."*

I entre els malestars masculins n'assenyala un que és absolutament rellevant, com més endavant veurem.

"Malestars masculins:

a) *Trastorns per sobreinvertiment del parell èxit/fracàs (creença 2).*

- b) *Patologies de l'autosuficiència amb restricció emocional (creences 1 i 3).*
- c) *Trastorns per sobreinvertiment del cos-màquina muscular (creences 3 i 4).*
- d) *Hipermasculinitats compensatòries (creences 1 i 2).*
- e) *Patologies de la perplexitat o trastorns de la masculinitat transicional (creença 6 en conflicte amb les altres creences).*
- f) *Trastorns derivats de l'orientació sexual no tradicional (creences 1 i 5)."*

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2005000300026&script=sci_arttext&lng=

Aquest article és una bona descripció dels efectes descrits: "Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México". Cuadernos de Saúde PúblicaCad. Saúde Pública, vol. 21, n.º 3, Rio de Janeiro. May/June 2005.

Luis Ortiz-Hernández; María Isabel García Torres

Els objectius de l'estudi van ser estimar la freqüència de danys a la salut mental (percepció de l'estat de salut, ideació suïcida, intent de suïcidí, trastorns mentals comuns i alcoholisme) en bisexuals, lesbianes i homosexuals de la Ciutat de Mèxic i analitzar la possible relació de la violència i la discriminació amb la salut mental de la població esmentada. Es va aplicar un qüestionari a 506 bisexuals, lesbianes i homosexuals de la Ciutat de Mèxic per investigar si havien sofert, a causa de la seva orientació sexual, discriminació i violència. Les prevalences van ser: ideació suïcida, 39,0%, intent de suïcidí, 15,0%, trastorns mentals comuns, 27,0% i alcoholisme, 18,0%. En les dones lesbianes i bisexuals es va observar una prevalença d'alcoholisme set vegades major a l'observada en altres dones. La discriminació es va relacionar amb l'intent de suïcidí i els trastorns mentals comuns, mentre que la violència va ser un factor de risc per a la ideació suïcida, l'intent de suïcidí, els trastorns mentals comuns i l'alcoholisme; per la qual cosa es requereix implementar polítiques i programes tendents a revertir aquesta situació.

Violència; prejudici; salut mental; homosexualitat

Abans de comentar els resultats de l'estudi és pertinent assenyalar les seves limitacions. Quan s'estudien mostres elegides per conveniència, com en aquesta investigació, existeix una probabilitat elevada que un o diversos segments de la població d'interès estiguin sub o sobrerrepresentats, situació que ocasiona que les troballes observades en aquest tipus de mostres no siguin extrapolables a la població blanc. Per això, els resultats d'aquest estudi proporcionen una aproximació a la situació dels individus que acudeixen a les institucions i organitzacions que van visitar. No obstant això, és molt probable que els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals que no assisteixen a les institucions i organitzacions en les quals es va aplicar el qüestionari tinguin més dificultats per enfrontar el prejudici i l'exclusió cap a la seva orientació sexual, a causa que no compten amb xarxes socials de suport, i per tant tinguin major probabilitat de presentar danys a la salut; si és així, les associacions identificades en aquest estudi probablement siguin una subestimació de la relació de la violència i la discriminació amb els danys a la salut en la població bisexual, lesbiana i homosexual. Per exemple, entre la població bisexual, lesbiana i homosexual estudiada, les prevalences de nivells alts d'homofòbia internalitzada (mesurada amb l'escala de Martin i Dean) i d'ideació suïcida van ser més altes entre els subjectes que mai no havien assistit a organitzacions socials dels bisexuals, les lesbianes i els homosexuals (36,6% i 39,5% respectivament), en comparació amb aquells que sí que freqüentaven aquestes organitzacions (27,2% i 33,0%, $p < 0,01$).

L'instrument que es va utilitzar per recopilar la informació també pot limitar els abasts de l'estudi, ja que els qüestionaris estan subjectes a diferents biaixos, per exemple, els individus que no accepten la seva orientació sexual és probable que no informin de totes les agressions que han sofert com un mecanisme per negar la seva homosexualitat, la qual cosa els porta a minimitzar els fets, produint-se així una subestimació de la freqüència de violència. Per seleccionar els danys a la salut que s'estudiarien es va fer una revisió de la literatura, aquest procediment en pot determinar una limitació: que els problemes de salut identificats en altres poblacions dels bisexuals, les lesbianes i els homosexuals (sobretot de països industrialitzats) no siguin els mateixos que presentin els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals de països com Mèxic. En futures investigacions serà necessari utilitzar tècniques qualitatives d'investigació a fi de conèixer la percepció i vivència dels problemes de salut dels bisexuals, les lesbianes i els homosexuals de Mèxic. Es pot delimitar que les escales que es van utilitzar per a la definició

dels casos (alcoholisme, trastorns mentals comuns, ideació suïcida i intent de suïcidi) només proporcionen diagnòstics presumptius, és a dir, no són judicis clínics definitius. Finalment, a causa de la naturalesa transversal de l'estudi no es té certesa que l'exposició (la violència i la discriminació) s'hagi presentat abans de l'esdeveniment (els danys a la salut), la qual cosa limita la possibilitat de fer conclusions contundents a partir de les associacions que es van observar en l'estudi. Malgrat que algunes de les troballes són consistents amb el que han informat altres autors, així mateix les associacions que es van observar són congruents amb el coneixement existent.

En la mostra dels bisexuals, les lesbianes i els homosexuals de la Ciutat de Mèxic, les taxes d'ideació suïcida i intent de suïcidi van ser de 39,0% i 15,0%; mentre que en una enquesta representativa de la població urbana de Mèxic es van informar prevalències d'ideació suïcida de 6,3% a 18,2% i d'ideació suïcida de 0,9% a 2,0%, segons l'indicador que s'utilitzi. En els adolescents bisexuals, lesbianes i homosexuals (menors de 19 anys) que enquestem, les prevalències d'ideació i intent de suïcidi van ser 60,3% i 26,1%, respectivament, mentre que en els adults bisexuals, lesbianes i homosexuals (de 19 anys i més) les taxes van ser 35,7% i 13,7%. En una revisió de diversos estudis sobre ideació i intent de suïcidi en diferents poblacions de Mèxic es va trobar que les prevalències d'ideació suïcida en adolescents van variar d'1,7% a 40,7% i en poblacions adultes de 5,7% a 10,1%; respecte als intents de suïcidi en adolescents, van d'1,4% a 10,1%, i en adults, de 3,0% a 6,1%. Comparant els resultats de les diferents fonts, es pot apreciar que aquests problemes de salut són més prevalents en els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals.

En la població total dels bisexuals, les lesbianes i els homosexuals de la Ciutat de Mèxic la prevalença de trastorns mentals comuns va ser de 27,0%, la qual és similar a la reportada en altres poblacions d'Amèrica Llatina. Utilitzant el Self Reporting Questionnaire, Ludermir & Lewis van trobar que la prevalença de trastorns mentals comuns en una ciutat de Brasil (Olinda) va ser de 34,0%; mentre que Araya [et al.]²⁴ van notificar una taxa de 26,7% per a la Ciutat de Santiago a Xile, encara que els últims van considerar com a eina diagnòstica el Revised Clinical Interview Schedule. En una enquesta representativa de les zones urbanes de Mèxic es va informar que el 28,6% de la població alguna vegada en la vida havia presentat trastorns mentals.

Per diagnosticar alcoholisme en els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals de la Ciutat de Mèxic es va utilitzar l'escala AUDIT, i es va obtenir que en els barons bisexuals i homosexuals la freqüència d'alcoholisme era de

17,0% i en les dones bisexuals i lesbianes de 21,0%; amb la mateixa escala, en altres poblacions de Mèxic s'ha trobat que la prevalença d'alcoholisme en els barons oscil·la entre 28,0% i 43,0%, mentre que en les dones ha variat de 3,6% a 7,0%, pot observar-se que en els barons bisexuals i homosexuals enquestats la freqüència d'alcoholisme era menor a l'observada en altres barons; tanmateix, una troballa alarmant és que la freqüència d'alcoholisme en les dones bisexuals i lesbianes enquestades va arribar fins a set vegades més que la reportada en altres grups de dones.

A partir d'una revisió d'estudis sobre conducta suïcida realitzats a Mèxic, Gómez & Borges van concloure que, en comparació amb els homes, les dones intenten suïcidar-se amb major freqüència, la qual cosa concorda amb les diferències per sexe observades en la població bisexual, lèsbica i homosexual que entrevistem. De la mateixa manera, respecte als barons bisexuals i homosexuals, en les dones bisexuals i lesbianes de la Ciutat de Mèxic va ser més alta la prevalença de trastorns mentals comuns. Aquest patró d'acord amb el sexe també va ser observat a Santiago, Xile. El que s'ha exposat anteriorment contrasta amb el fet que més barons bisexuals i homosexuals de la Ciutat de Mèxic van ser víctimes d'ofenses verbals i agressió física, la qual cosa ha estat una troballa consistentment notificada en la literatura. Encara que els estimadors notificats en aquest article van derivar de models de regressió logística en els quals es va incorporar el sexe com a confusor potencial, aquestes discrepàncies fan necessari que en el futur s'analitzi, en homes i dones separatament, l'efecte que tenen en la salut mental la violència i la discriminació per homofòbia.

En la població dels bisexuals, les lesbianes i els homosexuals que estudiem hi va haver una clara associació d'algunes formes de violència amb indicadors de danys a la salut; així, per exemple, dues formes de violència (violència física i agredir un conegut) es van associar amb major risc de presentar quatre dels cinc indicadors de salut mental. Des d'una altra perspectiva, pot observar-se que l'alcoholisme i la ideació suïcida es van relacionar amb tres formes de violència; els trastorns mentals comuns es van associar amb quatre formes de violència, i l'intent de suïcidi es va vincular amb cinc formes de violència. Aquesta troballa és consistent amb el que s'ha observat en investigacions realitzades en països industrialitzats. Diferents processos poden explicar l'associació entre violència i danys a la salut observada en la població dels bisexuals, a les lesbianes i als homosexuals. Alguns efectes de la violència sobre la salut són immediats, visibles i evidents, per exemple, una lesió o ferida com a resultat d'agressió física o la pèrdua d'algun

objecte per robatori o assalt; des del punt de vista psicològic, una de les reaccions evidents que pot atribuir-se directament a la violència és l'estrès posttraumàtic.

Encara que algunes de les repercussions de la violència en els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals són similars a les de qualsevol víctima de violència; els primers poden experimentar, a causa del prejudici contra l'homosexualitat, algunes reaccions que no presentaran altres víctimes. Les víctimes de violència tendeixen a buscar explicacions de per què van ser agredides; en la recerca d'explicacions, les víctimes freqüentment es culpen a si mateixes de la violència que van rebre, fenomen que ha estat denominat autculpa (self-blame), la qual pot ser elaborada de dues formes: (a) autculpa caracterològica, en la qual la persona identifica que algun tret o qualitat de la seva personalitat és responsable de l'agressió o (b) autculpa conductual, en la qual la víctima avalua que alguna conducta o comportament seu va ser l'origen de la violència que va rebre. L'autculpa caracterològica pot reactivar o reforçar una autoimatge negativa i provocar una sensació que la persona mereixia l'agressió; mentre que en l'autculpa conductual, els individus modificaran aquells comportaments que consideren que van donar origen a l'agressió, amb els quals consideren que tenen major control sobre els esdeveniments i amb què redueixen així la seva percepció de vulnerabilitat. Es pot especular, llavors, que quan els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals són víctimes de violència, es culparan a si mateixos de l'agressió que van rebre, ubicant com a causa de la violència els seus pensaments i desigs homoeròtics (autculpa caracterològica) o les expressions d'atracció o afecte a persones del mateix sexe (autculpa conductual). Quan els individus atribueixen la violència a trets de la seva personalitat (autculpa caracterològica) es produeixen canvis a la seva autoimatge, començant a percebre's a si mateixos de forma negativa; aquests canvis s'associen amb depressió, baixa autoestima, autocrítica i sentiments que la persona mereixia l'agressió que rebé. Els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals poden avaluar que les agressions que van sofrir van ser degudes a la seva orientació sexual, amb la qual cosa es reforçarà en ells la creença que l'homosexualitat és una condició denigrant que mereix ser castigada, és a dir, s'incrementaran els seus nivells d'homofòbia internalitzada, cosa que, al seu torn, conduirà a diferents nivells de sofriment mental. A més, quan els individus es culpen a si mateixos de l'agressió que van rebre, també desenvolupen una percepció de vulnerabilitat única, en la qual perceben que tenen major risc de sofrir un esdeveniment negatiu en comparació amb altres persones, aquesta percepció de vulnerabilitat única

s'associa amb depressió, baixa autoestima, ansietat, estrès, por i ansietat; els sentiments de vulnerabilitat són el resultat que les víctimes comencen a veure el món com una cosa desconeguda, amenaçadora i que no pot controlar-ho, que provoca en elles una forta desconfiança en els altres.

És important ressaltar que les persones que van presenciar que algun conegut va ser violentat, també van presentar prevalences més altes d'ideació suïcida, intent de suïcidi, trastorns mentals comuns i alcoholisme, la qual cosa indica que els efectes negatius de la violència no solament els presenten les persones que la sofreixen de forma directa. Se sap que les persones que coneixen una víctima perceben que són més vulnerables en cas de sofrir violència en el futur, especialment quan la persona percep que és similar a la víctima que coneix, a més d'experimentar un sentiment de vulnerabilitat s'associa amb por i ansietat. Així mateix, quan un individu observa que violenten una altra persona per una característica que ell comparteix, rep el missatge que ell potencialment també està en risc de sofrir la mateixa agressió, la qual cosa pot generar ansietat.

A diferència de la violència, van haver-hi poques associacions entre discriminació i danys a la salut. El menor efecte de la discriminació respecte a la violència pot ser a causa que la primera, regularment, es dona dins d'un context institucional, la qual cosa pot representar un límit de les pràctiques discriminatòries per part dels empleats. Aquesta situació pot fer que els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals concebin els actes de discriminació com a formes de prejudici que poden ser denunciades o castigades fàcilment, és a dir, els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals poden percebre major control sobre aquests esdeveniments. Els mecanismes que poden explicar les poques relacions que observem entre discriminació i salut poden ser similars als que ja es van descriure per al cas de la violència.

Algunes de les troballes del nostre estudi són susceptibles de ser repeses per a la formulació de polítiques i programes de salut. Fins ara, els programes de salut dels governs llatinoamericans que han abordat problemes específics de la població bisexual, lesbiana i homosexual s'han restringit a la prevenció de la infecció de VIH/sida entre homes que tenen sexe amb altres homes. Aquestes accions, en gran manera han estat producte de la magnitud del problema, i no perquè es reconegui l'existència d'aquests grups. Tanmateix, en aquesta investigació s'ha evidenciat que, a més del VIH/sida, els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals presenten altres problemes de salut; per exemple, un terç de la població estudiada va presentar simptomatologia indicativa de trastorns mentals comuns i entre les

dones bisexuals i lesbianes la freqüència d'alcoholisme va ser elevada. Per tant, es requereix que les institucions governamentals ampliiïn els programes de benestar i salut dirigits als bisexuals, les lesbianes i els homosexuals.

La discriminació i la violència interpersonal que sofreixen els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals són un problema que ha de ser resolt, en la mesura que representen una limitació del plaer ple de drets humans d'aquesta població. Al que hem exposat anteriorment, cal agregar que en el nostre estudi documentem que ambdues expressions del prejudici es van relacionar amb major risc de presentar danys a la salut. Entre els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals enquestats, una de les formes de violència més freqüent va ser la verbal. El llenguatge és un dels vincles més importants pel qual es reproduceix el sistema de gèneres, per la qual cosa es requereix que es promogui el desús de termes pejoratius o que denigrin l'homosexualitat. Aquesta tasca és indispensable per canviar les representacions i els significats associats amb homosexualitat. Així mateix, cal encoratjar la denúncia de la violència i la discriminació que sofreixen els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals, que contribuiria al reconeixement social i institucional del desavantatge social en el qual es troben els bisexuals, les lesbianes i els homosexuals. En aquesta àrea, les organitzacions civils de bisexuals, lesbianes i homosexuals tindran un paper fonamental. De la mateixa manera, es requereix que les institucions encarregades de la impartició de justícia siguin més sensibles a la problemàtica d'aquesta població. Les formes més freqüents de discriminació que observem van ser la detenció, extorsió o amenaça de policies, la discriminació laboral i el maltractament d'empleats de serveis, això indica que es requereix que els prestadors de serveis públics i privats rebin capacitació per eliminar el tracte discriminatori.

SOTA LA MIRADA DE LA MEDICALITZACIÓ: L'ALTRA VIOLÈNCIA

La salut dels diversos col·lectius LGTB està absolutament condicionada per la mediatització de l'homosexualitat i de la transsexualitat.

<http://www.aibr.org/antropologia/01v01/articulos/010107.pdf>

José María Valcuende del R. ens recorda que el que anomenem ciència, i per tant medicina, conté ideologia, i que la ideologia predominant és l'heterosexista.

“Tot discurs científic és necessàriament ideològic, en aquest sentit no és possible deslligar-se del context sociopolític de producció. La mateixa definició del que és i el que no és científic està condicionada en bona mesura pel context esmentat. Quan preguntem a la realitat ho fem per i per a alguna cosa, darrere de les nostres preguntes hi ha plantejaments ideològics. Però aquest no és el problema, el problema és que no s'explicitin els plantejaments esmentats o que s'encobreixin sota la fal·làcia d'una objectivitat pretesa que desplaça el principi de realitat a un principi de veritat únic i homogeni. No existeix l'objectivitat de la ciència, com tampoc no hi ha en la religió, en l'art o en el sentit comú, discursos interpretatius amb característiques singulars, però també amb tota una sèrie de denominadors comuns. A diferència de la religió, els principis de la ciència no poden estar basats en la fe, independentment que aquesta funcioni d'una forma constant al món científic i en la reinterpretació popular de la ciència (una cosa són els principis bàsics que sostenen el discurs científic i una altra molt diferent la seva quotidianitat contextual, dit d'una altra forma, la ciència «real»). La ciència construeix llenguatges propis amb els quals intenta aproximar-se al món dels fets, i les demostracions es fan en funció de condicions ideals i categories homogeneïtzadores, però fins i tot el que s'esdevé als santuaris de la ciència, els laboratoris, són interpretacions induïdes, que ens poden ajudar a comprendre i interpretar, que no a traduir de forma automàtica, una veritat a què únicament ens podem aproximar de forma parcial, mai de forma totalitzant. En tot cas, la ciència requereix rigor, però també imaginació i intuïció, elements que l'aproximen a l'art. Així succeeix en el moment primigeni de la creació, que posteriorment haurà de ser corroborat. Però a partir d'aquest primer moment prenen dos camins si no contraposats almenys paral·lels. L'art intenta recrear la realitat; la ciència, aproximar-se a aquesta, penetrar a les diferents arestes que la conformen. Aquesta forma de traduir el món requereix metodologies i tècniques específiques, que s'han de

desenvolupar amb el màxim rigor (que no és el mateix que objectivitat). Esmenat d'una altra forma, en l'art, el fonamental és el resultat final (sense treure importància al mètode), en la ciència, tan important és el producte acabat com la forma en la qual s'ha arribat a aquest, a fi de permetre revelar la trajectòria del camí, la forma en la qual es va recórrer, els condicionants que vam tenir durant la marxa (contextos socials i personals) i les raons que ens van portar a un punt i no a un altre. Precisament és el control d'aquests elements el que ens permet mantenir una vigilància epistemològica necessària a partir de la qual sigui possible la crítica. Aquesta, al costat de la imaginació, la curiositat i el mètode, són els pilars en els quals s'ha de sostenir el discurs científic."

Així, Òscar Guasch, a "La crisi de l'heterosexualitat" i en el següent article, exposa com l'heterosexualitat i l'homosexualitat es creen segons la medicalització d'aquestes construccions:

http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_064_06.pdf

"LA MEDICALITZACIÓ DEL SEXE

El segle XIX és la conseqüència inesperada de la Il·lustració. Llibertat, igualtat, fraternitat? La llegenda revolucionària canvia de sentit. La igualtat esdevé lluita de classes; la fraternitat, colonialisme; la llibertat, liberalisme. Per la seva banda, la raó –comissionada per les llums per portar la pau i la prosperitat general– es converteix en ciència positiva. Amb aquesta, l'ésser humà deixa de ser considerat des d'una perspectiva essencialment filosòfica per convertir-se en objecte d'anàlisi. D'aquesta manera, l'ésser perfecte expulsat del Paradís es transforma en parent dels micos. Un parent que es mostra –com ho proven diversos assaigs revolucionaris– incapaç de firmar un contracte social respectuós amb les noves classes dirigents, i que, en conseqüència, calia controlar.

La Il·lustració qüestiona i la revolució destrueix les antigues legitimitats del control social. En l'antic règim, un súbdit pot ser empresonat per ordre reial. Després de la Revolució, la ciutadania no ha de sofrir ja l'arbitrarietat real. Però « i si fos possible demostrar que aquest individu molest era també un

malalt perillós?» (Peset, 1983: 91). La ciència positiva intenta demostrar-ho. Al llarg del segle XIX la medicina ofereix a la burgesia una nova legitimitat per al control social dels dissidents. El segle XIX contempla el final del procés pel qual l'endimoniat es converteix en boig.

En l'Edat Moderna el control social s'ocupa dels pobres, de les minories ètniques i dels heretges. També les dissidències sexuals són perseguides en nom de la religió, encara que l'objectiu és la política natalista de l'Estat absolut. La sodomia definia un ampli camp de conductes sexuals el denominador comú del qual és no tenir la procreació per objectiu: onanisme, sexe oral, relacions sexuals entre persones del mateix sexe o amb animals, etc. (1983: 308).

PER A UNA SOCIOLOGIA DE LA SEXUALITAT

Però la substitució d'una legitimitat per l'altra no va ser fàcil ni immediata. Després de la Revolució francesa, les dissidències socials es taxonomitzen en el Codi penal. En aquest, el poble expressa la seva sobirania a través de la llei. La medicina inicia un procés d'ajust amb el dret en el qual «al llarg de tot un segle difícils diàlegs teòrics entre metges i juristes van semblar arribar a un acord entre ambdós sabers.» (Peset, 1983: 82). El naixement i el desenvolupament de la psiquiatria i de la medicina legal, al costat de la teoria de la degeneració i l'antropologia criminal, són els tres eixos d'aquest diàleg.

En una monomania “l'alienat conserva l'ús de la raó, i no delira més que sobre un cercle molt limitat d'idees, sentint, raonant i obrant en els altres ordres de la vida com ho feia abans de sofrir la malaltia. Es tracta, doncs, d'una espècie de bogeria parcial que no tenia per què cursar amb una alteració de la intel·ligència.” (Hortes, 1987: 109). Existien “monomanies afectives, sentimentals o passionals [...] la monomania religiosa i l'orgullosa [...] i la monomania eròtica o erotomania”.

Calia acceptar que el lladre fos cleptòman; l'incendiari, piròman, i l'assassí, un homicida monomaniac. Una nova teoria mèdica, consistent i sòlida, basada en el determinisme biològic, permet al poder mèdic –ja en la segona meitat del segle– confirmar definitivament les seves pretensions: la teoria de la degeneració definida per Morel i fixada per Magnan.

El degeneracionisme de Morel pretén que les anomalies del comportament humà tenen base biològica i es transmeten hereditàriament. Però en la gran família dels degenerats, al costat de l'obrer borratxo, la prostituta sifilítica i el nen delinqüent, apareix una anomalia: uns degenerats interclassistes, hereus dels llibertins, és a dir, els perversos.

Durant la primera meitat del segle XIX les dissidències sexuals escapen al control mèdic. En aquest període les dissidències sexuals constitueixen sobretot un problema d'ordre públic. La majoria de legislacions basades en el Codi napoleònic tracten les dissidències sexuals com un assumpte estrictament privat, que només són mereixedores de sanció si s'executen amb violència o amb publicitat (delicte d'escàndol públic). És en la segona meitat del segle XIX, quan la medicina legal comença a interessar-se i escriure sobre dissidències sexuals sota el nom genèric d'atemptats contra els costums. Durant la primera meitat del segle, la violació, l'estupre, l'exhibicionisme i la pederàstia són els principals atemptats contra la moral. Eren delictes d'escàndol públic, delictes contra l'honestedat o contra el pudor (Giné i Partagás, 1876: 435-443). Tanmateix, no tots els maníacs eren malalts: "tots els maníacs, ben considerats, no són alienats, irritats i perversos, com podria creure's per la seva denominació. Hi ha maníacs d'una alegria estrepitosa [...]. Hi ha maníacs religiosos. Hi ha maníacs amorosos" (Guislain, 1882: 118). Un bon exemple de les controvèrsies entre metges i juristes és el cèlebre cas de Pierre Rivière (Foucault [et al.], 1973).

Segons Morel, les causes de la degeneració (Morel, 1857: 47 i s.) són les intoxicacions (paludisme, alcohol, opi); el medi social (misèria, professions insalubres, indústria); la immoralitat dels costums o mal moral; una afecció mòrbida anterior o temperament malaltís; les malalties congènites o adquirides durant la infantesa, i les influències hereditàries. Les tres últimes causes de la degeneració tenen, aparentment, una base mèdica. Les tres primeres afecten sobretot les classes menys afavorides perquè la burgesia era rica, i es pretenia abstèmia i moral.

"El degenerat, en la seva qualitat de malalt mental, ha pogut i ha de ser considerat com un element perillós, contaminant de la neta societat burgesa, contra el qual serà lícit, gràcies al suport de la ciència, posar en marxa els mecanismes de defensa més eficaços" (Huertas, 1987: 57).

Es podia haver fet correspondre cada dissidència sexual amb «una nova monomania, perquè n'hi hagués hagut prou amb imaginar el nom compost. Però el cert és que els comportaments perversos s'ajustaven molt malament» a la noció de monomania (Lantéri-Laura, 1979: 646).

Per atemptats contra els costums, la medicina legal entén «el conjunt d'actes, fets o gests que atemptin contra la moral, ja per la seva publicitat, ja perquè siguin executats per mitjà de la violència, sobre persones que es troben cohibides en les seves forces físiques i desproveïdes de llibertat moral, ja, en fi, perquè aquestes accions són contra naturalesa o danyen els sentiments del pudor, base essencial de la moral pública o privada (Legrand du Sautelle, 1889: 359).»

Tanmateix, l'estudi de Tardieu és descriptiu, i no explica les causes de les dissidències sexuals. La redefinició evolucionista de la teoria de la degeneració efectuada per Magnan, al costat de la teoria de les perversions, defineixen posteriorment aquestes causes.

Al llarg del segle XIX, les dissidències sexuals (a les quals l'Edat Moderna denomina genèricament sodomia) es converteixen en perversions sexuals. El que Tardieu denomina "vicis" o "perversions morals", a finals de segle estan ja caracteritzats com a malalties. Cap a 1887, a Psychopathia sexualis, Krafft-Ebing fa la síntesi dels coneixements medicopsiquiàtrics entorn de les perversions en aplicar la teoria de la degeneració a l'etiologia de les perversions.

El trànsit ha acabat. La medicina substitueix la religió, el pervers el sodomita, i el malalt el pecador. D'ara endavant les dissidències sexuals són, a més de pecat i delictes, i atemptats contra el pudor, un problema de salut.

El model de normalitat sexual definit per la medicina al llarg del segle XIX és un model heterosexual, reproductiu i moral. És heterosexual perquè només accepta les relacions sexuals entre persones de diferent sexe; reproductiu perquè condemna tota pràctica sexual que no tingui per objecte la reproducció; moral perquè utilitza arguments presumptivament científics per condemnar les dissidències sexuals.

L'herència del «pervers» s'estén al llarg de tot el segle XX fins als anys seixanta. Després de la Segona Guerra Mundial s'inicia un procés de canvi en el discurs mèdic respecte a les dissidències sexuals. L'herència del freudomarxista W. Reich i els treballs de Kinsey són en la base d'aquest procés. El control social que exerceix la medicina sobre les dissidències sexuals s'adapta als temps i pretén ser cada vegada més humà.

Per comprovar la influència del discurs sobre les perversions al llarg de tot el segle XX, vegeu la caracterització de les dissidències sexuals que efectua l'autor francès d'un dels manuals de psiquiatria més usats a Espanya fins

als anys setanta: «les anomalies del comportament sexual són tan freqüents, ja sigui en forma de trastorns habituals del comportament o d'actes impulsius, que constitueixen greus delictes o crims. Podem classificar aquestes anomalies en dues categories: [...] les anomalies de l'elecció objectal: [...] autoerotisme [...] incest [...] pedofília, gerontofília [...] homosexualitat [...] bestialitat i fetitxisme. En un segon grup de fets, es tracta de deformacions de l'acte: [...] masoquisme [...] sadisme [...] exhibicionisme [...] voyerisme o escoptofília [...] urolàgnia (Bernard, 1969: 94-95).

SEXOLOGIA I CONTROL SOCIAL DE L'ACTIVITAT SEXUAL

La societat anterior a la Revolució Francesa legitima la normalitat sexual (és a dir, organitza allò bo, desitjable, sa i malsà) a través del discurs religiós. La religió defineix les normes sexuals a partir de la noció de contra natura. Tota activitat sexual no reproductiva va ser un atemptat contra la naturalesa, és a dir: un pecat. Aquesta legitimitat religiosa es tradueix, fins i tot, en dret positiu. Així hi va haver pràctiques sexuals que, a més de ser pecat, eren (algunes segueixen sent) delictes: les relacions sexuals entre persones del mateix sexe, amb animals, o l'adulteri.

En aquell moment entren en crisi els models clàssics de control social del sexe. Cal articular-ne d'altres, diferents, subtils, aparentment llibertaris. La sexologia se n'encarrega. La sexologia és la ciència de la sexualitat. Es tracta d'una disciplina per definir que recull l'herència de diversos camps científics, en particular de les ciències de la salut i de les ciències de la conducta.

*Tanmateix, no a tot arreu la substitució del paradigma religiós del metge per al control social de la sexualitat es fa alhora. Les anàlisis que va iniciar Foucault i que han seguit alguns representants de la Història de les Mentalitats francesa, no són directament extrapolables a Espanya. Un exemple d'aquesta impossible extrapolació és el cas de la masturbació. L'obra de Simon Tissot, *L'onanisme: Assaig sobre les malalties que produeix la masturbació* (Tissot, 1876), va trobar moltes dificultats perquè fos publicada a Espanya. Sobre això, vegeu Perdiguero (1990).*

La legitimitat mèdica per al control social del sexe entra en crisi després de la Segona Guerra Mundial. Els treballs del freudomarxista W. Reich són el primer pas, Alfred Kinsey aporta el marc científic relativista, i les condicions històriques de la dècada dels seixanta fan la resta. És el moment de l'ano-

menada revolució sexual. Les societats occidentals avançades són ja plenament democràtiques, alguns dels malalts (homosexuals, sadomasoquistes, pedòfils) s'organitzen i afirmen no ser-ho, l'extensió de noves tècniques contraceptives allibera el sexe de la procreació, i es reivindica el seu lliure exercici com a instrument d'alliberament social. En aquest context, el model de sexe ideal definit per la medicina entra en crisi. Cal organitzar un nou model de sexe ideal i una altra manera de difondre'l, fins i tot quan la legitimitat del nou model continuï tenint una base biomèdica. La nova definició de salut sexual, la nova forma de control social del sexe, s'organitza d'una manera més subtil. Ja no es tracta de prohibir i reprimir l'activitat sexual (una cosa contestada per joves i intel·lectuals). Es tracta ara de donar normes per a l'accés al plaer. L'activitat sexual no és prohibida: es recomana, però dins d'un ordre, amb pautes, regles, directrius. La sexologia se n'encarrega. El cas de la masturbació n'és un exemple. Perseguida antany, és presentada per la sexologia com una activitat necessària per al descobriment i el gaudi del sexe o simplement com a relax: "la masturbació [...] és sovint una manera agradable de rebaixar la tensió".

(Màster, Johnson, Kolodny, 1987: 288). El canvi, aparentment, és gran.

Sobre això, és suggeridora la definició de salut sexual elaborada per l'OMS:

"La salut sexual és l'aptitud per gaudir de l'activitat sexual i reproductora emmotllant-la a criteris d'ètica social i personal. És l'absència de temors, de sentiments de vergonya, culpabilitat, de creences infundades i d'altres factors psicològics que inhibeixin l'activitat sexual o pertorbin les relacions sexuals. És l'absència de trastorns orgànics, de malalties i deficiències que destorbin l'activitat sexual i reproductiva» (OMS, 1975: 6). Aquesta definició de salut sexual és fruit de la sexologia, i mereix una anàlisi detallada. Manté la finalitat reproductora del sexe, però en segon pla.

Destaca l'aptitud per divertir-se: divertir-se sense pors, sense vergonya, sense sentiments de culpa. La revolució sexual presenta els seus assoliments. La salut sexual, l'última meitat del segle XX, es concep com al dret al plaer, com l'aptitud per divertir-se. Aquesta definició de salut sexual acaba amb segles de repressió. El sexe per fi ha estat alliberat. O no?

La sexologia no allibera el sexe. Al contrari (com la religió i la medicina) li dóna pautes i l'ordena. Amb estil diferent, el control roman. Es reformen les normes d'accés al plaer, però no desapareixen. La sexologia és la transposició a un context democràtic de discursos anteriors sobre el sexe. Per

això reproduïx les seves funcions latents, encara que reformi les manifestes. El cristianisme, primer, i la medicina, després, defensen la parella i una sexualitat coitocèntrica, interpreten la sexualitat femenina en termes masculins, i condemnen les dissidències sexuals. La moderna sexologia reproduïx aquest esquema.

La sexologia situa el coit i la penetració en el centre de tota relació sexual. Allò que dificulta el coit i/o la penetració és problematitzat. Les solucions previstes per la sexologia per curar les «experversions» són: la reeducació orgàsmica, la teràpia d'aversion i les tècniques de dessensibilització (Màster, Johnson Kolodny, 1987: 393).

De la sexualitat passiva de la dona es passa a una sexualitat femenina activa i masculinitzada que ha de reproduir els esquemes culturals atribuïts a la sexualitat masculina. Aquests trets culturals atribueixen al baró una disposició constant que cal mantenir (consumir, potser) relacions sexuals.”

LES PATOLOGIES QUE CREEN PATOLOGIES

A Toonen v Austràlia, el Comitè de Drets Humans de les Nacions

Unides, el març de 1994, va confirmar que les lleis que criminalitzen l'activitat homosexual consensuada violen el dret a la vida privada i el dret a la igualtat davant de la llei sense que pugui haver-hi discriminació, en oposició als articles 17 (1) i 26 de la Convenció dels Drets Civils i Polítics.

El Comitè va anar més enllà i va considerar que aquestes lleis interfereixen amb el dret a la vida privada, que estan implementades o no, i «van en contra de la implementació de programes educatius efectius en la prevenció del VIH/sida» en marginar les comunitats més desfavorides.

La patologització que s'ha realitzat dels col·lectius homosexuals i transsexuals ha estat la causa principal de l'«emmalaltir de les persones homosexuals i transsexuals».

http://www.thetaskforce.org/reports_and_research/homeless_youth

“Aproximadament, d’entre un 20 i un 40 per cent d’1,6 milions de joves nord-americans sense llar s’identifiquen com a lesbianes, gais, bisexuals o transgènere (LGTB). Per què els joves LGTB acaben sent indigents? Segons un estudi, el 26% dels adolescents homosexuals que expliquen la seva condició sexual als seus pares o tutors se’ls diu que se n’han d’anar de casa. També aquests joves LGTB abandonen la seva llar a causa dels maltractaments físics, emocionals i els abusos sexuals que reben. Aquests joves LGTB sense llar tenen més probabilitats d’entrar en contacte amb la droga, prostituir-se i intenten suïcidar-se. A més, s’informa que els joves LGTB són amenaçats, menyspreats i maltractats pel personal dels centres que els acullen, així com pels altres residents.”

En aquesta pàgina es visibilitza l’impacte que té l’homofòbia en la salut social de les persones:

<http://www.thetrevorproject.org/about.aspx>

Es tracta d’una pàgina sobre salut mental i LGTB, sobretot de l’impacte de l’homofòbia, la lesbofòbia i la transfòbia, on hi ha un apartat sobre suïcidi molt ben desenvolupat.

“La identitat sexual de l’orientació i del gènere només no és factor de risc per al suïcidi. Tanmateix, la lesbiana, el gai, el bisexual, el transgènere i la joventut que pregunta (LGBTQ) fan front a molts factors socials que els posen en un risc més alt per als comportaments d’un mateix –destructius, incloent-hi el suïcidi.

El projecte de Trevor creu que els alts índexs del suïcidi són prevenibles. Amb aquesta finalitat, creem la guia d’ensenyament de Trevor, una eina de la sala de classe que s’utilitzarà conjuntament amb la pel·lícula curta, Trevor, generar constructiu de la discussió sobre la mirada de les edicions que envoltaven el suïcidi, la identitat personal i l’orientació sexual.”

Una de les claus de fugida del model biomèdic és la promoció de la salut.

En l’article següent, l’autora, malgrat que especifica el context mexicà, podria fer la descripció del context català:

<http://www.ciudadaniasesexual.org/Reunion/M6%20Amuchastegui.pdf>

“Als debats públics al Mèxic contemporani semblen coexistir, incòmodament si més no, cinc discursos socials:

- *la moral catòlica del plaer sexual com a pecat de la carn;*
- *l'enfocament biomèdic de la sexualitat com a risc per a la salut i matèria de salut pública;*
- *el discurs serològic de la normalització de l'orgasme penetratiu;*
- *el discurs del sexe com a mercaderia;*
- *el discurs dels drets sexuals
o drets de LGBT o prevenció i atenció al dany sexual de dones i menors.”*

<http://www.aibr.org/antropologia/01v01/articulos/010107.pdf>

“L'article analitza les conseqüències de l'heterosexualitat entesa no com una pràctica, sinó com un model social històric a partir del qual es legitimen una sèrie de normes que contribueixen a estigmatitzar a tots els individus i grups etiquetats sota altres categories, com l'«homosexualitat». Aquesta categoria engloba una realitat diversa i heterogènia, simplificada des de la visió hegemònica de les relacions humanes. En forma d'assaig s'inverteix l'argumentació que ha representat l'homosexualitat com a «malaltia» o «desviació» i s'aplica aquesta mateixa lògica a la categoria dominant, l'«heterosexualitat».

Comparteixo amb Richar Cohen que l'homosexualitat és una malaltia, encara que no comparteixi ni els símptomes ni el diagnòstic, ni de bon tros la forma de guarir-la. Per tractar l'homosexualitat, el primer que cal fer és treure els tractaments als homosexuals, encara que això té el greu inconvenient que no et pots folrar de diners amb les consultes, els llibres d'autoajuda, els vídeos, les conferències... i altres mètodes diversos molt menys subtils. L'homosexualitat s'ha de tractar analitzant la societat que ha creat una categoria tan gandula i difusa com útil per reproduir determinats discursos moralistes. La «malaltia» de l'homosexualitat es cura al cap d'aquells sacerdots, científics, legisladors... que van contribuir a conformar una altra categoria, que és d'on sorgeixen totes les desviacions: l'heterosexualitat. Una categoria que ha recreat la realitat fent que determinades pràctiques no normatives siguin assumides per uns com a desviació, per altres com a diferència, i per la majoria com una essència que conforma un ésser (cosa que, curiosament, no fa l'autor citat, per a qui tots som heterosexuals en potència, és a dir, possibles clients).

La lluita iniciada per algunes dones (les diferents lluites) i pels grups d'alliberament sexual s'ha traduït: en una crítica radical als models de gènere dominants, en el qüestionament dels mites entorn de la sexualitat i en la denúncia de l'estigmatització d'algunes (no totes) les minories sexuals. Aquestes crítiques han posat en evidència la visió malaltissa d'un home que constantment ha d'estar manifestant la seva virilitat, d'una dona submissa la funció única de la qual s'explica fonamentalment sobre la base de la imatge de mare reproductora. Moltes persones classificades com a heterosexuales no es reconeixen ja amb un model que ha entrat en crisi, tal com assenyalàvem a les pàgines anteriors. Tanmateix, i a diferència de l'etiqueta d'«homosexualitat», l'«heterosexualitat» no genera estigma. La categoria heterosexual continua sense tenir cap connotació pejorativa, encara que, com hem vist al llarg d'aquest capítol, podria tenir-la. Tot el nostre univers social és considerat heterosexual, això és el normal, no requereix, per tant, explicació, són aquells que diuen públicament no ajustar-se al model, els que tenen un problema i generen problemes, i és la societat, la que ha d'establir les mesures necessàries per corregir-los. El model dominant acaba per assenyalat totes les parts que no s'hi ajusten. Aquest senyal contribueix a marcar determinats grups, els quals no tenen més opció que interioritzar la marca, ja sigui per conformar-se, per protegir-se o per revelar-se. La marca no ha estat elegida, però és igualment eficaç:

L'«homosexual» es veu obligat, d'una banda, a fusionar tots els elements que contribueixin que se'l compregui, se'l perdoni, se'l toleri... d'altra banda, es veu obligat a buscar el reconeixement, a reconèixer-se, en les etiquetes imposades o apropiades amb què el defineixen, amb les quals es defineix com a diferent. En la memòria individual es reescriu un passat d'anhels frustrats, decepcions, ocultacions i manques; les amistats primerenques es transformen en amors impossibles i qualsevol fet es converteix en senyal. Aquesta falsa coherència transforma els gais en «només gais». Qualsevol activitat –laboral, literària, empresarial–, les seves formes de treball, la seva relació amb el món, s'impregnen de l'estigma. La persecució directa o la persecució basada en «la injúria», en la «infravaloració» o en la «hiperse Xuació» de determinats col·lectius, és un fet que sofreixen les persones agrupades sota l'etiqueta de l'«homosexualitat», però també és habitual, en els grups minoritzats en funció de les seves característiques racials o en funció del sexe (és a dir, en funció de ser dones). Aquesta opressió, els obliga a pensar-se també com a homogenis i a assumir aquesta posició, sobretot quan s'aspira a normalitzar el fet de ser un altre. En passar d'individus aïllats a un col·lectiu que té necessitat d'identificar-se perquè ha estat

identificat prèviament, implica el desenvolupament d'un discurs comunitari de resistència «contra aquesta violència» (Sabuco, A. i Valcuende, 2003).

Els models imperants sobre la sexualitat han anat deixant tota una sèrie de víctimes socials, restringint el dret de ciutadania a una minoria majoritària. Els homosexuals són només algunes d'aquestes víctimes en qui la violència legal i social s'ha manifestat més durament, però també ho són moltes dones i homes «heterosexuals», que no han vist reflectit el seu ideal de vida en un model castrant. La discussió sobre els drets dels homosexuals ha de servir perquè ningú no estigui discriminat en funció de la seva opció sexual, però ha de servir, fonamentalment, per qüestionar el mateix model d'heterosexualitat, que ha acabat per conformar tantes desigualtats.

La paradoxa de l'heterosexualitat, tal com l'entendem ara, és que necessita l'homosexualitat per continuar sent. L'homosexualitat marca una de les fronteres d'allò permisible, és un dels límits que no poden traspasar els ciutadans sense el risc de deixar de ser considerats com a tals. Qüestionar l'existència del límit suposa la necessitat de repensar les parts que el van conformar i ampliar el concepte de ciutadania per a aquells que no viuen en la polis de la sexualitat.

Si l'homosexualitat i l'heterosexualitat són nocions recents, si les pràctiques sexuals tenen diferents significacions en funció dels períodes històrics i dels contextos culturals, si existeixen múltiples formes de viure, el que entendem com a sexualitat... podem deduir:

- *Primer, que l'estigma que recau en aquests moments en determinats grups és, simplement, gratuït i innecessari, per això, especialment dolorós.*
- *Segon, que un qüestionament de l'heterosexualitat/homosexualitat alliberarà certes minories, però també els homes i dones que no volen seguir els models dominants de masculinitat i feminitat en els quals se sosté l'heterosexualitat.*
- *Tercer, que la crítica a l'heterosexualitat significa desmuntar alguns dels mites que continuen funcionant més en la teoria que en la pràctica, per exemple, l'ideal de família patriarcal, el repartiment tradicional de tasques en funció del sexe o la forma en la qual entendem les relacions sexuals i afectives entre els éssers humans.*

La supressió dels estigmes en funció de l'opció sexual és necessària si volem construir un món de ciutadans i ciutadanes lliures. Són una lluita de la qual es beneficiaran els avui denominats homosexuals, però també aquells que representen la norma i allò normatiu, els heterosexuals. Quan en una consulta vegem el rètol de «es transforma l'heterosexualitat i l'homosexualitat en ciutadania», serà un clar indicatiu que les coses estan canviant realment. La igualtat no s'aconseguirà només proporcionant tots els drets a algunes de les minories sexuals, aquesta igualtat requereix fonamentalment desmuntar la noció dominant sobre la sexualitat. Una noció que continua justificant velles desigualtats, i que mentre continuï existint en legitimarà altres de noves. L'heterosexualitat, malgrat les aparences, només està representant la ciutadania per a una minoria, que es resisteix a desmuntar un concepte que permet mantenir una estructura social profundament desigual i hipòcrita.»

L'HOMOFÒBIA S'AMAGA EN ELS LLIBRES

La salut de les «persones homosexuals i transsexuals» no és específica, però sí que ha de ser específica la mirada a la salut d'aquests col·lectius.

Hi ha exemples clars d'homofòbia mèdica (que com veurem és sistemàtica) d'alguns autors en algunes publicacions que pretenen ser científiques i són exclusivament homofòbiques.

P. Barreiro, V. Soriano i J. González_Iahoz, metges del Servei de Malalties Infeccioses que en seu llibre *Manual del Sida*, en la seva quarta edició, Editorial Permanyer, de foma clarament homofòbica ens expliquen el següent:

“Amb gran diferència, els homosexuals/bisexuals (no les lesbianes) constitueixen un dels grups de major risc d'infecció. El motiu és doble: l'elevada promiscuïtat i el caràcter traumàtic de la relació sexual, particularment del coït anal.”

O com en el seu panflet homofòbic (en l'actualitat denunciat per atemptar contra la dignitat) dirigit a adolescents, expliquen entre altres qüestions:

“No és infreqüent que un adolescent passi per una etapa en què pugui tenir dubtes sobre la seva identitat sexual. Però això no vol dir pas que sigui

homosexual. Sovint, els adolescents manifesten una atracció forta cap a una persona, normalment de major edat i del mateix sexe. És una etapa de maduració dels afectes, en la qual hi ha una recerca de la identitat pròpia i s'admiren qualitats d'altres persones. Però això està lluny de suposar que és una orientació homosexual. Es tracta, al contrari, d'una fase normal i transitòria cap a l'adquisició de la identitat heterosexual, que madura més endavant quan entren en consideració altres valors, com l'amistat amb el sexe contrari o la possibilitat de fundar una família.

Des del punt de vista mèdic, home i dona estan cridats a unir-se, a ser heterosexuales, sota les condicions de la seva anatomia (complementarietat dels genitals), i de la seva psicologia (complementarietat de caràcters). Veritablement, l'home i la dona troben en una altra persona de l'altre sexe alguna cosa que els complementa i ajuda a desenvolupar-se com a persones.”

LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE ENTRE PERSONES DEL MATEIX SEXE

Tenint en compte que l'homofòbia, la lesbofòbia i la transfòbia són violència de gènere, és molt interessant com s'ha fet invisible la violència de gènere entre persones d'aquests col·lectius. Aquesta invisibilització és producte directe de la mateixa violència.

És un dels aspectes més invisibilitzats i té a veure amb les dificultats de relacionar opcions sexuals i gènere i sobretot no entendre la dimensió que té el gènere amb el poder més enllà del sexe.

■ De la tesi de Leonor Cantera i la seva anàlisi sobre la violència en parelles del mateix sexe podem observar com la construcció del gènere mediatitza fins i tot la categoria de si mateix.

http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1010105-171441/lce1de1.pdf

http://www.ucm.es/info/mageeq/documentos/Leonor%20Cantera%20y%20Merc%E9%20Garreta_Jornada%20MAGEEQ%20BCN.pdf

“Els resultats provisionals de la investigació reflecteixen el joc creuat d'estereotips sobre gènere, violència i orientació sexual, corroborant en població espanyola biaixos i tendències ja parcialment detectats anteriorment en altres entorns i reflectits en la literatura científica anglosaxona, on es deixa constància de les dimensions de la violència en relacions de la parella homosexual, gai i lèsbica i de les dificultats de les víctimes d'aquestes per ser reconegudes i ateses socialment (Island i Letellier, 1991; Leventhal i Lundy, 1999; Renzetti i Harvey, 1996; Ristock, 2002).”

Encara que preliminar, aquests resultats indiquen que la percepció social de la violència en la parella es fonamenta en termes generals en els estereotips de gènere (home-proveïdor, dona-assistent), està filtrada específicament pel paradigma de violència de gènere (home-violent, dona-pacífica) i presenta un caràcter marcadament heterocentrista, que indueix a minimitzar la violència potencial en parelles homosexuals (gais i lèsbiques).

■ També Maite Mateos especifica en el seu article la necessitat de fer un abordatge dels maltractaments en les parelles gays i de lesbianes.

<http://www.felgt.org/temas/politicas-lesbicas/i/13782/115/violencia-violencia-intragennero-sin-genero-de-excusas>

“Una d'aquestes matisacions té a veure amb les formes diferents de socialització que homes i dones aprenem des de la infantesa; són diferències per gènere i cada cultura decideix quins i com han de ser. Així, davant d'una sèrie de manifestacions humanes –entre les quals també hi ha la violència– els homes i les dones tindrem diferents formes de fer-ho; s'anomena a això «mandats de gènere». Per exemple, les dones hem de ser obedients i els homes han de ser independents, els homes han de ser agressius i les dones amables. Una altra forma de manifestació és la que jo anomeno «permisos de gènere», que consisteix en el fet que, encara que alguna cosa estigui reprovada socialment, depenent de qui ho faci i fins i tot contra qui es faci, existeixen tota una sèrie d'explicacions socials sobre això que, moltes vegades, a més de comprendre el fet per si mateix també el justifiquen o, al contrari, el condemnen més contundentment. A l'àmbit individual cada persona té la possibilitat d'acatar o transgredir els mandats de gènere i, en qualsevol cas, ambdós sexes hem après que la violència pot ser una estratègia efectiva per assegurar-se relacions jeràrquiques encara que aquestes relacions estiguin situades en l'espai privat –i íntim.”

<http://www.thenetworklared.org/maltratoabuse.htm>

És una pàgina recurs sobre les violències de gènere i els col·lectius LGTB.

Aquesta xarxa (acabant amb l'abús en comunitats de lesbianes, de dones bisexuals i de gent transgènere) identifica

“Els que abusen poden usar una quantitat de comportaments per controlar el seu company/a, incloent-hi:

- *L'abús emocional: abús verbal, mentides, soscavant l'autoestima, la humiliació, controlant on vas, amenaçant, i/o intimidant.*
- *L'abús físic: empenyent, pegant, donant cops de puny, estrangulant, retinent medicaments o hormones, afectant la teva habilitat de dormir.*
- *L'abús sexual: la violació, forçant el sexe i/o el sexe amb altres, exposar-se al VIH o a malalties sexualment transmiseses.*
- *L'abús econòmic: controlant els diners i els recursos, forçant una vida més costosa, robant, robatori d'identitat.*
- *L'abús cultural/d'identitat: l'amenaça de revelar l'orientació sexual, la identitat de gènere, s/m, poliamor, la condició del VIH, o qualsevol altra informació personal. Usant la raça, la classe, l'edat, la condició d'immigració, la religió, la mida, l'habilitat física, l'idioma, i/o l'etnicitat del seu company/a en contra seva.*
- *El maltractament es troba en comunitats de lesbianes, gais, transgènere i heterosexuals, i creua totes les línies socials, ètniques, racials, i econòmiques. La mida, la força, les creences polítiques, o la personalitat d'un individu no determina «si pot abusar o ésser abusat/ada.» I sobre els mites respecte a la violència de gènere, si és tracta entre LGTB i en concret sobre dons: «S'ha dit que..».*

Les dones som segures, no abusem l'una de l'altra.

- *L'abús ocorre en relacions entre dones amb tanta freqüència com en les relacions heterosexuals, i hi ha dones que han estat danyades seriosament i fins i tot matades per les seves companyes.*

Però si mai no t'he clavat cap cop!

• *El maltractament no es tracta només de la violència física, sinó del control. Donar cops és freqüentment innecessari per mantenir el control en una relació. L'abús verbal, emocional i econòmic poden ser armes poderoses i devastadores.*

Tu també m'has donat cops, si jo sóc abusadora, també ho ets tu.

• *El maltractament no és mai mutu. Encara que ambdues persones poden usar la violència, la diferència és que, mentre que les abusadores l'usen per controlar les seves companyes, les supervivents usen la violència per defensar-se o per parar l'abús.*

Com pots dir que abuso de tu quan ets més fort que jo?

• *El maltractament es tracta de control, no de mida ni de força. No hi ha manera de distingir entre mirar dues persones i saber quina és l'abusadora i quina pateix l'abús.*

Tu saps que jo mai no et faria mal. Estava drogada, no sabia el que em feia.

• *Les abusadores freqüentment culpen les drogues, l'alcohol, o qualsevol cosa a part de si mateixes pels seus comportaments. Però el maltractament no resulta de l'addicció, sinó que és una elecció de comportament. Hi ha moltes abusadores que no prenen drogues i molta gent que abusa de drogues que no maltracten. Encara que ella pari en cas d'usar drogues o alcohol, això no garanteix la teva seguretat."*

Tu simplement no entens les buchas.

• *Culpar el comportament abusiu de ser "bucha" insulta les dones buchas i no és res més que una excusa per negar el maltractament. Encara que algunes buchas maltracten, també ho fan algunes fems. Tu i/o el teu abusador/a poden identificar-se com a buchas fem o cap de les dues. El maltractament pot succeir en tota classe de relacions, sense considerar la identitat sexual o de gènere.*

No ho faré de nou, mai més, no, t'ho prometo. Buscarem ajuda.

• Les abusadores poden semblar penedir-se o prometre canviar després d'un incident, però sovint aquestes promeses no són més que esforços per impedir-te deixar-la. Perquè ella canviï de veritat, ha de prendre responsabilitat completa per l'abús, i ha de comprometre's a comportar-se d'una forma respectuosa i no abusiva, sense fer cas al fet que vostès es queden juntes o no. Aquest tipus de canvi no succeeix d'un dia per l'altre i comunament requereix l'ajuda d'un programa acreditat per l'Estat per a abusadores. La teràpia de parelles no ajuda perquè les abusadores deixin de ser abusives, i pot ser perillosa per a tu.

Ningú més no t'estimarà perquè ets transgènere.

No importa el que la teva companya digui, tu no mereixes ser maltractada. Les abusadores sovint utilitzen la transfòbia com una tàctica de control. Tu no has de suportar l'abús per trobar amor.

Sempre dius com n'és d'increïble la nostra relació. Com pots dir que sóc abusiva?

• Les abusadores poden ser persones encantadores, meravelloses, atentes i divertides. Si no ho fossin, ningú no sortiria amb elles. El fet que elles poden ser simpàtiques no vol dir que no puguin ser abusives, i no justifica l'abús.”

<http://www.thenetworklared.org/glbtdvc.htm>

El Gai, Lesbiana, Bisexual, i Transgender Domestic Violence Coalition és un grup actiu constituït per diferents membres.

El GLBTDVC serveix com a punt de connexió i referència a fora d'organitzacions i la comunitat s'agrupa per a entrenament/formació professional i tallers de comunitat de GLBT. El GLBTDVC és un coordinador de fòrums regulars per a la comunitat de violència domèstica més gran. El GLBTDVC tant serveix per pensar com per guiar el desenvolupament de serveis i evitar la duplicació de serveis i competència per finançar.

LA PROMOCIÓ DE LA SALUT I ELS COL·LECTIUS LGTB

La Carta d'Ottawa i la Declaració de Jakarta són les referències internacionals per entendre la concepció moderna de la salut. Es tracta dels documents en què es basa l'elaboració d'estratègies de salut pública per abordar els fenòmens des de la perspectiva de les desigualtats i abordar la salut des d'una perspectiva de promoció de la salut.

Aquest fet és fonamental per a l'abordatge de la salut pública que considera els drets humans com a fonamentals per generar espais d'equitat en salut. Malgrat que no especifiquen l'orientació sexual com un condicionant ni determinant en salut, es pot incloure aquesta visió en tot el treball que s'ha fet des dels anys vuitanta en els temes més «calents» dels diversos col·lectius LGTB.

Aquests dos documents van determinar la concreció de la declaració de l'OMS que la salut era un estat de benestar físic, psicològic i social, i establia les bases per fer un veritable abordatge des del concepte de la promoció de la salut, i, per tant, l'abordatge de les desigualtats en salut per reduir les iniquitats en salut. Per tant, els col·lectius LGTB han estat històricament col·lectius en situacions d'iniquitat respecte a l'accés al recursos, però també a l'impacte dels fenòmens socials en la seva salut.

L'abordatge de la salut pública requereix un compromís polític que generi polítiques de salut per reduir aquest impacte d'una banda i, de l'altra, que genera entorns saludables. En aquest context és on s'encaixa perfectament l'abordatge de la salut dels diversos col·lectius LGTB en la mesura que estan absolutament condicionats pels determinants de salut; això passa amb l'homofòbia, la lesbofòbia i la transfòbia.

Un altre aspecte rellevant d'aquests dos documents es què estableix la necessitat de participació de les persones afectades per problemes de salut i reconeix el paper fonamental que han de fer les ONG. En el cas de l'activisme LGTB és el context font en què es basen les seves accions.

■ La Carta d'Ottawa

<http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

“La 1a Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut, reunida a Ottawa el dia 21 de novembre de 1986, emet la present CARTA dirigida a la

consecució de l'objectiu «Salut per a Tothom l'any 2000». Aquesta Conferència va ser, abans que res, una resposta a la creixent demanda d'una nova concepció de la salut pública al món. Si bé les discussions es van centrar en les necessitats dels països industrialitzats, es van tenir en compte també els problemes que incumbeixen les altres regions. La conferència va prendre com a punt de partida els progressos assolits com a conseqüència de la Declaració d'Alma Ata sobre l'atenció primària, el document "Els objectius de la salut per a tothom" de l'Organització Mundial de la Salut, i el debat sobre l'acció intersectorial per a la salut sostingut recentment en l'Assemblea Mundial de la Salut.

PROMOCIÓ DE LA SALUT

La promoció de la salut consisteix a proporcionar als pobles els mitjans necessaris per millorar la seva salut i exercir un major control sobre aquesta. Per assolir un estat adequat de benestar físic, mental i social, un individu o grup ha de ser capaç d'identificar i realitzar les seves aspiracions, de satisfer les seves necessitats i de canviar o adaptar-se al medi ambient. La salut es percep, doncs, no com l'objectiu, sinó com la font de riquesa de la vida quotidiana. Es tracta, per tant, d'un concepte positiu que accentua els recursos socials i personals, així com les aptituds físiques. Per tant, ja que el concepte de salut com a benestar transcendeix la idea de formes de vida sanes, la promoció de la salut no concerneix exclusivament el sector sanitari.

PREREQUISITS PER A LA SALUT

Les condicions i els requisits per a la salut són: la pau, l'educació, l'habitatge, l'alimentació, la renda, un ecosistema estable, la justícia social i l'equitat. Qualsevol millora de la salut ha de basar-se necessàriament en aquests requisits.

PROMOCIONAR EL CONCEPTE

Una bona salut és el millor recurs per al progrés personal, econòmic i social i una dimensió important de la qualitat de la vida. Els factors polítics, econòmics, socials, culturals, de medi ambient, de conducta i biològics poden intervenir bé a favor o bé en detriment de la salut. L'objectiu de l'acció per a la salut és fer que aquestes condicions siguin favorables per poder promocionar la salut.

PROPORCIONAR ELS MITJANS

La promoció de la salut se centra a assolir l'equitat sanitària. La seva acció es dirigeix a reduir les diferències en l'estat actual de la salut i a assegurar la igualtat d'oportunitats i proporcionar els mitjans que permetin a tota la població desenvolupar al màxim la seva salut potencial. Això implica una base ferma en un mitjà que l'empari, accés a la informació i tenir les aptituds i oportunitats que la portin a fer les seves opcions en termes de salut. La gent no podrà assolir la seva plena salut potencial, llevat que siguin capaços d'assumir el control de tot el que determini el seu estat de salut. Això s'aplica igualment a homes i a dones.

La 1a Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut reunida a Ottawa el dia 21 de novembre de 1986, emet la present CARTA dirigida a la consecució de l'objectiu «Salut per a Tothom l'any 2000». Aquesta conferència va ser, abans que res, una resposta a la creixent demanda d'una nova concepció de la salut pública al món. Si bé les discussions es van centrar en les necessitats dels països industrialitzats, es van tenir en compte també els problemes que incumbeixen les altres regions. La conferència va prendre com a punt de partida els progressos assolits com a conseqüència de la Declaració d'Alma Ata sobre l'atenció primària, el document «Els Objectius de la Salut per a Tothom» de l'Organització Mundial de la Salut, i el debat sobre l'acció intersectorial per a la salut sostingut recentment en l'Assemblea Mundial de la Salut.

ACTUAR COM A MEDIADOR

El sector sanitari no pot proporcionar per si mateix les condicions prèvies ni assegurar les perspectives favorables per a la salut, i, el que és pitjor, la promoció de la salut exigeix l'acció coordinada de tots els implicats: els governs, els sectors sanitaris i altres sectors socials i econòmics, les organitzacions benèfiques, les autoritats locals, la indústria i els mitjans de comunicació. La gent de tots els mitjans socials està involucrada com a individus, famílies i comunitats. Als grups socials i professionals i al personal sanitari els correspon especialment assumir la responsabilitat d'actuar com a mitjancers entre els interessos antagònics i a favor de la salut.

Les estratègies i els programes de promoció de la salut han d'adaptar-se a les necessitats locals i a les possibilitats específiques de cada país i regió i tenir en compte els diversos sistemes socials, culturals i econòmics.

LA PARTICIPACIÓ ACTIVA EN LA PROMOCIÓ DE LA SALUT IMPLICA:

L'ELABORACIÓ D'UNA POLÍTICA PÚBLICA SANA

Per promoure la salut s'ha d'anar més enllà de la simple cura d'aquesta. La salut ha de formar part de l'ordre del dia dels responsables de l'elaboració dels programes polítics, a tots els sectors i a tots els nivells, a fi de fer-los prendre consciència de les conseqüències que les seves decisions poden tenir per a la salut i portar-los així a assumir la responsabilitat que tenen en aquest respecte.

La política de promoció de la salut ha de combinar enfocaments diversos, si bé complementaris, entre els quals figurin la legislació, les mesures fiscals, el sistema tributari i els canvis organitzatius. És l'acció coordinada, la que ens porta a practicar una política sanitària, de rendes i social que permeti una major equitat. L'acció conjunta contribueix a assegurar l'existència de béns i serveis sans i segurs, una major higiene dels serveis públics i d'un medi ambient més grat i net.

La política de promoció de la salut requereix que s'identifiquin i eliminin els obstacles que impedeixin l'adopció de mesures polítiques que afavoreixin la salut en aquells sectors no directament implicats en aquesta. L'objectiu ha de ser aconseguir que l'opció més saludable sigui també la més fàcil d'adoptar per als responsables de l'elaboració dels programes.

LA CREACIÓ D'AMBIENTS FAVORABLES

Les nostres societats són complexes i estan relacionades entre si de manera que no es pot separar la salut d'altres objectius. Els llaços que, de forma inextricable, uneixen l'individu i el seu medi constitueixen la base d'un acostament socioecològic a la salut. El principi que ha de guiar el món, les nacions, les regions i les comunitats ha de ser la necessitat de fomentar el suport recíproc, de protegir-nos els uns als altres, així com les nostres comunitats i el nostre medi natural. S'ha de posar en relleu que la conservació dels recursos naturals a tot el món és una responsabilitat mundial.

El canvi de les formes de vida, de treball i de lleure afecta de forma molt significativa la salut. El treball i el lleure han de ser una font de salut per a la població. La manera amb què la societat organitza el treball ha de contribuir a la creació d'una societat saludable. La promoció de la salut genera condicions de treball i de vida gratificants, agradables, segures i estimulants.

És essencial que es faci una avaluació sistemàtica de l'impacte que els canvis del medi ambient produeixen en la salut, particularment en els sectors de la tecnologia, el treball, l'energia, la producció i l'urbanisme. L'avaluació esmentada ha d'anar acompanyada de mesures que garanteixin el caràcter positiu dels efectes d'aquests canvis en la salut pública. La protecció tant dels ambients naturals com dels artificials, i la conservació dels recursos naturals, han de formar part de les prioritats de totes les estratègies de promoció de la salut.

EL REFORÇAMENT DE L'ACCIÓ COMUNITÀRIA

La promoció de la salut arrela en la participació efectiva i concreta de la comunitat en la fixació de prioritats, la presa de decisions i l'elaboració i posada en marxa d'estratègies de planificació per assolir un millor nivell de salut. La força motriu d'aquest procés prové del poder real de les comunitats, de la possessió i del control que tinguin sobre els seus propis empenyoraments i destinacions.

El desenvolupament de la comunitat es basa en els recursos humans i materials amb què explica la comunitat mateixa per estimular la independència i el suport social, així com per desenvolupar sistemes flexibles que reforcin la participació pública i el control de les qüestions sanitàries. Això requereix un total i constant accés a la informació i a la instrucció sanitària, així com a l'ajuda financera.

EL DESENVOLUPAMENT DE LES APTITUDS PERSONALS

La promoció de la salut afavoreix el desenvolupament personal i social en la mesura que proporcioni informació, educació sanitària i perfeccioni les aptituds indispensables per a la vida. D'aquesta manera s'incrementen les opcions disponibles perquè la població exerceixi un major control sobre la seva pròpia salut i sobre el medi ambient i perquè opti per tot el que propiciï la salut.

És essencial proporcionar els mitjans que, al llarg de la seva vida, la població es prepari per a les diferents etapes d'aquesta i afronti les malalties i lesions cròniques. Això s'ha de fer possible a través de les escoles, les llars, els llocs de treball i l'àmbit comunitari, en el sentit que existeixi una participació activa per part de les organitzacions professionals, comercials i benèfiques, orientada tant cap a l'exterior com cap a l'interior de les institucions mateixes.

LA REORIENTACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS

La responsabilitat de la promoció de la salut per part dels serveis sanitaris, la comparteixen els individus, els grups comunitaris, els professionals de la salut, les institucions i serveis sanitaris i els governs. Tots han de treballar conjuntament per a la consecució d'un sistema de protecció de la salut.

El sector sanitari ha de fer un paper cada vegada major en la promoció de la salut de manera que transcendeixi la mera responsabilitat de proporcionar serveis clínics i mèdics. Els esmentats serveis han de prendre una nova orientació que sigui sensible i respecti les necessitats culturals dels individus. Així mateix, hauran d'afavorir la necessitat per part de les comunitats d'una vida més sana i crear vies de comunicació entre el sector sanitari i els sectors socials, polítics i econòmics.

La reorientació dels serveis sanitaris exigeix igualment que es presti major atenció a la investigació sanitària, així com als canvis en l'educació i la formació professional. Això, necessàriament, ha de produir un canvi d'actitud i d'organització dels serveis sanitaris de manera que girin entorn de les necessitats de l'individu com un tot.

IRROMPRE EN EL FUTUR

La salut es crea i es viu en el marc de la vida quotidiana; en els centres d'ensenyament, de treball i d'esbarjo. La salut és el resultat de les cures que un es dispensa a si mateix i als altres, de la capacitat de prendre decisions i controlar la vida pròpia i d'assegurar que la societat en la qual un viu ofereixi a tots els seus membres la possibilitat de gaudir d'un bon estat de salut.

La cura del proïsme, així com el plantejament holístic i ecològic de la vida, són essencials en el desenvolupament d'estratègies per a la promoció de la salut. I per això els responsables de la posada en pràctica i avaluació de les activitats de promoció de la salut han de tenir present el principi de la igualtat dels sexes en cada una de les fases de planificació.

EL COMPROMÍS A FAVOR DE LA PROMOCIÓ DE LA SALUT

Els participants en aquesta conferència es comprometen:

- *A intervenir en el terreny de la política de la salut pública i a advocar a favor d'un compromís polític clar pel que fa a la salut i l'equitat a tots els sectors.*

- *A oposar-se a les pressions que s'exerceixin per afavorir els productes danyosos, els medis i condicions de vida malsans, la mala nutrició i la destrucció dels recursos naturals. Així mateix, es comprometen a centrar la seva atenció en qüestions de salut pública com ara la contaminació, els riscos professionals, l'habitatge i la població de regions no habitades.*
- *A eliminar les diferències entre les diferents societats i a l'interior d'aquestes, i a prendre mesures contra les desigualtats, en termes de salut, que resulten de les normes i pràctiques d'aquestes societats.*
- *A reconèixer que els individus constitueixen la principal font de salut; a donar-los suport i capacitar-los a tots els nivells perquè ells, les seves famílies i amics es mantinguin en bon estat de salut; i de la mateixa manera es comprometen a acceptar que la comunitat és el portaveu fonamental en matèria de salut, condicions de vida i benestar en general.*
- *A reorientar els serveis sanitaris i els seus recursos en termes de la promoció de la salut; a compartir el poder amb altres sectors, amb altres disciplines i, el que és encara més important, amb el poble mateix.*
- *A reconèixer que la salut i el seu manteniment constitueixen el millor desafiament i inversió social i a tractar l'assumpte ecològic global de les nostres formes de vida.*

La Conferència insta a totes las persones interessades a formar una forta aliança a favor de la salut.

CRIDA A L'ACCIÓ INTERNACIONAL

La Conferència insta l'Organització Mundial de la Salut i els altres organismes internacionals a advocar a favor de la salut a tots els fòrums apropiats i a donar suport als diferents països perquè s'estableixin programes i estratègies dirigits a la promoció de la salut.

La Conferència té el ferm convenciment que si els pobles, les organitzacions governamentals i no governamentals, l'Organització Mundial de la Salut i tots els altres organismes interessats uneixen els seus esforços entorn de la promoció de la salut i en conformitat amb els valors socials i morals inherents a aquesta CARTA, l'objectiu «Salut per a Tothom l'any 2000» es farà realitat.»

■ La Declaració de Jakarta

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf

“Declaració de Jakarta sobre la Promoció de la Salut el Segle XXI. Antecedents

La 4a Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut –Nous actors per a una nova era: portar la promoció de la salut cap al segle XXI– se celebra en un moment crític per a la formulació d’estratègies internacionals de salut. Han transcorregut gairebé 20 anys des que els estats membres de l’Organització Mundial de la Salut van contreure l’ambiciós compromís d’adoptar una estratègia mundial de salut per a tothom i observar els principis d’atenció primària de salut establerts en la Declaració d’Alma Ata. Han passat 10 anys des que es va celebrar la 1a Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut a Ottawa (El Canadà). Com a resultat d’aquesta conferència es va publicar la Carta d’Ottawa per a la Promoció de la Salut, que ha estat font d’orientació i inspiració en aquest camp des de llavors. En diverses conferències i reunions internacionals subsegüents s’han aclarit la importància i el significat de les estratègies claus de promoció de la salut, fins i tot dels referents a una política pública sana (Adelaide, 1988) i a un ambient favorable a la salut (Sundsvall, 1991).

La 4a Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut, organitzada a Jakarta, és la primera a celebrar-se en un país en desenvolupament i a donar participació al sector privat en el suport a la promoció de la salut. Ofereix una oportunitat de reflexionar sobre allò après pel que fa a la promoció de la salut, reconsiderar els factors determinants de la salut i assenyalar els camins i les estratègies necessaris per resoldre les dificultats de promoció de la salut al segle XXI.

La promoció de la salut és una valuosa inversió

La salut és un dret humà bàsic i indispensable per al desenvolupament social i econòmic.

Cada vegada és més freqüent que es reconegui que la promoció de la salut és un element indispensable del desenvolupament d’aquesta. Es tracta d’un procés de capacitació de la gent per exercir major control de la seva salut i millorar-la. Per mitjà d’inversions i d’acció, la promoció de la salut

actua sobre els factors determinants de la salut per derivar el màxim benefici possible envers la població, fer un aportament d'importància a la reducció de la inequitat en salut, garantir el respecte dels drets humans i acumular capital social. La meta final és prolongar les expectatives de salut i reduir les diferències en aquest sentit entre països i grups.

La Declaració de Jakarta sobre la Promoció de la Salut ofereix una visió i un punt d'enfocament de la promoció de la salut cap al segle que encetem. Reflecteix el ferm compromís dels participants en la 4a Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut de fer ús de la gamma de recursos més àmplia per abordar els factors determinants de la salut al segle XXI.

FACTORS DETERMINANTS DE LA SALUT: NOUS DESAFIAMENTS

Els requisits per a la salut comprenen la pau, l'habitatge, l'educació, la Seguretat Social, les relacions socials, l'alimentació, l'ingrés, l'apoderament de la dona, un ecosistema estable, l'ús sostenible de recursos, la justícia social, el respecte dels drets humans i l'equitat. Sobretot, la pobresa és la major amenaça per a la salut.

Les tendències demogràfiques, com la urbanització, l'augment del nombre d'adults grans i la prevalença de malalties cròniques, els creixents hàbits de vida sedentària, la resistència als antibiòtics i altres medicaments comuns, la propagació de l'abús de drogues i de la violència civil i domèstica, amenacen la salut i el benestar de centenars de milions de persones.

Les malalties infeccioses noves i reemergents i el major reconeixement dels problemes de salut mental exigeixen una resposta urgent. És indispensable que la promoció de la salut evolucioni per adaptar-se als canvis en els factors determinants de la salut.

Diversos factors transnacionals tenen també un important impacte en la salut. Entre aquests es pot citar la integració de l'economia mundial, els mercats financers i el comerç, l'accés als mitjans d'informació i a la tecnologia de comunicació i la degradació del medi ambient a causa de l'ús irresponsable de recursos.

Aquests canvis determinen els valors, els estils de vida i les condicions de vida a tot el món. Alguns, com el desenvolupament de la tecnologia de comunicacions, tenen molt potencial per a la salut; altres, com el comerç internacional de tabac, porten un fort efecte desfavorable.

LA PROMOCIÓ DE LA SALUT CREA UNA SITUACIÓ DIFERENT

Les investigacions i els estudis de casos de tot el món ofereixen proves convincents que la promoció de la salut fa el seu efecte. Les estratègies de promoció de la salut poden crear i modificar els estils de vida i les condicions socials, econòmiques i ambientals determinants de la salut. La promoció de la salut és un enfocament pràctic per assolir més equitat en salut.

Les cinc estratègies de la Carta d'Ottawa són indispensables per a l'èxit:

- l'elaboració d'una política pública favorable a la salut,*
- la creació d'espais, àmbits propicis,*
- el reforçament de l'acció comunitària,*
- el desenvolupament de les aptituds personals,*
- la reorientació dels serveis de salut.*

Actualment s'ha comprovat amb claredat que:

- L'abordatge integral de desenvolupament de la salut resulta més eficaç. Els mètodes basats en l'ús de combinacions de les cinc estratègies són més eficaços que els centrats en un sol camp.*
- Diversos escenaris ofereixen oportunitats pràctiques per a l'execució d'estratègies integrals*

Entre aquests es pot citar la megalòpoli, les illes, les ciutats, els municipis i les comunitats locals, juntament amb els seus mercats, escoles, llocs de treball i establiments assistencials.

- La participació és indispensable per fer sostenible l'esforç desplegat*

Per aconseguir l'efecte desitjat, la població ha de ser en el centre de l'activitat de promoció de la salut i els processos d'adopció de decisions.

- L'aprenentatge sobre la salut fomenta la participació*

L'accés a l'educació i la informació és essencial per aconseguir una participació efectiva i la mobilització de la gent i les comunitats.

Aquestes estratègies són elements bàsics de la promoció de la salut i són d'importància per a tots els països.

ES NECESSITEN NOVES RESPOSTES

Per combatre les amenaces naixents contra la salut, es necessiten noves formes d'acció. En els anys que vénen, la dificultat estarà a alliberar el potencial de promoció de la salut inherent a molts sectors de la societat en les comunitats locals i dins de les famílies.

Hi ha una necessitat òbvia de creuar els límits tradicionals dins del sector públic, entre les organitzacions governamentals i no governamentals i entre els sectors públic i privat. La cooperació és fonamental. A la pràctica, això exigeix la creació de noves aliances estratègiques per a la salut en peu d'igualtat entre els diferents sectors de tots els nivells de govern de les societats.

PRIORITATS PER A LA PROMOCIÓ DE LA SALUT AL SEGLE XXI

1. Promoure la responsabilitat social per la salut

Les instàncies decisòries s'han de comprometre fermament a complir amb la seva responsabilitat social. Cal que els sectors públic i privat promoguin la salut continuant polítiques i pràctiques que:

- evitin perjudicar la salut d'altres persones,*
- protegeixin el medi ambient i assegurin l'ús sostenible dels recursos,*
- restringeixin la producció i el comerç de béns i substàncies intrínsecament nocius, com el tabac i les armes, així com les tàctiques de mercat i comercialització perjudicials per a la salut,*
- protegeixin el ciutadà en el mercat i l'individu en el lloc de treball,*
- incloguin avaluacions de l'efecte sobre la salut enfocades en l'equitat com a part integrant de la formulació de polítiques.*

2. Augmentar les inversions en el desenvolupament de la salut

A molts països, la inversió actual en salut és insuficient i sovint ineficaç. L'augment de la inversió en el desenvolupament de la salut exigeix un enfocament veritablement multisectorial, que compregui més recursos per als sectors d'educació, habitatge i salut. Una major inversió en salut i la reorientació de l'existent en les esferes nacional i internacional pot fomentar molt el desenvolupament humà, la salut i la qualitat de la vida.

Les inversions en salut han de reflectir les necessitats de certs grups, com les dones, els nens i nenes, els adults grans, els indígenes i les poblacions pobres i marginades.

3. Consolidar i ampliar les aliances estratègiques a favor de la salut

La promoció de la salut exigeix aliances estratègiques a favor de la salut i el desenvolupament social entre els diferents sectors en tots els nivells del Govern i de la societat. Cal enfortir les aliances estratègiques establertes i explorar el potencial de formació de noves aliances.

Les aliances estratègiques són de benefici mutu respecte a la salut pel fet de compartir coneixements especialitzats, aptituds i recursos. Cada una ha de ser transparent i responsable i basar-se en principis d'ètica acordats i d'entesa i respecte mutus. Cal observar les directrius de l'OMS.

4. Ampliar la capacitat de les comunitats i apoderar l'individu

La promoció de la salut és realitzada per i amb la gent, sense que se li imposi ni se li doni.

Amplia la capacitat de la persona per obrar i la dels grups, organitzacions o comunitats per influir en els factors determinants de la salut.

L'ampliació de la capacitat de les comunitats per a la promoció de la salut exigeix educació pràctica, ensinistrament per al lideratge i accés a recursos. L'apoderament de cada persona requereix accés segur i més constant al procés decisor i els coneixements i aptituds indispensables per efectuar canvis.

Tant la comunicació tradicional com els nous mitjans d'informació donen suport a aquest procés.

S'han d'aprofitar els recursos socials, culturals i espirituals de formes innovadores.

5. Consolidar la infraestructura necessària per a la promoció de la salut

Per consolidar la infraestructura necessària per a la promoció de la salut cal buscar nous mecanismes de finançament en les esferes local, nacional i mundial. Cal crear incentius per influir en les mesures preses pels governs, les organitzacions no governamentals, les institucions

educatives i el sector privat per assegurar-se de maximitzar la mobilització de recursos per a la promoció de la salut.

Els «àmbits, espais i/o entorns per a la salut» són la base organitzativa de la infraestructura necessària per a la promoció de la salut. Els nous desafiaments que presenta la salut signifiquen que es necessita crear xarxes noves i diverses per aconseguir col·laboració intersectorial. Aquestes xarxes han de proporcionar-se assistència en els àmbits nacional i internacional i facilitar l'intercanvi d'informació sobre quines estratègies fan efecte en cada entorn o escenari.

Convé encoratjar l'ensinistrament i la pràctica dels coneixements de lideratge a cada localitat per donar suport a les activitats de promoció de la salut. Es necessita ampliar la documentació d'experiències de promoció de la salut per mitjà d'investigacions i preparació d'informes de projectes per millorar el treball de planificació, execució i avaluació.

TOTS ELS PAÏSOS HAN DE CREAR L'ENTORN POLÍTIC, JURÍDIC, EDUCATIU, SOCIAL I ECONÒMIC APROPIAT PER AFAVORIR LA PROMOCIÓ DE LA SALUT.

CRIDA A L'ACCIÓ

Els participants s'han compromès a compartir els missatges claus de la Declaració amb els seus respectius governs, institucions i comunitats, posar en pràctica les mesures proposades i retre l'informe corresponent a la 5a Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut.

A fi d'accelerar el progrés cap a la promoció de la salut mundial, els participants donen suport a la formació d'una aliança mundial per a la promoció de la salut la meta de la qual serà fomentar les prioritats d'acció per a la promoció de la salut expressades en la present Declaració.

Les prioritats per a l'aliança comprenen:

- crear més consciència de la variabilitat dels factors determinants de la salut,*
- donar suport a l'establiment d'activitats de col·laboració i de xarxes de desenvolupament de la salut,*

- *mobilitzar recursos per a la promoció de la salut,*
- *acumular coneixements sobre pràctiques adequades,*
- *permetre l'aprenentatge compartit,*
- *promoure la solidaritat en l'acció,*
- *fomentar la transparència i la responsabilitat davant del públic en la promoció de la salut.*

Es fa una crida als governs nacionals que prenguin la iniciativa d'encoratjar i patrocinar l'establiment de xarxes de promoció de la salut dins dels seus països i entre uns i altres.

Els participants en la reunió de Jakarta 97 van demanar a l'OMS que encapçalés la creació d'una aliança mundial per a la promoció de la salut i facultés els estats membres per posar en pràctica els resultats de la Conferència. Com a part clau d'aquesta funció, l'OMS ha d'aconseguir la participació dels governs, les organitzacions no governamentals, els bancs de desenvolupament, els organismes de les Nacions Unides, els òrgans interregionals, les entitats bilaterals, el moviment laboral, les cooperatives i el sector privat en la proposta de mesures prioritàries per a la promoció de la salut."

ALTRES, BIBLIOGRAFIA GENERAL DE SALUT

- Álvarez-Uría, Fernando. (1983) *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX.* Barcelona: Tusquets.
- Ariès, Philippe. (1987) *Saint Paul et la chair,* Communications, 35: 34-36, 1982. El número 35 de Communications està publicat en castellà com a: *Philippe Ariès [et al.]*
- Bauman, Zygmunt. (1997) *Modernidad y holocausto.* Madrid: Sequitur.
- Béjin, André. (1987) *El poder de los sexólogos y la democracia sexual.* A: Philippe Ariès [et al.], *Sexualidades occidentales.* Barcelona: Paidós Studio.

- Belloc, Hyppolyte. (1819) *Curso de medicina legal teórica y práctica*. Madrid: De García.
- Berlant, Lauren; Warner, Michael. (1999) *Sex in Public*. A: Simon During, *Cultural Studies Reader*. Florence, EUA: Routledge.
- Bernard, Henry. (1969) *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, Toray-Masson.
- Bonal, Raimon. (1986) *Aproximació sociològica a l'homosexualitat*. Barcelona: Lambda.
- Borrillo, Daniel. (2001) *Homofobia*. Barcelona: Bellaterra.
- Boswell, John. (1985) *Christianisme, tolérance sociale et homosexualité*. París: Galimard.
- Boswell, John. (1985) *Hacia un enfoque amplio: revoluciones, universales y categorías relativas a la se-xualidad*. A: Steiner, George; Boyers, Robert (ed.). *Homosexualidad, literatura y política*, Madrid: Alianza Editorial. P. 38-74.
- Bourdieu, Pierre. (1998) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bruckner, P.; Finkelkraut, A. (1989) *El nuevo desorden amoroso*. Barcelona: Anagrama.
- Butler, Judith. (1990) *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. Nova York i Londres: Routledge. Trad. esp.: *El género en disputa*. Mèxic: Paidós, 2001.
- Cardín, Alberto. (1984) *Guerreros, chamanes y travestis*. Barcelona: Tusquets.
- Carrasco, Rafael. (1985) *Inquisición y represión sexual en Valencia: Historia de los sodomitas valencianos (1565-1785)*. Barcelona: Laertes.
- Cornejo Espejo, Juan. (2007) *La homosexualidad como una construcción ideológica*. Límite, 2, 016, 83-108. .
- Delgado, M., i altres. (1991) *La sexualidad en la sociedad contemporánea: Lecturas antropológicas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Dexeus Trias de Bes, José M. (1963) *La sexualidad en la práctica médica*. Madrid: Roche, .
- DSM III *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1983) Barcelona: Masson.

- Foderé , François. (1801) *Las leyes ilustradas por las ciencias físicas o tratado de medicina legal y de higiene pública*. Madrid: Imprenta de la Administración del Real Arbitrio de Beneficencia.
- Foucault, Michel. (1976) *Historia de la sexualidad, tomo I: la voluntad de saber*. Mèxic: Siglo XXI.
- Guasch, O. (1992) *Riesgo y cultura: Determinantes culturales en la definición médica de los grupos de riesgo ante el SIDA*. Quaderns d'Antropologia, número especial maig dedicat a l'antropologia de la medicina, p. 55-60.
- Guislain, J. (1882) *Lecciones orales sobre las frenopatías y práctico de las enfermedades mentales*. Madrid: Imprenta de Enrique Teodoro.
- Herek, Gregory M. (2004) *Beyond 'Homophobia': Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century*. *Sexuality research & social policy* 1(2):6-24.
- Huertas García-Alejo, Rafael. (1987) *Locura y degeneración*. Madrid: CSIC, Cuadernos.
- Iglesias Deussel, J. (1983) *La Sociología de la Sexualidad en España*. REIS, 21: 103-133.
- Jiménez Deasúa, Luis. (1929) *Libertad de amar y derecho a morir*. Santander: Historia Nueva.
- Kinsey, Alfred C. [et al.]. (1967) *Conducta sexual en el hombre*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Koning, F. (1978) *Democracia y libertad sexual*. Barcelona: Caralt.
- Lantéri-Laura, Georges (1979): *Conditions theoriques et conditions institutionelles de la connaissance des perversions au XIX siècle*. *L'Evolution Psiquiatrique*, 46, 3: 633-662.
- Legrand Dusuaille. (1989) *Tratado de medicina legal*. Madrid: Cosmos Editorial.
- Lever, Maurice. (1985) *Les bûchers de Sodome*. París: Fayard.
- Lorente, Higinio Antonio. (1802) *Errores médico-legales cometidos por el ciudadano Foderé en su obra intitulada las leyes ilustradas [...]*. Madrid: Imprenta de la Vda. e Hijo de Martín.
- Mallart, Ll. (1984): *Bruixeria, medicina i estructura social: El cas dels Evuzok del Camerun*. A: M. Comelles, Josep (ed.). *Antropologia i Salut*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.

- Maristany, Lluís. (1973) *El gabinete del doctor Lombroso: Delincuencia y fin de siglo en España*. Barcelona: Anagrama.
- Masters, W. H.; Johnsons, V. E. (1966): *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- Masters, W. H.; Johnsons, V. E.; Kolodny, R. C. (1987) *Amour et sexualité*, París: Interéditions.
- Masters, W. H.; Johnsons, V. E.; Kolodny, R. C. (1988) *La sexualidad humana*. (1988) Barcelona: Grijalbo.
- Mead, M. (1982) *Sexo y temperamento*. Barcelona: Paidós Studio.
- Menéndez, Eduardo L. (1985) *Saber médico y saber popular: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización*. A: *Estudios Sociológicos, III*, 8: 263-296.
- Miguel, Jesús de (1979) *El mito de la inmaculada concepción*. Barcelona: Anagrama.
- Miguel, Jesús de (1984) *La amorosa dictadura*. (1984) Barcelona: Anagrama.
- Miguel, Jesús de. *Spain: An epidemic of devial*, a DAVID, L.; Kirp; BAYER, Ronald (ed.).
- Miguel, Jesús de (1992) *AIDS in the Industrialized Democracies: Passions, Politics and Policies*. New Brunswick (New Jersey): Rutgers University Press. P. 168-184.
- Morabito, M. (1987) *Droit romain et réalités sociales de la sexualité servile*. A: Poutmarede, J.; Royer, P. J.. *Droit, Histoire, & Sexualité*. Toulouse: L'Espace Juridique. P. 41-54.
- Morel, B. A. (1857) *Traité des degenerescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine et les causes que produissent ces variétés malavides*. París: Le Medical.
- Morin, Stephen F.; Garfinkle, Ellen M. (1978) *Male Homophobia*. *Journal of Social Issues*, 34(1):29-47.
- Negre, Pere. (1989) *La prostitución popular: Relatos de vida*. Barcelona: Caixa de Pensions.
- Nieto, José Antonio. (1993) *Sexualidad y deseo: Crítica antropológica de la cultura*, Madrid, Siglo XXI.

- OMS. (1975) *Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana*, núm. 572. Ginebra.
- Otegui, R. (1991) *Antropología social y educación para la salud. El uso del preservativo en la prostitución*. Jano, 40, 942: 97-104.
- Perdiguero Gil, Enrique. (1990) *Los valores morales de la higiene. El concepto de onanismo como enfermedad y su tardía penetración en España*. Dynamis, 10: 131-162.
- Peset, José Luis. (1983) *Ciencia y marginación: Sobre locos, negros y criminales*. Barcelona: Crítica.
- Rodríguez, Josep A. (1985) *Homosexualidad: Una enfermedad sin nombre*. Sistema: Revista de Ciencias Sociales, 64: 83-103.
- Romaní, Oriol. (1991) *SIDA y drogas. De la sobreestigmatización a la racionalización del problema*. Jano, 40, 942: 63-74.
- Rubin, Gayle. (1989) *Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality*. A: Vance, Carole ed., *Pleasure and Danger*. Londres i Nova York: Routledge & Kegan, Paul, 1984. Traducció espanyola. *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución.
- Sergent, Bernard. (1984) *L'homosexualité dans la mythologie grecque*. París: Payot.
- *Sexualidades occidentales*. Barcelona: Paidós Studio.
- Starr, Chester C. (1974) *Historia del Mundo Antiguo*. Madrid: Akal.
- Tardieu, Ambroise. (1882) *Estudio médico-legal sobre los delitos contra la honestidad*. Barcelona: La Popular.
- Tissot, Simon. (1876) *El onanismo: Ensayo sobre las enfermedades que produce la masturbación*. Madrid: Imprenta de F. García.
- Tomás y Valiente, Francisco. (1969) *El Derecho Penal de la Monarquía Absoluta: Siglos XVI XVII y XVIII*. Madrid: Tecnos.
- Valentí y Vivó, I. (1911) *Criminales lujuriosos y agresividad sexual*. Barcelona: Antonio Virgili.
- Weinberg, George. (1972) *Society and the healthy homosexual*. Nova York: St. Martin's Press.

- Weinberg, George. (1977) *La homosexualidad. Un revolucionario enfoque psicológico*, Barcelona: Granica.
- Welzer-Lang, Daniel. (1992) *Des hommes et du masculin*. Lyon: PUL.

HOMES GAIS I HOMES QUE TENEN RELACIONS SEXUALS AMB ALTRES HOMES

La salut dels homes gais i dels homes que tenen relacions sexuals amb homes està condicionada en els darrers 25 anys per l'aparició de l'epidèmia del VIH. Aquesta epidèmia, no fa altra cosa que posar en evidència els determinants de salut, i com que aquests són molts fràgils quant a l'abordatge des de la salut pública, tracta els col·lectius com a grups de risc i no com a grups en risc.

Aquest article és un bon exemple de la necessitat de fer anàlisis molt més enllà del mateix entorn històric i de les malalties associades.

- Javier Medina, E; Toro-Alfonso, J; Baños, O. (2006), *No mas en el tintero. Hombres Gay: Nuestras Vidas y el VIH en Centro América y el Caribe*

<http://www.apla.org/publications/tintero/TINTERO.pdf>

“Una conversa sobre les vides dels homes gai i HSH a Centre Amèrica

Històricament, la regió de centreamèrica i el Carib han viscut processos polítics i socials de violència i d'extrema pobresa. El Salvador i Guatemala, per exemple, han sortit de guerres civils recents en la dècada dels vuitanta i els seus governs han estat notoris per les seves pràctiques discriminatòries.

En altres països, les autoritats en el poder han marginat sectors populars i indígenes. A Panamà, per exemple, la dictadura militar que va finalitzar el 1989 era obertament homofòbica i no va permetre una resposta dels homes gai davant del VIH. I és en aquest context, que s'escampa el VIH, abonat per les situacions culturals de masclisme, el concepte de masculinitat i les creences dels tabús i mites sobre la sexualitat humana.

Aquests factors socials i el context de violència han ajudat a crear una prevalença del VIH entre homes gai en un 17,7% en alguns països. La versió oficial dels governs i informes internacionals expliquen que l'epidèmia del VIH a la regió és d'índole heterosexual, amb la variant que està concentrada en homes gai i HSH, treballadors sexuals i dones. Irònicament, els escassos recursos que els governs i el Fons Mundial per a la Malària, la sida, la tuberculosi assignen en VIH/sida no es dirigeixen proporcionalment al treball amb homes gai i HSH.

Els homes gai i altres HSH activistes que participem en la Consulta, concloem que la falta de suport governamental i la limitada cooperació internacional es poden entendre com a símptomes socials d'homofòbia, violència, marginalització social, estigma i discriminació social dels homes gai i HSH, tant pel que fa a la comunitat com a les institucions de govern. També això pot interpretar-se com una falta d'interès social de comprendre les vides dels homes gai. I, consegüentment, això dificulta el treball de les organitzacions gai de base comunitària, exacerba el context de risc d'infecció pel VIH per als homes gai i HSH i no permet que s'inverteixi en la nostra comunitat."

El context en què es desenvolupa és un exemple molt bo de descripció d'un context on es poden situar les accions de prevenció:

La complexitat del treball de prevenció del VIH y l'accés a serveis de salut per als homes gai i HSH estan íntimament relacionats amb el context social, cultural y econòmic de la regió centreamericana:

Sexualitat: sexe, desig i intimitat entre homes gai

La sexualitat, el sexe, el desig i la intimitat entre homes gai i HSH han passat desapercibuts en el treball de prevenció del VIH, malgrat que aquests factors influeixen en les decisions diàries que els homes gai i HSH prenen respecte a les seves vides. El dèficit de les estratègies i programes de prevenció que no incorporen aquests temes, ens obliga a reexaminar les estratègies, els programes i el treball de prevenció que hem realitzat a la regió.

Es considera que és hora de comprendre, conceptualitzar i incloure la complexitat de les relacions sexuals, el sexe, el desig i la intimitat entre homes en les estratègies i iniciatives regionals de prevenció del VIH. Altrament, la situació dels homes gai i HSH davant l'epidèmia del VIH seguirà en ascens.

Masculinitat i risc

Un dels reptes que hem trobat en el treball de prevenció amb homes gai i HSH és entendre la masculinitat com a element de vulnerabilitat. Els que treballem amb homes gai, hem vist que els models i conceptes que relacionen la masculinitat amb agressió i masclisme, per exemple, es tradueixen en relacions sexuals de poder i abús entre homes, en les quals un pren el rol «passiu» i l'altre un rol «actiu» i agressiu. Això determina fins a cert punt el tipus i qualitat d'activitat sexual que practiquen els homes. Fins a aquesta data no hi ha dades ni estudis d'investigació que estadísticament relacionin

el que hem exposat anteriorment al risc d'infecció pel VIH a la regió centreamericana.

Tanmateix, es coneix de forma testimonial i per observació, que s'hauria d'abordar com un element cultural que influeix en el tipus de relacions sexuals i socials que desenvolupem els homes entre nosaltres i com, alhora, crea contextos de riscos d'infecció pel VIH.

Homofòbia i violència interpersonal entre homes

La violència contra i entre homes gai i HSH a la regió és summament preocupant. L'homofòbia és una forma de violència que la societat exerceix contra nosaltres diàriament; al seu torn, per aprenentatge social i cultural, en molts casos la violència es trasllada a les relacions íntimes entre homes. L'homofòbia i la violència interpersonal es poden manifestar físicament, verbalment i emocionalment, creant un context social hostil i violent que afecta el benestar físic, emocional i la salut sexual dels homes gai i altres HSH. La realitat de violència en contra dels homes gai i HSH continua sent fort i es materialitza a través d'assassinats, assetjament sexual de les autoritats i persecució d'activistes gai.

Aquesta violència propicia contextos que vulneren els homes gai i HSH i hem d'abordar-la de forma intel·ligent.”

La sida com a paradigma de la desigualtat

Malgrat que de vegades no ho sembla, la salut dels homes gais i HSH va molt més enllà de la sida. Malgrat tot, la sida representa una metàfora de com s'estructura l'homofòbia en entorns de vulnerabilitat.

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-15872006000200002&lng=pt&nrm=iso

Article “Malaltia i significació: estigma i monstruositat del VIH/sida”.
Elvis Nel Rodríguez Martínez i Nelly García Gavidia. Universitat del Zulia.
Facultat Experimental de Ciències, Departament de Ciències Humanes,
Unitat Acadèmica d'Antropologia

“En aquest article es donen a conèixer els resultats parcials d'una investigació sobre el procés d'estigmatització i de monstruositat al voltant del VIH/sida, per a això es descriu i interpreta aquest procés a la llum tant de les aportacions de les teories de Goffman i Foucault com des de l'antropologia de la medicina, la metodologia de la qual té tres nivells: factual, narratiu, i interpretatiu. Per aconseguir el contacte amb els actors socials es va recórrer a l'etnografia utilitzant l'observació directa i les entrevistes obertes a malalts, familiars, personal biomèdic i grups de suport. Els resultats indiquen que la malaltia es configura des de l'estigma, relacionat aquí amb l'imaginari del monstre originat de la mixtura i la transgressió de les normes. Es conclou afirmant que l'estigmatització de la malaltia és ambivalent, ja que es relaciona amb els processos d'exclusió de la lepra i d'inclusió de la pesta, desenvolupats en el passat per occident.

Al voltant del VIH/sida, la societat ha estigmatitzat la malaltia convertint-la en una cosa monstruosa. A través del dispositiu simbòlic, l'estigma que es col·loca en el centre dels processos d'atenció a les persones amb VIH/sida genera la dinàmica d'oposicions normal/anormal, inclusió/exclusió. La malaltia percebuda des de la ruptura i la transgressió de les normes socials fa que en l'imaginari popular s'experimenti la malaltia a partir de la despersonalització monstruosa. La malaltia i el malalt constitueixen els monstres de la societat actual. El monstre jurídic que neix de la mixtura, apareix identificat en la malaltia a través de la comprensió etiològica d'una malaltia que s'origina a partir de la barreja del món animal amb l'humà, a més, la malaltia ha estat adjudicada als homosexuals, barreja dels dos gèneres, i finalment aquesta sintetitza la barreja de la mort amb la vida, ja que a la persona diagnosticada amb VIH/sida se li assigna immediatament el rètol que la

demarca per a la mort immediata. Els models de control que va usar occident en el cas de la lepra i de la pesta, el primer de caràcter excloent i el segon de refinada inclusió, adquireixen vigència per evocació en el cas del control del VIH/sida, generant en els malalts l'estigma que els exclou i alhora els inclou en processos d'atenció. Els grups de suport, les ONG i el personal biomèdic contribueixen a presentar un model professional de la malaltia, traient-li el llast de les categories simbòliques per fer del VIH/sida una malaltia comuna i corrent.”

<http://www.cogam.org/resourceserver/1358/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/033/rglang/es-ES/filename/estudio-lsa.pdf>

Aquest estudi antropològic és sobre les salunes i els HSH, i descriu com es configuren els diferents discursos preventius.

http://www.publicaciones-isp.org/productos/d-100_la_prueba_del_vih_en_hombres_baja.pdf

Aquest estudi de Fernando Villamil, és clau per entendre la prova com una forma de detecció, no de prevenció, i com s'hauria d'articular aquesta en millorar les estratègies de prevenció:

“Conclusions: ens sembla necessari insistir, una vegada més, en la manera amb què els resultats exposats han de ser compresos i utilitzats per esbossar línies d'intervenció.

Les racionalitats descrites abans no han de ser enteses com una identificació de «perfils de risc», traduint el que són processos socials en factors o variables independents que fos possible aplicar de manera universal i a priori a la població d'HSH, per identificar entre ells a qui cal proposar-li passar la prova o oferir-li determinats missatges estandarditzats i prefixats. En l'àmbit de les intervencions individuals i en petits grups (consell preventiu amb atenció als contextos socials dels subjectes), no pot ser prefixat per endavant el moment adequat, respecte a la trajectòria vital de l'assessorat, per oferir la prova; tampoc no poden ser-ho els aspectes concrets que han de ser treballats, ja que els límits que restringeixen el subjecte i els recursos de tot tipus de què disposa no solament no poden preestablir-se, sinó que han de ser determinats en el mateix procés de consell preventiu. A més, tendeixen a variar en el temps, fins i tot si pensem en subjectes les pràctiques

dels quals i representacions davant de la prova o la prevenció puguin relacionar-se amb alguna de les racionalitats descrites.

Som conscients del risc que es corre en tractar de delinear racionalitats comunes a certs subjectes en lloc d'exposar casos particulars; els subjectes –d'una forma o una altra– sempre integren d'una manera idiosincràsica i única en la pròpia trajectòria i posició social els diferents elements identificats com a rellevants a l'hora de definir racionalitats grupals, per més que sigui evident que les integracions específiques mai no són alienes al context social en el qual es generen. L'esforç de generalització en què consisteix tot treball en ciències socials no ha de ser confós, dit en termes molt simples, amb una lògica de protocol d'actuació que no sustenta ni la metodologia emprada ni els resultats obtinguts ni les reflexions que aquests autoritzen. Esperem, això sí, que els agents de prevenció puguin integrar els resultats d'aquesta investigació a la delimitació d'estratègies d'intervenció individual, grupal i/o comunitària més d'acord amb la realitat complexa de l'univers d'homes que tenen relacions sociosexuals amb altres homes.

A continuació es proposaran algunes reflexions referents a les conclusions transversals que s'han obtingut en aquest estudi i que van encaminades a la millora de les estratègies de promoció de la prova i de pràctiques més segures davant la infecció pel VIH. Pretenen ser útils per elaborar els missatges de promoció de la salut o altres estratègies de prevenció dirigits tant a població d'HSH com a la població en general. Per redactar les reflexions presents ens basem, així mateix, en una revisió, ja exposada en part, de les propostes de «millors pràctiques» elaborades per UNAIDS i el CDC-NCHSTP-DHAP (National Center for HIV, STD and TB Prevention, Divisions of HIV/AIDS Prevention).

2. LÍNIES DE REFLEXIÓ SOBRE ELS ASPECTES TRANSVERSALS IDENTIFICATS EN AQUEST ESTUDI

2.1. Campanyes dirigides a un públic ampli

És necessari treballar la imatge social de la condició de seropositiu, que és competència, abans que res, encara que no de manera exclusiva, de les autoritats de salut pública i de les ONG que són actives en prevenció. Referent a això, pensem que no és utòpic tractar de modificar aquesta imatge llançant missatges en els quals el que es protegeixi no sigui l'individu, sinó el grup, i en els quals la protecció es faci no tant davant les persones seropositives com davant el virus.

Això implica, entre altres coses, mostrar més d'una persona i més d'un serostatus.

A més, caldria presentar la possibilitat d'haver mantingut (o de mantenir) relacions sexuals i/o afectives amb un seropositiu no com una mica aterridor, sinó simplement com una mica probable si hom està en el món. En tot cas, és significatiu que normalitzar la presència dels seropositius en la societat continuï sent una tasca pendent i necessària, fins i tot dins del mateix col·lectiu gai.

D'altra banda, no és només qüestió de canviar percepcions, no podent-se oblidar que els riscos socials associats a un diagnòstic del VIH són molt reals. En aquest sentit, cal instar les autoritats de salut pública i les organitzacions de gais i lesbianes que mantinguin la vigilància davant de qualsevol vulneració dels drets civils de les persones seropositives. Qualsevol política de promoció de la prova estaria sotmesa a una greu limitació si no inclogués entre els obstacles aquells que resulten del tracte discriminatori a les persones que reben un test positiu.

2.2. Estratègies de mobilització comunitària

Aquestes estratègies, sobre l'eficàcia de les quals hi ha prou evidència i la rellevància de les quals en les pràctiques relacionades amb el sexe més segur i la realització de la prova han estat posades de manifest al llarg del present estudi, semblen especialment eficaces a l'hora d'identificar i intervenir en el nivell de les representacions grupals.

També es destaca la seva capacitat de maximització dels resultats, en termes d'eficàcia de la intervenció i l'extensió de la població que resulta afectada. En aquest context, no són només les institucions públiques, les que es troben implicades en la tasca de fomentar canvis en la norma grupal respecte a la prevenció del VIH, la prova, el risc i la seropositivitat, sinó que a les organitzacions de gais i lesbianes també els correspon un paper rellevant, així com a altres agents de la comunitat gai, en especial als mitjans de comunicació i als gerents i propietaris de bars de socialització i trobades.

Els espais de trobada, tant si s'utilitzen amb finalitats prioritàries de socialització com de relació sexual, són, en tot cas, agents i/o contexts privilegiats per a la intervenció preventiva de la infecció pel VIH, de manera que resulta altament recomanable el disseny d'estratègies

noves de col·laboració amb els propietaris i gerents que tinguin com a focus de la intervenció el propi local. No obstant això, atesa la notable diversitat trobada al si del col·lectiu d'HSH en una gran ciutat com Madrid, no és sobrer recordar que tant els locals com els llocs de trobada amb finalitats sexuals, són també un punt de contacte primordial entre les activitats de prevenció i el públic heterogeni a qui han d'anar específicament dirigides.

Cap dels locals d'ambient gai no hauria de quedar al marge del treball de carrer de les organitzacions, ja que cap grup no està mancat de pràctiques de risc i de dificultats específiques respecte de la prova.

A més, als llocs de trobada amb finalitats prioritàriament sexuals, és on és possible contactar amb els subjectes "aïllats"; contacte que es recomana com un objectiu prioritari de les intervencions. Cal tenir present que els objectius no han d'imposar un determinat model de sociabilitat ("identitat gai") o de vivència de la sexualitat, ni una única racionalitat davant el VIH. Es tracta d'obrir, per a aquest grup, espais de trobada amb altres gais amb qui es puguin identificar, és a dir, amb els quals no se sentin exclosos, fomentant així que estableixin les seves pròpies vies d'expressió. Insistim que una estratègia d'intervenció ha de passar per l'oferta d'espais alternatius de socialització.

2.3. Consell preventiu individual i en petits grups

L'estratègia de treball individual per a la promoció de la prova del VIH i per a la promoció del sexe més segur que considerem més recomanable, és la part corresponent a l'orientació, inclosa en la guia d'HIV CTR, tal com recomanen els CDC.

Tanmateix, com s'ha discutit anteriorment, proposem prendre també en consideració la dimensió social de la problemàtica implicada, és a dir, tant els determinants socioestructurals com els processos interaccionalment implicats en les pràctiques de risc, de prevenció, en el retard de la prova que esdevé després de la possibilitat d'exposició al VIH, etc. Això suposa tenir en compte en el treball amb subjectes concrets, almenys, els següents aspectes, que, a més, han de ser entesos com a constriccions i com a potencialitats o, en altres termes, com a determinacions de les estratègies desplegades pels subjectes, però també com a oportunitats de canvi:

- Les representacions manejaes sobre l'homosexualitat, el VIH, la seropositivitat, la parella i el sexe anònim.

- Les pràctiques concretes dels subjectes (relacions primàries amb altres HSH, vinculació amb la identitat gai, amb l'ambient, amb la societat normativa...).

- La trajectòria laboral, la situació laboral actual, el nivell socioeducatiu i el grau d'independència econòmica.

Cal la integració del consell preventiu i de la prova del VIH en el disseny d'estratègies d'intervenció de les organitzacions comunitàries i en la prestació de serveis socio-sanitaris. Si partim de la consideració dels subjectes en el seu context, prevenir el VIH no pot ser entès només com evitar pràctiques de risc sense considerar simultàniament i integradament les raons per fer-se o no la prova. Recomanar la prova, des d'aquest mateix punt de vista, no ha de tenir com a únic objectiu la detecció precoç de la infecció pel VIH, sinó que s'hauria d'articular en la comprensió del conjunt de pràctiques socials referents a la salut dels subjectes i en la manera en què se situen en el món. Això per dues raons:

(1) Com a part d'una estratègia d'atenció integral a la problemàtica del VIH en el col·lectiu d'HSH, el paper del consell preventiu, en el marc de la realització de la prova del VIH, és crucial tant si el resultat és positiu com negatiu. En el primer cas, perquè permet prendre decisions respecte al tractament, facilita fer les reacomodacions inevitables i, en major o menor mesura, prendre consciència de la necessitat de protegir-se d'ITS i de protegir les possibles parelles sexuals.

En cas d'un resultat negatiu, és un moment idoni per oferir un seguiment i suport, així com per detectar necessitats i recursos. La prova hauria d'anar lligada de forma sistemàtica al consell, i aquest a les estratègies de prevenció de la transmissió del VIH que s'estan implementant. (2) D'altra banda, el consell preventiu té sentit independentment de la seva inserció en un context de realització de la prova. A més de tenir-ne pels motius que s'han anat exposant abans, l'eficàcia del consell preventiu com a estratègia d'intervenció està àmpliament demostrada i, segons mostren els resultats d'aquesta investigació, sembla una estratègia adequada per accedir a subjectes que mantinguin pràctiques de risc i/o retardin la prova.

La relació entre un assessor i el seu assessorat ha de ser simètrica i horitzontal.

A més, el consell preventiu, amb les modificacions que hem recomanat precedentment, s'articula entorn de sessions el nombre de durada de les quals no ha de ser preestablert.

Si el que es pretén amb el consell és, com a pas imprescindible, aconseguir una relació de confiança entre qui assessora i qui és assessorat i que l'espai sigui percebut pel segon com a assegurança, la durada de la relació i la intensitat de l'intercanvi entre ells és fonamental.

L'assessor/a ha d'identificar possibles determinacions socials dels comportaments de risc (xarxes socials, relacions familiars, situació laboral, possibles situacions de dependència econòmica o afectiva, situacions

d'abús homofòbic...), tractar d'establir quins són els recursos amb els quals explica l'assessorat o assessorada, així com els programes i recursos sociosanitaris existents que puguin ser-li d'utilitat. A més, és possible que, almenys en alguns casos, la persona assessorada en aquell moment no es trobi receptiva a la possibilitat de canvis en les seves pràctiques sexuals, o que no es consideri (per bones raons, com hem vist) amb capacitat per a això, per la qual cosa els contactes entre assessor i assessorat necessitaran prolongar-se.

Seria convenient que el personal sanitari d'atenció primària tingués present, en el context del consell, algunes qüestions pràctiques.

Especialment amb els més joves i els més grans, cal tenir en compte que pot donar-se un cert temor i desconfiança si el metge tracta la família, per la qual cosa hauria d'insistir en la confidencialitat de la situació. Així mateix, el personal sanitari ha d'estar preparat per trobar resistències entre subjectes que no estiguin disposats a posar al descobert qüestions que no volen tractar (la seva identitat sexual, o les seves pràctiques sexuals concretes...), cosa que és particularment freqüent en aquells que no s'identifiquen com a gais, ja sigui per les seves circumstàncies personals, ja sigui perquè són grans, ja sigui per trobar-se –principalment els més joves– en procés d'elaboració de les seves estratègies de visibilització de la seva orientació/identitat sexual. Cal que, en aquests casos, el personal sanitari es proposi prendre's el temps necessari per generar un clima de confiança, i/o per remetre el subjecte a altres agents, com les ONG que treballen amb HSH. La realització

de la història sexual pot ser un instrument que, més enllà de la seva finalitat estrictament sanitària, es mostri vàlid per normalitzar aquestes qüestions i transmetre al pacient la disponibilitat del seu metge per tocar aquests temes.

El treball de consell en grup sembla imprescindible per al cas dels joves, ja que les intervencions amb ells han de començar, com a pas ineludible, amb la promoció de canvis en les normes i els valors grupals.

Hauria de consistir precisament a confrontar els joves amb les contradiccions dels seus discursos i pràctiques, subratllant els aspectes d'aquestes normes i valors que els resten autonomia i capacitat de decisió, però respectant, alhora, les seves necessitats profundament sentides d'afiliació, reconeixement i afecte.

A més llarg termini, no seria sobrer reobrir el debat entorn de les estratègies de sexe més segur i els seus implícits menys defensables. Finalment, les intervencions en petits grups són apropiades quan s'apliquen als joves, per motivar-los a modificar les seves pràctiques. Cal que els subjectes se sentin emparats per un grup que comparteixi un discurs que –en aquests casos– no és generalitzat.

Entre els aïllats és, així mateix, recomanable aquesta modalitat d'intervenció perquè pot afavorir la constitució d'aquest discurs grupal del qual estan mancats, a més de proveir del recurs a una xarxa social de suport.

Finalment, cal insistir en la via –que sabem que ja s'ha implementat– de reunir persones de diferents serostatus per compartir i també confrontar expectatives i dificultats, ampliant-la i refinant-la mitjançant dissenys específics per a subjectes amb diferents situacions vitals (joves, aïllats, gent gran...).”

<http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/DiscriminationSocialYLaSalud.pdf>

Aquest article és un bon exemple d'una investigació sobre l'impacte de la socialització i el seu efecte en la salut.

Sobre la discriminació dels llatins: “Vivim en un món ple de fronteres, divisions i realitats diverses». Això és una cosa que se sap. Per als llatins homosexuals i bisexuals, aquestes fronteres es manifesten de diverses formes que afecten l'eficàcia de la mediació per a la prevenció del VIH/sida. La tasca monumental que duen a terme Rafael Díaz i George Ayala serveix per demostrar àmpliament aquest punt, ja que assenyalen la forma com els homosexuals i bisexuals es defineixen a si mateixos i el risc relatiu que hi ha de transmissió del VIH. En el seu paper d'investigadors posen de manifest les fronteres que hi ha en les vides dels llatins homosexuals i bisexuals. Les fronteres s'estableixen a través d'un procés de socialització o d'un context social que es troba arrelat en el racisme, el masclisme, l'homofòbia i el classisme. És urgent que aquesta sèrie de suposicions o realitats siguin tingudes en compte mentre es desenvolupen programes de prevenció del VIH amb un presumpte sentit d'aptitud cultural.

A mesura que definim l'aptitud cultural ens hem de preguntar quina cultura estem tractant respecte a la prevenció del VIH/sida. Durant massa temps l'aptitud per als programes preventius es basava en l'eficàcia que demostraven amb referència als homosexuals blancs. Amb freqüència no es tenien en compte, s'ignoraven o no es comprenien les realitats de les poblacions llatines lesbianes, homosexuals, bisexuals i transsexuals. Ens hem de preguntar constantment si l'aptitud està definida d'acord amb els patrons de privilegi acordats.”

HOMES GAIS, HSH I EPIDÈMIA DE LA SIDA

- Berlant, Lauren; WARNER, Michael. (1999) *Sex in Public*. A: DURING, Simon. *Cultural Studies Reader*. Florence, EUA: Routledge.
- Bérubé, Allan. (1996) *The history of gay bathhouses*. A: *Dangerous Bedfellows, Policing Public Sex. Queer Politics and the Politics of AIDS Activism*. Boston, South End Press.
- *BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID*, 12(2) 2006. Comunidad de Madrid, Servicio de Epidemiología.
- Bourdieu, Pierre. (1997) *Meditaciones pascalianas*. Barcelona : Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. (1997) *El sentido práctico*. Madrid, Taurus.
- Busscher, Pierre-Olivier; Mendès-Leite, Rommel; Proth, Bruno. (1999) *Lieu de reencontré et back-rooms*. Actes de la recherche en sciences sociales, 128: 24-28.
- Calvez, Marcel. (1998) *Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis del Sida*. Posadas (Argentina). Ediciones Universitarias de la Universidad de Posadas.
- Cañellas, Soledad, Pérez de la Paz, Julio; Nogueira, Isabel; Villaamil, Fernando; García Berrocal, María Luisa; de la Fuente, Luís; María Belza, José; Castilla, Jesús. (2000) *Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en la Comunidad de Madrid en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales*. Revista Española de Salud Pública, 74:25-32.
- Csordas, Thomas. (1990) *Embodiment as a paradigm for anthropology*. Ethos 18: 5-47.
- Crehan, Kate. (2002) *Gramsci, cultura y antropología*. Barcelona: Bellaterra.
- Dowsett, Gary W. (1996) *Practising Desire. Homosexual sex in the era of AIDS*. Stanford, California, Stanford University Press.
- Eisenstadt, Kevin; Gatter, Philip. (1999) *Coming Together: Social Networks of Gay Men and HIV Prevention*. A: Aggleton, Peter; Hart, Graham; Davies, Peter (eds.). Families and Communities responding to AIDS. Londres: UCL Press.
- Elford, J.; Hart, G.; Sherr, L.; Williamson, L.; Holding, G. (2002) *Peer led HIV prevention among homosexual men in Britain. Sexually Transmitted Infections*, 78: 158-159.

- Epstein, Steven. (1996) *A queer encounter: Sociology and the Study of Sexuality*. A:
- Seidman, Steven (ed.) (1996) *Queer Theory/Sociology*. Cambridge MA y Oxford: Blackwell Publishers.
- Flowers, Paul; Hart, Graham. (1998) *Everyone in the scene is so cliquey: Are gay bars an appropriate context for community peer-led intervention?*, en Peter AGGLETON, Paul; HART, Graham; DAVIES, Peter (eds.), *AIDS: Family, culture and community*. Londres: Taylor and Francis.
- Flowers, Paul, Marriott, Claire; Hart, Graham. (2000) *'The bars, the bogs and the bushes': The impact of locale on sexual cultures*, *Culture, Health and Sexuality*, 2(1): 69-86.
- Foucault, Michel. (1995 [1976]) *Historia de la sexualidad, tomo I: la voluntad de saber*. Mèxic: Siglo XXI.
- Giami, Adam; Dowsett, Gary. (1996) *Social research on sexuality: contextual and interpersonal approaches*, *AIDS*, 10 (suppl. A): S191-S196.
- Giddens, A. (1995) *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm. (1967) *Discovery of Grounded Theory*. Nueva York: Aldine Transaction.
- Gramsci, Antonio. (1971) *Selections from the prison notebooks of Antonio Gramsci*, edited and translated by Quintin Hoare and Geoffrey Nowell Smith. Londres: Lawrence & Wishart.
- Guasch, Oscar. (1991) *La sociedad rosa*. Barcelona: Anagrama.
- Hennessy, Rosemary. (2000) *Profit and Pleasure. Sexual Identities in Late Capitalism*. Londres, Nova York, Nova Dehli: Routledge.
- Hooks, Bell, Brah, Avtar; Sandoval, Chela; Anzaldúa, Gloria. Bhavnani, Kum; Coulson, Margaret; Alexander, Jacqui; Chandra Talpade Mohanty, Chandra. (2004) *Otras inapropiables*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Joseph, Miranda. (2002) *Against the romance of community*. Minneapolis: MN, University of Minnesota Press.
- Joseph, Miranda. (1998) *The performance of production and consumption*, *Social Text*, 54 (1): 25-61.

- Kegeles, Susan; Hart, Graham. (1998) *Recent HIV-prevention interventions for gay men: individual, small-group and community-based studies*, AIDS, 12(suppl A): S209-S215.
- Kegeles, Susan M.; Hays, Robert B.; Coates, Thomas J. (1996) *The Mpowerment Project: a community - level HIV prevention intervention for young gay men*, American Journal of Public Health, 86 (8 Pt 1): 1129-1136.
- Kegeles, Susan M., Hays, Robert B.; Lance M. Pollack Lance M.; Coates, Thomas (1999) J. *Mobilizing young gay and bisexual men for HIV prevention: a two-community study*, AIDS, 13: 1753-1762.
- Kelly, J.; Lawrence, St.; Stevenson [et al.]. (1992) *Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities*, American Journal of Public Health, 82 (11): 1483-1489.
- Kelly, J.; Murphy, D.; Sikkema, K.; Mcauliffe, T.; Roffman, R.; Solomon, L.; Winett, R.; Kalichman, S.; The Community HIV Prevention Research Collaborative. (1997) *Randomised, controlled, community –level HIV-prevention intervention for sexual risk behaviour among homosexual men in US cities*, Lancet, 350, 9090: 1500-1505.
- Keogh, P.; Holland, P.; Weatherburn, M. (1998) *The boys in the backroom: Anonymous sex among gay and bisexual men*. London: Sigma Research, .
- King, Edward. (1993) *Safety in Numbers*. London: Cassell.
- Kippax, S., Campbell, D.; Van de Ven, P.; Crawford, J.; Prestige, G.; Knox, S.; Culpin, K.; Zinder, P. (1993) *Cultures of sexual adventurism as markers of HIV sero-conversion: a case control study in a cohort of Sydney gay men*, AIDS Care, 10 (6): 677-688.
- Lahire, Bernard. (2005) *Campo, fuera de campo, contracampo*. A: Lahire, Bernard (ed.), *El trabajo sociológico de Pierre Bourdieu. Deudas y críticas*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Menéndez, Eduardo. (2005) *Intencionalidad, experiencia y función. La articulación de los saberes médicos*, Revista de Antropología Social 14: 33-69.
- Miller, Robin L., Klotz, David; Eckholdt, Haftan M. (1998) *HIV prevention with male prostitutes and patrons of hustler bars: Replication of an HIV preventive intervention*, American Journal of Community Psychology, 26(1): 97-131.
- Parker, Richard. (1999) *Beneath the Equator. Cultures of Desire, Male Homosexuality and Emerging Gay Communities in Brazil*. London i New York: Routledge.

- Parker, Richard. (1996) *Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/AIDS*, AIDS, 10 (suppl. 3): S27-S31. .
- Parker, Richard. (1994) *Sexual cultures, HIV transmission, and AIDS prevention*, AIDS, 8: S309-S314.
- Parker, Richard; Aggleton, Peter. (2003) *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*, Social Science and Medicine, 57: 13-24.
- Peacock, Ben, EYRE, Stephen; Crouse Quinn, Sandra; Kegeles, Susan. (2001) *Delineating differences: sub-communities in the San Francisco gay community*, Culture, Health and Sexuality, 3(2): 183-201.
- Pizza, Giovanni. (2003) *Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni Della persona*, AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica 15-16: 33-53.
- Proyecto EPI-VIH, *Nuevos diagnósticos de infección por VIH en una red de centros de diagnóstico del VIH. (2003-2005). Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA y Centro Nacional de Epidemiología*. url http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_epi.pdf, accedido en marzo de 2008.
- Ramirez-Valles, Jesús. (2002) *The protective effects of community involvement for HIV risk behaviour: a conceptual framework*. Health Education Research, 17(4): 389-403. .
- Rojas, D., Belmar, J. M.; Rodríguez, C. [et al.] (2007) *Perfil de las personas diagnosticadas recientemente de infección por VIH en un centro de ITS/VIH: 2004.2005*. Pòster presentat al X Congreso Nacional sobre el SIDA. Donòstia, 6 a 8 de junio de.
- Scheper Hugues, Nancy; Lock, Margaret. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, Medical Anthropology Quarterly 1 (1): 6-41.
- UNAIDS. *Community mobilization and AIDS: UNAIDS Technical Update (UNAIDS Best Practice Collection: Technical Update)*. Geneva: UNAIDS, April 1997.
- Valocchi, Steven. (1999) *The class-inflected nature of gay identity*, Social Problems, 46(2): 207-224.
- Villaamil, Fernando. (2004) *La transformación de la identidad gay en España*. Madrid: La Catarata.

- Villaamil, Fernando. (2003) *Llevar los tacones por dentro. Identidad, ironía y resistencia*, Arxius de Ciències Socials, 9: 155-173.
- Villaamil, Fernando, Jociles, María Isabel; Lores, Fernando. (2005) *La concepción del sujeto en los estudios sobre el riesgo y la prueba del VIH entre HSH*. Revista Internacional de Sociología, 42: 69-99.
- Villaamil, Fernando; Jociles, María Isabel; Lores, Fernando.; Urzelai, Arantzazu. (2006) *La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones con hombres (HSH)*. Documentos Técnicos de Salud Pública 100. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Warner, Michael. (1999) *The trouble with normal: sex, politics, and the ethics of queer life*. New York: Free Press.
- Warwick, Ian, Douglas, Nicola; Aggleton, Peter; Boyce, Paul. (2003) *Context Matters: The educational potential of gay bars revisited, AIDS education and prevention*, 15(4): 320-333.
- Williamson, Lisa, Hart, Graham; Flowers, Paul; Frankis, Jamie; DER, Geoff. (2001) *The gay men's task force: the impact of peer education on the sexual health behaviour of homosexual men in Glasgow, Sexually transmitted infections*, 77: 427-432.
- Wohlfeiler, Dan. (2000) *Structural and environmental HIV prevention for gay and bisexual men*, AIDS, 14 (suppl): S52-S56. .

ALTRES REFERENCIES SOBRE GAIS I HSH I VIH

- Baral S, S F, Cleghorn F, Beyrer C. *Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review*. PLoS Med 2007,4:e339.
- Jaffe HW, Valdiserri RO, De Cock KM. *The reemerging HIV/AIDS epidemic in men who have sex with men*. JAMA 2007,298:2412-2414.
- Laurence J. *Men who have sex with men: a new focus internationally*. AIDS Read 2007,17:379-380.
- Amnesty International. (2007) *Sexual Minorities and the Law: A World Survey*. London: Amnesty International.
- WHO, UNAIDS, UNICEF. (2009) *Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Progress Report 2009. Geneva: World Health Organization.
- UNAIDS, WHO, UNICEF. (2008) *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS 2008*. Geneva: UNAIDS/WHO/UNICEF; .
- Estrada J. *Invisibles y excluidos: la infección por VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo entre hombres en América Latina*. Rev de la Facultad Nacional de Salud Pública 2004,22:107-120.
- Clark JL, Cáceres CF, Lescano AG, Konda KA, León SR, Jones FR, et al. *Prevalence of same-sex sexual behavior and associated characteristics among low-income urban males in Peru*. PLoS ONE 2007,2:e778.
- De Almeida Neto C, McFarland W, Murphy EL, Chen S, Nogueira FA, Mendrone A, Jr., et al. *Risk factors for human immunodeficiency virus infection among blood donors in Sao Paulo, Brazil, and their relevance to current donor deferral criteria*. Transfusion 2007,47:608-614.
- Nelson A, Press N, Bautista CT, Arevalo J, Quiroz C, Calderon M, et al. *Prevalence of sexually transmitted infections and high-risk sexual behaviors in heterosexual couples attending sexually transmitted disease clinics in Peru*. Sex Transm Dis 2007,34:344-361.
- Cáceres CF, Aggleton P, Galea JT. *Sexual diversity, social inclusion and HIV/AIDS*. AIDS 2008,22 Suppl 2:S45-55.

- Young RM, Meyer IH. *The trouble with "MSM" and "WSW": erasure of the sexual-minority person in public health discourse.* Am J Public Health
- UNAIDS. (2007) *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention. Toward Universal Access.* Geneva: UNAIDS.
- Cáceres C, Konda K, Pecheny M, Chatterjee A, Lyerla R. *Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries.* Sex Transm Infect 2006,82 Suppl 3:iii3-9.
- Ottoson D. S (2007) *tate Homophobia A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults.* Stockholm: Södertörn University.
- Cáceres CF, Konda K, Segura ER, Lyerla R. *Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle- income countries: 2003-2007 estimates.* Sex Transm Infect 2008,84.
- Bianco M, Pagani L, Re M, Correa C. *Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/Sida en el gran Buenos Aires.*
- Fernández-Dávila P, Maiorana A, Salazar X, et al. (2007) *Construcción social de la sexualidad en dos grupos de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de barrios pobres de dos ciudades del Perú.* New York: The Center for Lesbian and Gay Studies.
- Kendall T, Herrera C, Caballero M, Campero L. *HIV prevention and men who have sex with women and men in Mexico: findings from a qualitative study with HIV-positive men.* Cult Health Sex 2007,9:459-472.
- Montijo J, Gottsbacher M. (2004) *Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/Sida en México y Centroamérica.* Estudios e Informes Serie Especial No. 21. Paris: División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural, UNESCO.
- Fernández-Dávila P, Maiorana A, Salazar X, et al. *Compensated Sex and Sexual Risk: Sexual, Social and Economic Interactions between Homosexually- and Heterosexually-Identified Men of Low Income in Two Cities of Peru.* Sexualities 2008,11:352-374.
- Parker R, Cáceres C. *Alternative sexualities and changing sexual cultures among Latin American men.* Cult Health Sex 1999,1:201-206.

- Guajardo G. *Contexto sociocultural del sexo entre varones*. A: *SIDA y sexo entre hombres en América Latina. Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Edited by C. Cáceres MPaVT. Lima: UPCH/ONUSIDA; 2002:57-79.
- Toro-Alfonso J. *Vulnerabilidad de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la epidemia del VIH/SIDA*
- Cáceres C, Pecheny M, Terto V (ed.) *América Latina: La otra historia de la masculinidad*. A: *SIDA y sexo entre hombres en América Latina. Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima: UPCH/ONUSIDA; 2002:81-102.
- Pecheny M. (2000) *La investigación sobre SIDA y HSH en América Latina y el Caribe: Políticas públicas y derechos humanos*. A: *XXII International Congress of the Latin American Studies Association*. Hyatt Regency, Miami.
- Cáceres CF, Konda KA, Salazar X, Leon SR, Klausner JD, Lescano AG, et al. *New populations at high risk of HIV/STIs in low-income, urban coastal Peru*. *AIDS Behav* 2008,12:544-551.
- Prestage G, Jin F, Zablotska I, Grulich A, Imrie J, Kaldor J, et al. *Trends in agreements between regular partners among gay men in Sydney, Melbourne and Brisbane, Australia*. *AIDS Behav* 2008,12:513-520.
- UNAIDS. (2009) *Legal Frameworks, Human Rights and Stigma and Discrimination in Relation to Sexual Diversity in Lower and Middle Income Countries*. Geneva: UNAIDS.
- WHO, UNAIDS, UNICEF. (2008) *Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008*. Geneva: World Health Organization.
- Cáceres CF, Mendoza W. *The national response to the HIV/AIDS epidemic in Peru: accomplishments and gaps--a review*. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009,51 Suppl 1:S60-66.
- WHO, UNAIDS, UNDP. (2009) *Final Report, Global Consultation on Men who Have Sex with Men in the Health Sector*. Geneva: WHO/UNAIDS/UNDP.

PÀGINES WEB

<http://gtt-vih.org>

Pàgines web amb informació mèdica dirigida a professionals, activistes i persones afectades pel VIH

<http://www.aidsquilt.org/view.htm>

VIEW THE QUILT At The NAMES Project Foundation treballam per garantir l'accés públic tant a l'*AIDS Memorial Quilt* com a les experiències individuals dels homes, les dones i els nens que hem perdut en aquesta epidèmia.

<http://www.aides.org/>

És una ONG generalista francesa, de gran tradició, fonamental per entendre l'activisme europeu.

Creada el 1984, AIDES és una de les associacions europees més importants de lluita contra el VIH/sida. AIDES és una entitat reconeguda d'utilitat pública des de 1990.

AIDES vetlla directament per les persones seropositives i el seu entorn.

AIDES informa tots els ens públics sobre la sida.

AIDES alerta els poders públics.

AIDES mobilitza centenars de voluntaris que permeten a l'associació complir eficaçment les seves missions sobre el terreny.

Aquesta revista retrata qüestions moltes vegades invisibilitzades. Un article sobre la invisibilitat de l'homosexualitat masculina a Àfrica es un exemple de treball de visibilitats de situacions des de un lloc d'activisme informatiu posant l'accent en la diversitat i la complexitat.

Gais i Àfrica: amb la proliferació d'estudis recents que alerten, Àfrica pren consciència de la realitat: l'epidèmia de VIH no és únicament un fet que es dona en l'àmbit heterosexual. Aquest continent ha d'anar obrint els ulls a la realitat de l'homosexualitat. En els països que hi ha pocs ingressos, els homes que practiquen sexe amb homes corren el risc de contraure la infecció per VIH com a mínim vint vegades més que la resta de la població. En el cas del Senegal, aquest risc és vint-i-set vegades més elevat. A partir d'aquestes dades, els activistes gais africans lluiten pels seus drets i la seva salut. Per ells, la disminució del VIH només es pot fer amb el reconeixement de

la seva sexualitat i les seves formes de viure. Aquesta societat amb prou feines parla de sexualitat i homosexualitat. Això comporta mantenir la ignorància de les formes de transmissió associades a les relacions homosexuals.

<http://www.sfaf.org/espanol>

San Francisco AIDS Foundation proporciona directrius per prevenir noves infeccions del VIH. Combinant l'experiència comunitària amb la ciència, la Fundació desenvolupa programes de prevenció innovadors i iniciatives de política agosarades per promoure la salut, i crear un progrés sostenible contra el VIH. Fundada el 1982, la fundació es nega a acceptar que la transmissió del VIH és inevitable.

<http://www.sfaf.org/policy/grassroots/movilizacion.html>

Manual de la Mobilització Política Popular

La idea en la mobilització política popular és simple: quan l'opinió pública dóna suport a una proposta de llei, generalment és aprovada. Quan l'opinió pública està en contra de la proposta de llei, gairebé sempre no és aprovada. El repte per a vostè en aquest procés de mobilització política popular és organitzar i mobilitzar efectivament tots els que donen suport a la seva meta: la d'aprovar o desaprovar una proposta de llei específica. El propòsit d'aquest manual d'entrenament, preparat per la Fundació de la Sida de San Francisco (*San Francisco AIDS Foundation*), és oferir una guia per aprendre a formar i mantenir un esforç de mobilització política popular efectiu.

Possiblement es tracti de la millor pàgina web sobre prevenció del VIH per a homes gais i HSH en castellà.

Hi pots trobar guies sobre el VIH des de una perspectiva de reducció de riscos i danys.

<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/public/dohmhnews5-05-sp.pdf>

Especial sobre salut i LGTB en Ny. Consells pràctics sobre salut mental

<http://www.gaispositius.org/>

Es tracta de l'associació amb més tradició de treball amb gais positius de tot Catalunya. Tenen un bon arxiu material.

<http://www.fagc.org/news.php>

Es tracta de l'associació més antiga de tot Catalunya, on fan un molt bon treball de vetllar sobre els drets dels col·lectius i per tant del dret a la salut.

<http://www.lambdaweb.org/comissions/publicacions/publicacions6.htm>

S'hi poden trobar nombroses publicacions sobre diversos temes al voltant de la salut. En especial el projecte AENEAS .

“Enees és un heroi mitològic grec. En caure la seva ciutat, Troia, Enees va haver de fugir amb el seu pare, Anquises, i viatjar pel Mediterrani fins a arribar a Itàlia, on els seus descendents, Ròmul i Rem, van fundar Roma. Des de l'antiguitat, en les arts plàstiques, Enees ha estat representat com un home jove que porta el seu pare ancià a l'esquena, per la qual cosa artistes com Rafael o Bernini han aprofitat la iconografia d'Enees per representar, mes enllà dels seus protagonistes, el sentit de la responsabilitat cap a la nostra gent gran. Pels mateixos motius, creguérem que el nom d'Enees seria adequat per a un projecte dirigit a les persones grans i a aquelles que tenen alguna discapacitat funcional en general.”

www.creacionpositiva.net

Es tracta de la entitat que aborda amb perspectiva de gènere la epidèmia del VIH a Catalunya. Te nombrosos materials de prevenció.

Podeu trobar totes les entitats generalistes del tema LGTB i que poden donar informació i assessorament sobre els gais i el VIH a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/dasc/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=addd6f035ad64210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=addd6f035ad64210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Entre altres entitats podem trobar:

ACATHI. Associació Catalana per a la Integració d'Homosexuals, Bisexuals i Transsexuals Immigrants

ATC Libertad

CGB. Col·lectiu Gai de Barcelona

CGL. Coordinadora Gai Lesbiana

CTC. Col·lectiu Transsexual de Catalunya

Discapacitados-Gay

EAGLE. Espai d'Acció Gai Lesbià de Lleida

ECOGAIS

Ens entenem

E-KRE@

FLG. Associació de Famílies Lesbianes i Gais

GAG. Grup d'Amics Gais, Lesbianes, Transsexuals i Bisexuals

Grup Jove de gais i lesbianes. CGL

Grup de Transsexuals Masculins de Barcelona

H2O. Gais, lesbianes, bisexuals i transsexuals del Camp de Tarragona

JAHVA. Joves per a l'Alliberament Homosexual a Vilafranca

JIS. Joves per la igualtat i la solidaritat

L'ARMARI. Col·lectiu de joves per l'alliberament sexual

SIDA STUDI

Sin Vergüenza, Associació Universitària

Tal com som

Xarxa Trans Intersex

DONES LESBIANES I DONES QUE TENEN RELACIONS SEXUALS AMB ALTRES DONES

L'IMPACTE EN LA SALUT DE LA INVISIBILITAT

Un poder sortir o visibilitzar-se en l'entorn més pròxim (famílies, treball, amistats, etc.) a fi de mantenir una posició social fora de l'estigma i de les fòbies socials (discriminatòries). Per fer-se visible cal un trencament de mandats de gènere que et segueixen dient com ens hem de comportar les dones, i, per descomptat, que aquest mandat no significa desitjar una altra dona i trencar el model heterofamiliar...

Però també estem parlant de la presència política de les dones lesbianes, de les nostres necessitats i reivindicacions com a tals, un exemple és com es produeix aquesta invisibilització dintre dels moviments d'alliberació gai, on som moltes vegades invisibilitzades per la lluita dels drets dels homosexuals (en neutre i per tant sense tenir-nos al 100% en compte) o com consegüentment estem amagades darrere d'estructures androcèntriques.

O com el sistema patriarcal en el seu procés de no-reconeixement ens fa ser obviades en les polítiques quan requerim que se'ns incorpori de forma activa (visible i real) i no secundària; exemple d'això son: com no "existim" en els plans de salut (als protocols de salut sexual, etc), en accions sobre l'assetjament escolar o laboral que patim tantes de nosaltres, la precarietat en el treball, i altres qüestions que tenen a veure amb la doble (i de vegades triple) discriminació: ser dones i ser lesbianes.

El que crec que és més important assenyalar, és que aquesta invisibilitat augmenta el risc que es vulnerin els drets fonamentals que tenim les dones. La visibilitat ens ha de permetre assenyalar la vulneració dels nostres drets, però també generar discursos i accions polítiques creatives que creguin en un món més just, un món més igualitari, tenint en compte les nostres diferències.

En tot cas, fer visibles les lesbianes no és una qüestió de les lesbianes, sinó sobretot del sistema, que conforma mecanismes d'exclusió, estigma i invisibilització de les dones que intentem trencar els models patriarcals androcèntrics; entre les quals es troben les dones lesbianes.

La visibilitat és un assumpte polític, i, com a acte polític, un assumpte de desigualtat, i, per tant, de poder; la capacitat de fer-se visible és un acte en tot cas de transgressió dels models que ens fan menys felices.

http://www.rimaweb.com.ar/sexualidades/caucus_lesbianas_salud.html

Es tracta de la *Red Informativa de Mujeres de Argentina*, que presenta els elements claus per entendre la salut de les dones lesbianes.

DECLARACIÓ DEL CAUCUS DE LESBIANES

9a TROBADA INTERNACIONAL DONA I SALUT Toronto, Canadà. Agost 12-17, 2002

Som un grup divers de dones que venim de molts països i regions i que ens hem reunit durant aquesta trobada per parlar de la falta de visibilitat de les experiències lèsbiques en la programació d'aquest any, i de com enfortir la programació relacionada amb l'orientació sexual en les futures Trobades Internacionals sobre Dona i Salut. També ens preocupa que, amb el ressorgiment dels fonamentalismes, les dones les sexualitats de les quals resulten transgressores s'enfrontaran a una opressió encara més gran, sobretot quan se sumeixi a exclusions preexistents que prenen com a excusa la pertinença ètnica, de classe o religiosa.

Notem que pràcticament tots els temes tractats en aquesta Trobada són rellevants per a les vides de les lesbianes, els bisexuals, els transgèneres i les dones que tenen sexe amb altres dones, però tot i així, les nostres experiències i identitats singulars han romàs invisibles o han quedat aïllades a tallers específics. En aquesta Trobada hi ha hagut un sol taller que s'ha ocupat particularment de temes que afecten les lesbianes. En la majoria de les presentacions no s'ha fet referència a les dones que es relacionen eròticament i afectivament amb altres dones.

Volem fer notar que moltes de les líders del moviment de dona i salut, del moviment pels drets reproductius, del moviment feminista i d'altres moviments socials progressistes, són lesbianes. També observem que, malgrat això, molts d'aquests moviments i les organitzacions que els impulsen encara no han incorporat l'orientació sexual de manera clara i directa en les seves anàlisis i estratègies.

Com podem parlar de violència i no esmentar les formes en les quals les lesbianes, els bisexuals, els transgèneres i les dones que tenen sexe amb altres dones són sotmesos a violència física per la policia, les institucions religioses, les mateixes comunitats on viuen i fins i tot, de vegades, les seves mateixes famílies?

Com podem parlar de discriminació en les institucions de salut i no anomenar les maneres en què les dones que són lesbianes o són vistes així, i els transgènere, són maltractats pels prestadors i prestadores de serveis de salut?

Quan parlem de drets reproductius i de salut, com podem continuar ometent el debat sobre les necessitats i experiències de les dones que viuen fora de les normes tradicionals pel seu gènere?

I quan parlem d'activisme i estratègies creatives per a la defensa i la gestió dels nostres drets, com podem passar per alt algunes de les formes d'organització més progressistes i dinàmiques que en aquest moment estan tenint lloc a totes les regions del món?

Com una de les expressions que podria adoptar el compromís de totes les feministes i activistes del moviment de dona i salut, qualsevol que sigui la seva preferència sexual, amb la defensa de la diversitat sexual i la no-discriminació per preferència sexual i identitat de gènere, suggerim que les organitzadores de la 10a Trobada Internacional Dona i Salut, que es desenvoluparà a l'Índia:

- Promoguim una programació que integri de manera plena les experiències i identitats de les lesbianes, els bisexuals, els transgènere i les dones que tenen sexe amb altres dones.*
- Sol·licitin activament i encoratgin la presentació de propostes centrades en les sexualitats i l'orientació sexual.*
- Programin una sèrie de tallers, i fins i tot un eix temàtic, sobre diversitats sexuals i salut (que inclogui presentacions i debats sobre heterosexualitat obligatòria, identitats de gènere i altres assumptes relacionats amb la salut i les expressions sexuals diverses de les dones).*
- Incloguin dues activistes lesbianes en el Comitè Assessor Internacional per a la planificació de la Trobada.*

I encoratgem totes les futures facilitadores de tallers i panelistes a prendre's el temps necessari per integrar les experiències de les lesbianes, dones bisexuals, dones transgènere i les que tenen sexe amb altres dones en les seves anàlisis i presentacions.

<http://www.plannedparenthood.org/sp/index.htm>

En aquesta pàgina, que es un centre a EUA, es descriu els elements claus per ocupar-se de la salut de les dones lesbianes.

“Salut de la dona lesbiana

- *Les dones lesbianes tenen les mateixes necessitats de salut que totes les dones.*
- *Alguns temes de salut importants poden ser diferents per a les dones que tenen relacions sexuals amb altres dones.*

Aquesta pàgina tracta sobre temes de salut importants per a les dones que tenen relacions sexuals amb dones. Els temes inclouen:

- *què significa estar sana,*
- *trobar el/la professional de salut adequat,*
- *parlar obertament amb el/la proveïdor/a de cures de salut,*
- *salut ginecològica (GYN),*
- *salut sexual,*
- *consum de substàncies,*
- *salut emocional i psicològica,*
- *maltractament en la parella,*
- *altres riscos de salut.*

ESTAR SANA

Tots tenim dret a la salut –més enllà del nostre gènere, poder adquisitiu, raça, religió, nivell educatiu o orientació sexual. Estar sana significa satisfer les nostres necessitats físiques, emocionals, sexuals i psicològiques. Podem fer certes coses per estar sanes i mantenir la nostra salut, per exemple:

- *conèixer el nostre cos,*
- *tractar d'identificar el que ens resulta estressant i buscar la millor manera d'enfrontar l'estrès,*
- *identificar les nostres pròpies fortaleses i les persones i activitats que ens fan sentir bé,*
- *mantenir una dieta saludable,*
- *fer exercici de forma regular.*

Mantenir la bona salut també implica consultar un metge o buscar atenció professional quan alguna cosa va malament. Però això no és suficient. Per prevenir problemes de salut és necessari fer-se controls de forma periòdica. Una altra cosa molt important és comptar amb un/a professional de salut amb el qual una se senti còmoda.

TROBAR EL/LA PROFESSIONAL DE SALUT ADEQUAT/ADA

Les dones lesbianes tenen majoritàriament les mateixes preocupacions respecte a la seva salut que altres dones. Però també tenen inquietuds diferents. No tots els professionals de cures de salut saben que algunes qüestions de salut són diferents per a les dones que tenen relacions sexuals amb altres dones. Per trobar un/a professional de cures de salut que tingui una actitud positiva amb les lesbianes cal que:

- *parli amb amigues, familiars, companyes de classe o de feina que també siguin lesbianes i els demani les dades dels seus professionals de salut;*
- *cridi un centre LGBT (lèsbic, homosexual, bisexual, transgènere) local per sol·licitar referències.*

BUSQUI REFERÈNCIES DE PROFESSIONALS LOCALS A INTERNET

- ***www.glma.org (Associació Mèdica per a Homosexuals i Lesbianes - Gai and Lesbian Medical Association)***
- ***www.lgbtcenters.org/directory.asp (Associació Mèdica per a Homosexuals i Lesbianes –Gay and Lesbian Medical Association–).***
- ***www.lgbtcenters.org/directory.asp (Directori Nacional de Centres Comunitaris LGBT.***

CRIDI ELS/LAS PROVEÏDORS/PROVEÏDORES POTENCIALS I ESBRINI ALGUNES COSES IMPORTANTS.

- *Sàpiga si tenen altres pacients lesbianes.*
- *Sàpiga si tenen personal capacitada en qüestions de salut de la dona lesbiana.*
- *Es formuli altres preguntes que consideri importants, per exemple, sobre els honoraris que cobren o si presten algun servei de franc.*

Visiti personalment el lloc per comprovar si se sent còmoda.

- *El consultori té anuncis, revistes, pamflets o material educatiu sobre lesbianisme o homosexualitat?*
- *Hi ha algun altre indicati a l'entorn que la faci sentir segura per parlar obertament sobre la seva sexualitat?*

Analitzi la forma de parlar-li del professional de salut.

- *Les seves preguntes demostrin sensibilitat cultural o se li dirigeix pensant que és heterosexual?*
- *Les seves preguntes sobre les parelles sexuals són imparcials o la fan sentir jutjada?*
- *L'encoratja a parlar sobre les seves inquietuds i a fer preguntes?*

PARLAR OBERTAMENT AMB EL SEU PROVEÏDOR/A DE CURES DE SALUT

És important que vostè pugui parlar obertament amb el seu proveïdor/a de cures de salut. Això no significa només dir al seu professional de salut quina és la seva orientació sexual. Es tracta també de ser sincera sobre la seva conducta sexual. Com més sàpiga el/la professional, més la podrà ajudar a mantenir-se sana o a millorar la seva salut. La majoria de les lesbianes i dels homosexuals tenen bones experiències amb la cura de la seva salut quan poden parlar obertament amb el seu professional de salut. Però això pot produir temor. Algunes persones se senten vulnerables en fer-ho. Sempre és millor poder elegir a qui explicar la seva intimitat. Si és menor de 18 anys, pot ser que tingui por que el seu professional de salut parli sobre el tema amb els seus pares. Potser no ho ha explicat a l'escola o a la feina. Pot preguntar al professional de salut si la conversa serà confidencial. En ser sincera amb el o la professional de salut s'eviten malentesos. D'aquesta manera vostè podrà:

- *enfocar les qüestions de salut específiques per a la seva orientació sexual;*
- *evitar preguntes o converses innecessàries –sobre el control de la natalitat, per exemple;*
- *aconseguir referències d'altres professionals que tinguin una actitud positiva cap a les lesbianes per a altres necessitats que se li presentin*

Recordi que parlar obertament sobre la seva sexualitat amb el seu professional de salut és la millor manera de rebre les millors cures possibles. És essencial passar controls periòdics per mantenir-se sana –ja sigui que el professional de salut tingui o no coneixement de la seva orientació sexual.

SALUT GINECOLÒGICA

Què és la ginecologia? La ginecologia (GYN) és una àrea de cures de salut de les dones. L'objectiu d'aquesta especialitat és protegir la salut sexual i reproductiva. Controli la seva salut. Sigui jove o adulta, soltera o estigui en parella, sigui sexualment activa o no –els controls ginecològics són importants per a totes les dones. Algunes de les anàlisis ginecològiques que ha de passar de forma periòdica són:

- parlar sobre els seus antecedents personals, familiars, sexuals i mèdics;*
- obtenir anàlisis de laboratori i exàmens per detectar infeccions o altres malalties (per iniciativa pròpia o a petició del professional de salut);*
- examen de mames;*
- examen pèlvic, incloent-hi el Papanicolau;*

SALUT MAMÀRIA.

És molt important controlar la salut de les mames. Convé que vostè estigui familiaritzada amb l'aspecte de les seves mames i que estigui atenta a qualsevol dolor o sensibilitat que s'hi produeixi. D'aquesta manera podrà reconèixer qualsevol canvi. Algunes dones fan autoexàmens mamaris (BSE, per les seves sigles en anglès) per familiaritzar-se amb el funcionament normal de les seves mames. Consulti amb el seu professional de salut si desitja aprendre a usar el BSE. Les mamografies són radiografies de les mames que poden detectar certs tumors cancerosos –fins i tot dos anys abans que siguin perceptibles al tacte. Totes les dones de 40 anys en endavant s'han de fer una mamografia per any. Tenir un fill –si vostè desitja tenir un fill, consulti primer amb el seu professional de salut. Sempre és bo fer plans abans de l'embaràs. Recordi que les lleis sobre inseminació artificial i adopció varien d'un estat a l'altre.

SALUT SEXUAL

Les dones que tenen relacions sexuals amb dones poden contreure certes infeccions a través dels jocs sexuals:

- *vaginosi bacteriana,*
- *hepatitis,*
- *herpes,*
- *VPH,*
- *sarna,*
- *tricomoniasi,*
- *infeccions per llevats.*

La transmissió del VIH d'una dona a l'altra és poc comuna, però pot passar. Per reduir-ne el risc mantingui els fluids del cos de la parella fora del seu cos –vagina, anus o boca. Els fluids corporals amb què cal anar més amb compte són la sang, les secrecions vaginals i la secreció de les nafres produïdes per infeccions de transmissió sexual.

- *No toqui les nafres o les berrugues causades per infeccions de transmissió sexual.*
- *Actualment hi ha vacunes per a l'hepatitis B i per als tipus del VPH que causen la majoria de les berrugues genitals i el càncer del coll uterí.*

Per protegir la seva parella:

- *No deixi que els fluids del seu cos s'introdueixin al cos de la seva parella.*
- *No tingui relacions sexuals si té nafres o altres símptomes d'infecció.*
- *Obtingui el tractament apropiat si té una infecció.*

Els mètodes de barrera poden reduir el risc:

- *Les barreres de làtex –com els discs o protectors bucals, els protectors Glyde® o fins i tot el plàstic transparent per embolicar d'ús domèstic– poden reduir el risc de transmetre una infecció durant el sexe oral.*
- *Posar condons a les joguines sexuals –vibradors o consoladors, per exemple– si els usen tant una mateixa com la seva parella. Assegurar-se de seguir les instruccions de netedat que van amb cada joguina.*

- *Totes les dones que tenen relacions sexuals amb homes, encara que sigui ocasionalment, han d'usar barreres per reduir el risc de contreure una infecció o quedar embarassades.*

El consum de substàncies. Potser no és fàcil conèixer altres lesbianes – especialment si una viu en una ciutat petita. Moltes de les reunions i esdeveniments socials per a lesbianes es fan en bars. Això pot estimular el consum d'alcohol més enllà del seu nivell saludable. Usar alcohol o altres drogues pot portar a córrer riscos que no correríem estant sòbries. La tensió causada pel prejudici social respecte del lesbianisme també pot portar les dones lesbianes a posar-se en situacions de risc. Les lesbianes no tenen millor predisposició a l'alcoholisme que les dones heterosexuales. Tanmateix alguns estudis han demostrat que l'alcoholisme pot afectar més del 30% de les dones lesbianes. La mitjana d'alcoholisme en el total de la població es troba entre el 5 i el 10%. Moltes seus d'Alcohòlics Anònims (AA) i Al-Anon ara fan reunions per a lesbianes. (Al-Anon pot oferir ajuda als amics i parents de persones alcohòliques). Si es vol rebre ajuda per consum de substàncies o addicció, cal contactar amb l'organització local d'AA –per esbrinar-ne les dades consulteu les pàgines grogues o el lloc <http://www.alcoholics-anonymous.org> .

SALUT EMOCIONAL I PSICOLÒGICA

Els sentiments negatius sobre ser lesbiana poden generar estrès:

- *Homofòbia: sentiments negatius respecte de les persones lesbianes, homosexuals o bisexuals.*
- *Homofòbia internalitzada: sentiments negatius sobre un/a mateix/a per ser lesbiana, homosexual o bisexual.*

L'homofòbia i l'homofòbia internalitzada poden ser tan estressants que de vegades arriben a danyar la salut d'una persona en tots els seus aspectes. Algunes coses que pot fer una dona per suportar aquestes pressions:

- *Crear xarxes de suport amb amics.*
- *Desenvolupar un interès o habilitat personal que la faci sentir-se bé amb si mateixa.*
- *Participar en organitzacions comunitàries que treballin per eradicar l'homofòbia.*

De vegades ens costa adaptar-nos a aquestes pressions o suportar-les. A algunes persones els fa bé rebre teràpia o orientació psicològica. Pot ser útil parlar amb un/a professional de la salut mental que treballi amb lesbianes perquè l'ajudi a descobrir la millor manera de manejar els seus sentiments o problemes. Algunes lesbianes recorren a l'orientació psicològica perquè les aconsellin durant el procés de donar-se a conèixer. D'altres ho fan per aprendre a afrontar el prejudici antihomosexual en les seves vides. Però la majoria de les lesbianes van a teràpia per les mateixes raons que qualsevol altra dona –per parlar sobre problemes en les relacions, la família, la feina o l'escola, que de vegades poden desconcertar-la. Qui estigui interessada a rebre serveis de salut mental per a lesbianes, es pot comunicar amb la línia gratuïta nacional per a homosexuals i lesbianes, trucant a l'1-888-843-4564. També es pot visitar el lloc d'Internet: www.glnh.org. El projecte Trevor ofereix una línia gratuïta d'ajuda per a joves, les 24 hores, per a la salut mental i prevenció del suïcidi –866-4, U-TREVOR. També es pot visitar el lloc d'Internet www.thetrevorproject.org.

MALTRACTAMENT EN LA PARELLA

En tota classe de relacions hi pot haver violència i maltractament. El maltractament no depèn de la mida o la força d'una persona, sinó de l'ús abusiu del poder i el control. El prejudici instal·lat en contra de les lesbianes les pot portar a suposar i acceptar el fet que seran maltractades. Però és una cosa molt dolorosa i mai no és acceptable. El maltractament pot ser:

- *econòmic,*
- *emocional,*
- *físic,*
- *sexual,*
- *verbal.*

També pot manifestar-se a través de gelosia, desconfiança, enuig, amenaces, bufetades, cops, o privar la persona d'una cosa que necessita. La persona que rep tractes violents necessita ajuda. Però també necessita ajuda la persona que en tracta una altra amb violència. Cal confiar en els propis instints. Si s'és maltractada, segurament es tenen raons vàlides per sentir-se així. Ningú no mereix ser part d'una relació abusiva. Si una creu que aquest és el seu cas i vol rebre ajuda, pot plantejar-se la possibilitat de parlar amb la seva família, amb una amestat de confiança o amb algú que

li doni consells. Es pot contactar amb The Network/La Red, que treballa en la lluita contra el maltractament en la comunitat de dones lesbianes, bisexuals i transgènere, trucant a l'1-617-742-4911 o a través del lloc www.thenetworklared.org; o també trucant al telèfon que atén 24 hores del Projecte antiviolència per a lesbianes i homosexuals de la ciutat de Nova York, 1-212-714-1141, per obtenir referències locals. Aquesta línia també ofereix el servei en espanyol.

ALTRES RISCS DE SALUT

El prejudici social contra les lesbianes pot generar molta pressió. I això pot derivar a un baix nivell d'autoestima que dificulti:

- deixar de fumar,*
- l'accés a les cures de salut,*
- fer exercici suficient ,*
- limitar el consum d'alcohol i altres drogues,*
- mantenir una dieta equilibrada.*

No fa gaire temps que els estudis van començar a investigar quins poden ser els problemes i assumptes de salut específics de les lesbianes. Malgrat que encara falta respondre a moltes preguntes, alguns estudis suggereixen que és possible que les lesbianes corrin més riscos de sofrir atacs cardíacs i certs tipus de càncer –no perquè siguin lesbianes, sinó perquè el seu estil de vida sol presentar certs factors de risc. Per exemple, alguns estudis indiquen que les lesbianes:

- Solen pesar més que la població general. Tenir excés de pes augmenta el risc de sofrir un atac cardíac i diversos tipus de càncer.*
- Solen consumir alcohol i fumar cigarretes per sobre de la mitjana de la població general. Consumir aquestes substàncies augmenta el risc de tenir atacs cardíacs, accidents cerebrovasculars i diversos tipus de càncer.*

Per estar sana i mantenir la salut, cal visitar el seu professional de salut regularment i no deixar de parlar de cap tema que preocupa.

COM CUIDAR-NOS I CUIDAR ELS ALTRES

Les lesbianes han hagut d'enfrontar segles de discriminació que es van traduir en diversos problemes de salut. Avui, que compten amb xarxes més fortes en la comunitat i amb el suport de LGBT i més centres de salut, empreses, organitzacions de salut i ordenances i estatuts de l'Estat, les lesbianes tenen més poder per enfrontar-se a aquests desafiaments."

Patricia Karina Vergara Sánchez en el seu enllaç;

<http://culturalesbiana.blogspot.com/2006/08/21/salud-sexual-lesbica/#more-394>

Article: Salut sexual lèsbica. Una experiència exitosa

"Entre les dones de grups vulnerables, com aquelles amb orientacions sexuals diverses, es troben les lesbianes i les dones que tenen sexe amb dones. Malgrat que el Pacte internacional sobre Drets Civils i Polítics, firmat per Mèxic, estableix la prohibició de discriminar a causa de l'orientació sexual, la salut lèsbica en general continua sent vulnerable, entre altres temes, en aquells que tenen a veure en un principi amb la lesbofòbia:

- 1. L'estigma, senyal que es viu, per desgràcia encara en molts nivells, tant socials, com culturals i religiosos; afecta la salut física i psicològica.*
- 2. La violència de posar-se vermella –tant socialment com en algunes famílies que encara són hostils amb les seves integrants lesbianes.*
- 3. Accessos en la salut mental –quan encara hi ha alguns professionals sense capacitat actualitzada i amb una manera d'actuar amb prejudicis.*
- 4. L'aspecte econòmic, atesa la dificultat per accedir al dret a la Seguretat Social, en la mesura que les llars lèsbiques segueixen sense reconeixement legal, i el menor poder adquisitiu que les dones en general viuen com a gènere. Tot això, afegit a les polítiques de privatització de la salut de caire mundial."*

http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/Art_MariaElena.pdf

Article sobre "Apunts des de l'experiència d'atenció". Per María Elena Galarreta

Presentació

El segle XIX, la medicina no sols s'encarrega del coneixement de la malaltia, sinó també de les regles de discriminació entre allò normal i allò patològic; així, l'homosexualitat i el lesbianisme són classificats com a estats patològics.

Intentaré presentar una revisió de la situació de salut de les lesbianes al Perú, per la qual cosa faré referència a informació recollida en la meua experiència personal com a obstètric als tallers derivats del Moviment Homosexual de Lima, des de fa 6 anys aproximadament, dels quals va sorgir la necessitat d'un espai per a atenció de problemes de salut en la població lesbiana, és a dir, un consultori al qual elles puguin acudir assumint la seva vertadera identitat i algunes experiències a la regió, amb dades que per la similitud de la població podríem extrapolar a la nostra realitat, ja que al Perú no hi ha investigacions que abordin el tema.

Per a més informació sobre la salut de les lesbianes, podeu contactar amb les entitats generalistes LGTB i entitats especialitzades. A la pàgina web del Programa per al col·lectiu gai, lesbià i transsexual de la Generalitat de Catalunya trobareu el directori d'entitats a:

www.gencat.cat/dasc/lgbt

ACORD. Assessorament, Counselling, Orientació i Recursos per a Dones lesbianes, bisexuals i transsexuals

AMPGIL. Associació de Mares, Pares i Familiars de Gais i Lesbianes

ATC Libertad

Barcedona

CGL. Coordinadora Gai Lesbiana

CTC. Col·lectiu Transsexual de Catalunya

Creación Positiva. Associació de persones amb VIH des de perspectiva de gènere.

EAGLE. Espai d'Acció Gai Lesbià de Lleida

Ens entenem

E-KRE@

FLG. Associació de Famílies Lesbianes i Gais

GAG. Grup d'Amics Gais, Lesbianes, Transsexuals i Bisexuals

Grup ELLES

Grup Jove de gais i lesbianes. CGL

GLG. Grup de Lesbianes de Girona

H2O. Gais, lesbianes, bisexuals i transsexuals del Camp de Tarragona

JAHVA. Joves per a l'Alliberament Homosexual a Vilafranca

JIS. Joves per la igualtat i la solidaritat

L'ARMARI. Col·lectiu de joves per l'alliberament sexual

Lesbianes Feministes

Salario Debido a las Lesbianas

SIDA STUDI

Sin Vergüenza, Associació Universitària

Stop Sida

Tal com som

Xarxa Trans Intersex

HOMES I DONES TRANSEXUALS/TRANSGÈNERE I INTERSEXUALS

L' apropiació de la biomedicina dels cossos ha donat fruit en la medicalització i la patologització de la transsexualitat, dels transgènere i els intersexuals. Aquest fenomen, com he descrit amb anterioritat, és absolutament artificial i producte d'una història que posa en situació de vulnerabilitat les persones dels col·lectius LGTB, i, en concret i sobretot les persones transsexuals.

El llibre que Diana Maffia compila és imprescindible per abordar el vincle entre transsexualitat, transgènere i intersexualitat en la nostra societat i la salut.

<http://dianamaffia.com.ar/archivos/sexualidadesmigrantesdm.pdf>

Eva Giberti, en el seu capítol, fa una revisió històrica molt interessant de com es creen els conceptes:

“Per què introduixo una síntesi que inclou una ordenació bibliogràfica de les produccions que es van ocupar, amb vocació científica, dels transvestits, els/les transsexuals, els/les hermafrodites?”

Perquè aquesta documentació evidencia com es va construir –es continua construint– un segment de la realitat concebut d'acord amb les convencions socials i a partir de lògiques fortes, aristotèliques, ometent esmentar l'«altra història», la dels qui fins ara havien estat “perdedors” o desconeguts.

Les lògiques denominades “fortes” van sostenir el pensament binari que va instituir –mitjançant el patriarcat– l'oposició/complementarietat home/dona; a partir d'aquesta ordenació, qualsevol diversitat va ser consignada com a desviació, perversió, vici, degeneració, pecat, perill social. La bibliografia que a continuació exposo i que sintetitza els continguts de pensament d'un extens món acadèmic és representativa del segment esmentat.

El 1910 Alfred Adler va escriure “Les hermaphroditismus psychiques dans la vie et dans la neurosis”, progrés de la medicina, en la qual va descriure la protesta viril analitzada en l'ambivalència sexual. Freud va utilitzar alguns dels seus conceptes en el cas Schreber.

Hirschfeld, metge alemany, sexòleg i investigador, havia escrit, el mateix any Un estudi sobre els transvestits i la seva impulsió de somnis eròtics utilitzant un vast material casuístic i històric. Un any després, Edward Carpenter va aplicar per primera vegada l'expressió cross-dressing. També el 1910

Freud es va ocupar d'un cas de demència paranoide (una metamorfosi sexual de transgènere: síntesi i obertures de caire psicòtic). I durant aquell any, Magnan, V. i Pozzi, S. van produir una discussió sobre una història d'homosexualitat com a efecte psíquic de l'hermafroditisme, que va constituir la versió francesa d'un "cervell d'home en un cos de dona".

El 1918, Magnus Hirschfeld va fundar a Berlín l'Institut d'Investigacions Sexuals; l'institut esmentat, que guardava històries clíniques i investigacions, disposava també d'una biblioteca que contenia més de 20.000 volums especialitzats en sexualitat. Tot aquest material va ser destruït pels estudiants nazis el 1933. Segons els rumors, aquests arxius contindrien una excessiva quantitat de dades sobre jerarquies del nazisme.

Hirschfeld va continuar escrivint sobre els pacients transvestits i va organitzar, junt amb Havelock Ellis i amb Forel, el 1r Congrés de Reforma Sexual, celebrat el 1921; el van seguir els congressos de Viena, el 1930, i la Fundació de la Lliga Mundial de Reforma Sexual, que van anar acompanyats de la publicació de les seves primeres obres sobre homosexualitat (1920), de pràctiques sexuals no habituals (1933) i una altra de referent a les perversions (1938). Es proposava elaborar una sociologia sexual en la qual els problemes ètics, criminològics i legislatius ocupessin un lloc significatiu. Coincidint amb Forel, pensava que no haurien d'haver-hi problemes entre la higiene sexual (així se la denominava en aquella època) i l'ètica sexual. Hirschfeld havia avançat més encara: va mantenir una batalla contra l'article 175 de l'antic Codi penal alemany que condemnava amb cinc anys de presó els homosexuals.

Entre 1913 i 1918 es van incloure noves investigacions sobre homosexualitat i transsexualisme; aquest últim havia pres posició com a criteri que començava a diferenciar-se del transvestisme i que Kraft Ebbing va estudiar, les conclusions del qual va publicar el 1923.

En els anys vint, H. Benjamin havia aplicat un dels primers tractaments hormonals a una persona transsexual. El 1931, a Alemanya, va tenir lloc la primera o una de les primeres operacions quirúrgiques de canvi de sexe, a la qual es va atrevir una jove pintora, Lili Elbe, que poc després va morir en un prematur intent de creació de vagina. Novament, el 1931 i el 1947, dues vegades (40) i amb Giberti el 1950 i el 1952, es van conèixer altres casos de creació de neovagines, fins i tot Christine Jorgensen, operada a Dinamarca pel doctor Hamburger, entre 1951 i 1954, va assolir notorietat mundial i el seu cas va disparar les tècniques i demandes quirúrgiques de

la transsexualitat contemporània. El 1953, H. Benjamin, en un article publicat en l'International Journal of Sexology, Transvestism and Transsexualism va encunyar científicament el terme transsexual creat pel divulgador mèdic David Cauldwell, el 1950. Des de llavors, es va independitzar una sexologia de la transsexualitat, que més recentment ha començat a distingir també el concepte de transgenericitat. Prèviament, G. Devereux, el 1937 havia sorprès els investigadors en introduir el seu estudi Institutionalized Homosexuality of the Mohave Indians.

Els canvis en l'anatomia de les persones transsexuals havien començat a dur-se a terme, i a partir de 1950 el tema va començar a conèixer-se i a debatre's més enllà dels àmbits científics. "L'evolució jurisprudencial va quedar esbossada en l'assumpte S. Nadine –segons l'anàlisi de G. Vincent, (1990): Nadine vol que es jutgi la seva pertinença al sexe masculí i demana canviar el seu nom pel de Michel. La seva petició va ser desestimada. El tribunal va plantejar: «Un estat de desemparament psicològic no constitueix un interès legítim que autoritzi a un canvi d'estat».

Malgrat les intervencions quirúrgiques a què ella s'havia sotmès, «la demanant continua sent de sexe femení», segons l'error de 1983. Malgrat aquest error de la Cort de Cassació, uns anys abans, el 1979, un altre tribunal (en una altra jurisdicció) va afirmar: «El transsexualisme no és cap caprici». I el 1981, el fiscal de la República (França), autoritzant la intervenció quirúrgica, deia: "La llei no defineix el sexe". Van ser alguns, els historials que van continuar a partir d'aquest precedent. El transsexual no sol·licita un canvi, sinó una rectificació, va afirmar Vincent, no una mutació, sinó una constatació.

El 1928, Virginia Woolf va produir la seva obra Orlando, avançant en el tema transgènere com a alternança del masculí, el femení, la joventut i la maduresa; aquell any, Havelok Ellis va reprendre el seu concepte d'eonisme per referir-se als transvestits.

Des d'altres perspectives i sense haver-se ocupat específicament dels transgènere: síntesi i obertures de ment de transgènere, Freud va proposar la seva teoria sobre la bisexualitat humana, inspirat en la tesi del seu amic Fliess. Va sostenir la bisexualitat com a dada constituent dels éssers humans en algunes de les seves obres. I en oposició amb la tesi d'altres autors en una nota al peu de tres assaigs sobre la teoria de la sexualitat (1905), va sostenir que no hi ha diferències fonamentals entre els/les hétero i els/les homosexuals. En dues de les seves obres va esmentar l'hermafroditisme sense que el tema constituís motiu prioritari de les seves aportacions. Per la

seva banda, R. Stoller, en el seu assaig *Faits et Hypothèses* (1973), revisà el concepte freudià de bisexualitat i va assenyalar que aquesta constitueix el referent per a l'homosexualitat respecte del plaer produït pel coit hétéro i homosexual, i per la capacitat que tenen certes cèl·lules i certs teixits per canviar d'aparença i de funció, passant des d'allò que és característic d'un sexe a allò que és característic de l'altre. Stoller, que va assenyalar el que va considerar dos errors de Freud en l'anàlisi de la bisexualitat, va escriure aquest article proposant-se examinar, des d'un context biològic, la utilització freudiana del concepte esmentat, intentant enriquir-lo a partir dels descobriments dels últims vint anys (1950-1970).

Otto Fenichel va analitzar la que va denominar psicologia del transvestisme i E. Gutheil va publicar *Analysis of a Case of Transvestism*. El 1931, W. Fairbairn va presentar el primer historial d'una anàlisi a un pacient intersexual: *Features in the Analysis of a Patient with a Physical Genital Abnormality*. Les psicoanalistes que aplicaven els continguts de la seva teoria a l'anàlisi de les persones transgènere, el 1954 van editar dos treballs: H. Deutsch: *A Case of Transvestism*, però en realitat es tractava d'un transsexual. També el 1954 E. Gutheil va fundar la teoria psicoanalítica del transsexualisme com una psicopatologia pròpia d'un conflicte neuròtic, si bé admetent la intervenció quirúrgica acordada amb el pacient.

El 1956, J. M. Alby va presentar la seva tesi "*Contribution l'étude du transsexualisme*", oposant-se a les intervencions quirúrgiques i diagnosticant la transsexualitat en l'àmbit de la perversió.

L'aportament d'L. Israel i P. Geissmann (1960) va insistir en el fet que es tracta de persones homosexuals que anticipen un desenllaç psicopàtic.

En anys posteriors Lacan va produir diversos aportaments al tema (42).

Giberty, el 1971 havia sostingut: "el transsexual no vol saber de res" i aquell mateix any es va conèixer el seu text: "*D'una qüestió preliminar a tot tractament possible de la psicosi*", i posteriorment la seva aportació sobre "*Joyce, el Sinthome*" (1977) i el *Seminari XX*.

Encara A. Green (1981) es va referir a la psicosi transsexual (1973) al mateix temps que va introduir la idea d'experiències psicòtiques normals (1975). També el 1975 Potamianou es va ocupar del transsexualisme femení, mentre Chasseguet-Smirguet va reflexionar sobre el deliri transsexual de Schreber. Qui va introduir la contrastació entre sexe i gènere i identitat sexual va ser Fauro-Oppenheimer (1980).

Entre 1955 i 1971, Money va proposar la relació sexe-gènere a partir de la seqüència del desenvolupament; va sostenir que la forma en què es relacionen allò innat i allò adquirit, així com allò biològic i allò social-cultural generen persones hétero o homosexuals (diferenciació), categories que no estan separades, sinó que formen part d'una continuïtat. El descobriment d'alteracions hormonals prenatales (síndrome de Klinefelter) es va incorporar a la seva concepció del sexe com a dada biològica, mentre que les alteracions del gènere es van constituir en les que va categoritzar com a identitat i rol del gènere.

El 1981 M. Safouan va editar "Contribució a l'anàlisi del transsexualisme", i el mateix any, C. Piat va publicar "Aspects du transsexualisme". El 1983, L. Lothstein va avançar des de criteris combatius: no sols va sostenir que la intervenció quirúrgica i/o el canvi de sexe com a tal és una posada en acte, sinó que es va referir a les companyies d'assegurances que es fan càrrec de la reassignació quirúrgica de sexe però no assumeixen el pagament de la psicoteràpia, que estima fonamental per a les persones transsexuals. Així mateix, va plantejar la responsabilitat dels/de les professionals que s'acullen a la decisió dels cirurgians sense decidir-se a buscar noves formes de psicoteràpia per tractar els/les transsexuals, i va dirigir les seves crítiques als grups de defensa de les persones transsexuals en la mesura que aquestes només pressionin a favor de la intervenció quirúrgica i avaluin prioritàriament la discriminació que aquelles suporten. Aquesta autora va afirmar que els/les transsexuals, en realitat, sol·liciten ajuda psicològica. La seva lectura psicoanalítica s'orienta cap a la relació amb transgènere: síntesis i obertures de la mare i el que anomena alteració del sistema psíquic que organitza un mateix, en ocupar-se d'infantesa i transsexualisme.

Chiland (1988) va recuperar l'original distinció entre transsexualisme primari i secundari. L'enunciació d'aquests aportaments científics intenta focalitzar, somerament, els paràmetres entre els quals van començar a transitar les persones transgènere quan va ser possible arriscar-se a esmentar el que llavors es classificava com a desviació i malaltia. Suportaven l'aclapament de ser portadores d'una desgràcia infinita i de les vergonyes concomitants.

Però des de 1992, segons els treballs d'F. Pfäfflin, i A. Junge, quan els diagnòstics són correctes, així com els tractaments, és possible convertir o tractar els pacients com a clients de cirurgia plàstica. Criteri en discussió, ja que s'interpreta com un desbordament llibertari. En paraules de P. H. Castel (1996), mitjançant aquesta acció directa sobre el cos se subvertirien els estereotips sexistes i d'aquesta manera els/les transsexuals constituïran

l'avantguarda d'una reapropiació absoluta de si mateixos/xes i dels seus cossos. Afirmació que se suma al debat sobre els diferents estudis que les persones transgènere generen tant en la psicoanàlisi des d'on s'articulen diferències teòriques: personalitats en un trastorn límit de la personalitat o psicòtics, fins als diversos nivells d'anàlisi a què s'enfronta com a recíprocament excloents. És a dir, si la interpretació i la lectura del tema es desgrana des dels drets humans o des de la psicopatologia, o bé des de l'antropologia i també des de la militància i la perspectiva política. Qualsevol d'aquestes pot desembocar en la necessitat d'intervenció psicoterapèutica i/o en la intervenció quirúrgica exclusiva. L'empremta de la bioètica és nova i adquireix importància significativa a partir de les consultes que es dirigeixen als comitès de bioètica dels serveis hospitalaris.

L'altra història

El reclam que demana conèixer com s'instal·len i van instal·lar les persones transgènere en diversos països i en diferents èpoques (Giberti) ens condueix a l'antropologia i a les històries narrades per viatgers. Entre nosaltres l'antropòloga Josefina Fernández, en la seva investigació (inèdita) va sostenir: "Una de les ciències que s'ha preocupat per mostrar el caràcter culturalment variable del comportament sexual és l'antropologia. Com bé assenyala Barreda (1993), els estudis antropològics que aborden la temàtica de la sexualitat intenten desxifrar quin és el criteri bàsic de diferenciació entre els sexes; quines són les especificitats de les representacions que orienten els comportaments sexuals i com aquestes representacions són viscudes pels actors i actores socials en situacions i contexts socioculturals concrets."

La mateixa autora cita Gilbert Herdt (1996), al seu llibre *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*, en el qual va compilar un conjunt d'articles en els quals es discuteix la viabilitat de la categoria de tercer sexe o tercer gènere.

Segons la seva opinió, no hi ha per què buscar una relació absoluta entre orientació sexual i tercer sexe o tercer gènere:

"Les categories baró i dona –basades en criteris anatòmics– no són ni universals ni conceptes vàlids per a un sistema de classificació de gènere. La categoria de tercer sexe i tercer gènere contribueix a impugnar el dimorfisme sexual. És un intent orientat a comprendre com en determinats llocs i moments històrics la gent construeix categories no sols sobre la base d'un cos natural, sinó també sobre la base del que Garfinkel (1967) anomena

genitals culturals. Es tracta d'individus que transcendeixen les categories de baró/dona, masculí/femení. Aquests individus són agrupats en categories ontològiques, identitats, tasques, rols, practiques i institucions divergents que han resultat ser més que dos tipus de persones; és a dir, que els occidentals classificarien com a dos sexes (baró i dona) i dos gèneres (masculí i femení) [...].”

Segons Roscoe, no cal creure que hi hagi tres o més sexes físics, perquè tinguin lloc múltiples gèneres.

“En un paradigma de gènere múltiple, els marcadors del sexe, són vistos com no menys arbitraris que les elaboracions socioculturals del sexe en la forma d'identitats de gènere i rols de gènere.

No totes les cultures reconeixen els mateixos marcadors anatòmics de transgèneres: síntesis i obertures del cos (45), i no totes perceben les marques anatòmiques com a naturals i contraposades a un domini diferent del cultural. En molts casos, conèixer els genitals que un individu té és menys important que conèixer com els cossos són culturalment construïts i quins trets i processos particulars es consideren compromesos amb el sexe.”

Una altra índole d'informacions és la que pot rastrejar-se en mites provinents d'èpoques arcaïques, en cultures indígenes i en cultures de pobles asiàtics:

MITES ARCAICS

La incorporació de les dades que es troben en investigacions arqueològiques i antropològiques d'èpoques arcaïques ha estat possible mercès a la meticulosa observació d'alguns estudiosos.

Els que enumero a continuació són alguns dels múltiples exemples que es troben en les aportacions que va fer la investigadora Francisca Martín-Cano Abreu (1999, 2000, 2001, 2002).

Aquesta autora, la tesi de la qual enllaça coneixements d'astronomia i arqueologia, va sistematitzar aquestes perspectives amb els estudis de gènere. Les dades que es refereixen a l'hermafroditisme, trobades en cultures prehistòriques (escultures hermafrodites: la deessa personificació del principi masculí i femení amb funció d'autofecundar-se i donar a llum totes les coses) (2001) li permeten sostenir:

“L'hermafroditisme ha estat representat metafòricament tant en èpoques prehistòriques com en civilitzacions primitives de diverses maneres, en escultures que representen dos sexes o que els inclouen: tenen mames

femenines i genitals masculins. O en estàtues que tenen forma allargada fàl·lica i amb atributs indubtablement femenins. Presenten fusionades característiques d'ambdós sexes: mames, vulva, embarassos, i externament la figuració és fàl·lica [...], o figures femenines que, segons com se les miri, figuren ser genitals masculins [...]. Posteriorment es va dividir en una Parella Divina d'ambdós sexes o va ser convertida en divinitats masculines.”

Francisca Martín-Cano Abreu dibuixa, copiant-les, cada una de les estatuets trobades, les descriu visualment i, mercès a la seva perícia com a dibuixant, permet constatar la varietat i la quantitat de dissenys que en les diverses cultures van establir (Giberti, 46) el terme hermafroditisme com una dimensió sociocultural qualificada, associada a la divinitat i els cultes.

Algun dels seus exemples: a Xipre, formant part de les cultures prehistòriques i en l'edat del bronze, es van trobar gran quantitat d'amulets relacionats amb la fertilitat, en forma de penjolls de collarets en terracota, tipus cruciforme: amb braços estesos com ales, que l'autora relaciona amb la constel·lació del cigne i la creu del Nord, cames flexionades i clivella entre aquestes, llarg coll amb cap com a gland, sent el nas l'orifici uretral, clarament hermafrodites.

Les investigacions de la mateixa autora informen sobre les cultures africanes: al Camerun i el Gabon apareixen les escultures dobles universals, representació de la dualitat de deesses trobades des del paleolític. Per exemple, la dualitat dels Fang de dues figures adossades per l'esquena amb mames que alhora tenen forma fàl·lica i caps com a gland, al·lusius al seu hermafroditisme.

Al Congo (El Zaire), al poble Dogón, hereu dels Tellem, es troben abundants escultures de l'esperit ancestral Nommo. Es presenta en imatges tant femenines com masculines i hermafrodites.

També la divinitat ancestral Nommo hermafrodita amb barba ritual, cos i mames femenines i trets facials i cabells masculins.

A Nigèria, els Dzukun/Jukun, els Ashantis de Ghana i els Lobi del Camerun produeixen cons de terracota antropomòrfics per col·locar a les tombes; serien una evolució dels arcaics monòlits ekol, concrecions de l'esperit ancestral hermafrodita, objectivada en escultures amb atributs d'ambdós sexes o en forma de figura de pedra/betil/ònfals, que es venera d'aquesta forma als boscos sagrats, com l'Ekoi/Akwanshi del segle XVI tallat en pedra per un artista del poble Ekoi/Ejagham.

A Itàlia, durant el paleolític, apareix l'ídol en esteatita verd del llac (Trasimeno) que, per davant presenta mames i genitals femenins i per darrere simula genitals masculins, amb extremitats acabades en punta (peça reiteradament descrita pels estudiosos). En la mateixa època s'hi afegeix la deessa hermafrodita de Grimaldi.

INDÍGENES AMERICANS

Entre els indígenes nord-americans, Crow, l'antropòleg.

Transgènere: síntesi i obertures (47)

Lowie, R. (1937) va reportar l'existència dels berdatxes, persones que eren genèticament homes i que deixaven de fer activitats masculines com caçar, lluitar en guerres i assumien un paper ambigu: vestien i parlaven com dones, feien créixer el seus cabells com dones i es dedicaven a la cuina i a la costura.

Eren homosexuals transvestits i aquesta característica s'interpretava com una diferència espiritual: Déu els va fer així. Eren shamans poderosos; alguns d'ells prenen certs homes com a esposos i eren respectats en la seva comunitat. Algunes dones es convertien en shamanes poderoses i adquirien esposos. Coneixien la seva "doble competència social" que els garantia el seu poder. El berdatxe va constituir un suport clau en les pràctiques socials i culturals: van tenir responsabilitats terapèutiques, rituals, polítiques i econòmiques, és a dir, estaven inscrits en la totalitat del sistema. Per la seva banda, en els berdatxe navajo, l'anomenat nadle era reconegut com a home i dona. La seva presència constituïa un bon auguri per a la seva família perquè estava destinat a convertir-se en un cap. Era l'encarregat de preparar els menjars, teixir, cuidar-se de les ovelles i acompanyar durant els parts.

Classificar els berdatxes com a homosexuals institucionalitzats seria un error. Fulton i Anderson, el 1992, van aclarir la situació: els berdatxe no demanaven canvi d'identitat de gènere, el qual s'assembla a algunes de les persones transgènere.

Tenen doble competència social, manipulen socialment la doble identitat alhora femenina i masculina, travessen les fronteres simbòliques entre ambdós gèneres i estan particularment qualificats com a shamans per travessar les fronteres entre éssers humans i esperits, entre els vius i els morts.

CULTURES ASIÀTIQUES I ORIENTALS

Una altra és la perspectiva i la filosofia dels katoeis, a Tailàndia, un país on els/les transsexuals són herois/heroïnes.

Reportatge Diari El Mundo

“Tailàndia és cada any la seu del concurs de Miss Univers per a transsexuals, té els millors cirurgians del món en operacions de canvi de sexe i ha creat una societat en la qual les katoeis, com es coneixen els transvestits, copen el protagonisme en programes de televisió, pel·lícules de cinema i balls de cabaret disseminats per tot el país. Els càlculs més conservadors suposen que existeixen (Gibert, 48) un mínim de 10.000 transsexuals vivint només a la capital, Bangkok, i que es fan més de 1.500 operacions de canvi de sexe a l’any (implantació de pits i canvi d’òrgans genitals). Malgrat que els/les transsexuals tailandesos no estan reconeguts legalment, continuen sent homes als seus carnets d’identitat i no poden casar-se. No obstant això, l’èxit ha estat tan gran que les autoritats sanitàries d’una de les principals destinacions turístiques del país, l’illa meridional de Phuket, han començat a promocionar la regió amb l’oferta de paquets turístics que inclouen sol, platja i canvi de sexe (senyor Preecha Tiewtranon).”

Vargas Llosa, en un article publicat per El País (Espanya), en narrar la seva visita a la Polinèsia, es va ocupar dels mahu, nom que en la llengua maori remet a un home-dona, una variant dels éssers humans que existia des de temps immemorials en les cultures del Pacífic.

“Una prova d’això són els quadres que va pintar Gauguin en els seus nou anys de vida a Tahití i en les Marqueses, plens d’éssers humans de gènere incert, que participen igual de la naturalesa femenina i la viril amb una naturalitat i desimboltura semblants a la manera com els seus personatges llueixen la seva nuesa, es fundin amb l’ordre natural o s’entreguin a l’oci.”

El mahu pot practicar l’homosexualitat o ser cast. El que el defineix no és com ni amb qui fa l’amor, sinó, havent nascut amb els òrgans sexuals del baró, haver optat per la feminitat, generalment des de la infantesa, i, ajudat en això la seva família i la comunitat, haver-se convertit en dona, en la seva forma de vestir, caminar, parlar, cantar, treballar i, sovint, també, és clar, però no necessàriament, «estimar».

A l’Índia actual, gràcies a la continuïtat cultural de les seves comunitats, les hijras continuen existint avui dia; estan tradicionalment socialitzades i protegides, encara que sigui en condicions de marginalitat. Viuen en petites comunitats, gairebé conventuals, sota la custòdia d’una de les membres més grans, i es guanyen la vida en el servei domèstic o la prostitució, i amb els seus ingressos rituals, ja que es considera que transmeten fortuna als casats o als nounats, per la qual cosa són convidats/ades als matrimonis i naixements. Pel carrer caminen entre el respecte general, apropant-se a la gent.

Transgènere: síntesis i obertures contínuament als vianants per demanar-los una imposició de mans o la benedicció. Als esglaons inferiors de l'escala social de Paquistán, dels eunuch-transvestits, les hijras pateixen una existència dura. Es guanyen la vida com a captaires, ballarines i prostitutes. Hijra significa hermafrodita, però la majoria són transvestits homosexuals, alguns dels quals han passat per un canvi de sexe. Les hijras viuen en comunitats de persones transgènere i persones en condicions d'intersexualitat –la majoria, homes que s'han castrat– presents a tot el sud d'Àsia. Els kothis són homes que tenen sexe amb homes i que es defineixen a si mateixos com a femenins en les relacions sexuals. L'Islam, si no com a moral –on va heretar la intransigència d'aquesta gent–, sí com a cos social, va ser, de fet, més tolerant.

VINYETA EUROPEA

Podrien recordar-se els exemples presos de Grècia i de Roma i de les civilitzacions que van envoltar la Mediterrània. El que interessa d'aquella història és el triomf de la moral iahista, que va suprimir durant un mil·lenni i mig qualsevol reconeixement públic d'aquestes manifestacions, relegades a la més absoluta clandestinitat, unida personalment a paorosos sentiments de culpa, o fins i tot a les flames de les fogueres inquisitorials. Amb prou feines sí es recorden els noms, en l'alta societat francesa del Cavaller d'Eon i de l'Abat de Choisy, i en la tradició espanyola, el d'un aventurer per la península i les Índies com Antonio de Erauso (la monja alferes), transgènere masculí.”

Al capítol d'Amalia E. Fischer, fa una descripció històrica del processos de patologització de la intersexualitat molt descriptiu:

“III. D'intersexuals, biomedicina i dicotomies

En l'Antiguitat es creia que la diferència entre els sexes es trobava en els graus de calor dels cossos. No és sinó a partir del s. XVIII, que la primera diferència entre els humans va passar a ser la sexual. Abans del s. XVIII es creia que els òrgans sexuals femenins eren similars als masculins, només que invertits i interns.

A partir del segle XVIII, amb l'ascens de la modernitat i la cristallització del pensament cartesià, és quan es produeix la dicotomització dels sexes, és quan neix la idea del sexe correcte, és a dir, la invenció del sexe, del concepte d'hermafrodita vertader, d'allò normal i allò anormal, que no permet ambigüitats.

Com ens diu Foucault, sobre l'Estat modern i la biologia, a Herculine de Barbin:

«Les teories de la sexualitat, les concepcions jurídiques de l'individu, les formes de control administratiu en els estats moderns, a poc a poc van portar el rebuig de la idea de la barreja de dos sexes en un sol cos i, consegüentment, la restricció del dret a decidir dels individus incerts.»

A partir de llavors es tindrà un sol sexe per a cada un.

A cada un la seva identitat sexual, primera, profunda, determinada i determinant... “

El pensament dualista penetrà tant a les societats d'aquella època com a totes les ciències i disciplines del coneixement occidental. En l'actualitat, trobem encara, en moltes pràctiques i discursos mèdics, restes de pensament dicotòmic, així com també la idea de l'existència d'un sexe vertader.

El pensament dualista és part de l'imaginari social occidental; d'una banda està basat en una lògica binària, que produeix exclusions i jerarquies, i, de l'altra, d'alguna manera també és cristal·litzador de les relacions de poder que van més enllà de la relació entre oprimit i opressor, que formen un engranatge molt complex i que estan lligades al coneixement, a sabers, informacions, a l'àmbit econòmic i a la subjectivitat.

Les relacions de poder no obeeixen a una sola forma d'opressió, existeixen diverses maneres de dominació, com sostenia Foucault. Aquestes formes de dominació es troben a la producció de veritat, de sabers, i discursos, són part d'un mateix procés, són un engranatge. Tot saber serà poder en la mesura que aquest saber trobi les seves possibilitats en el poder. La ciència, doncs, a la seva producció de sabers també produeix poders.

La biomedicina ha produït sabers sobre el cos humà, sobre la designació sexual i la diferència sexual, freqüentment a partir d'una visió simplista, dicotòmica, d'una lògica binària, produint un model i un desig de veritat.

El discurs biomèdic sobre la diferenciació sexual fou de Devenires, produït com un model de veritat, de forma arbitrària i simplista, ja que parteix de la concepció, d'una banda, que en haver-hi només dues gònades (ovaris i testicles), només hi ha d'haver dos sexes, dos rols socials, i, d'una altra, que la funció dels genitals és la reproducció humana, el plaer no té cap importància, cap rellevància. L'important és constituir una família nuclear, la que està deixant d'haver-hi al món occidental.

La determinació del sexe de l'embrió –i, posteriorment, de la criatura– passa per una sèrie d'etapes, d'acord amb el discurs de la biomedicina. La diferenciació sexual en els humans es produeix segons el discurs biomèdic, de la manera següent:

Els mamífers, tant el mascle com la femella, en estat embrionari parteixen d'una mateixa base femenina, són anatòmicament idèntics. Posteriorment canviaran depenent de la presència o absència del cromosoma Y: si aquest hi és present, hi haurà suposadament una masculinització de l'embrió i apareixeran les gònades masculines, és a dir, els testicles; aquests produeixen secrecions que són les hormones, que fan un paper important en el desenvolupament sexual tant d'homes com de dones. Val la pena dir que

ambdós sexes produeixen les mateixes hormones, només que en quantitats diferents.

La designació del sexe també es basa en la mida correcta que han de tenir tant el clítoris com el penis de les criatures en néixer. El clítoris, per ser «normal», ha de mesurar entre 0 i 0,9 cm, i el penis, entre 2,5 i 4,5 cm. Si un clítoris és més llarg de 0,9, és anormal, i si un penis és menor de 2,5 també és «anormal». Aquesta classificació del que és normal o anormal, del que és correcte o incorrecte, és arbitrària, construïda a partir d'un pensament simple i preassenyat.

Si el clítoris passa de determinada mesura, és a dir, és més gros, fora del padró i dels criteris establerts per la biomedicina, i no assoleix la mesura que suposadament ha de tenir un pene, (26) la criatura sofreix l'amputació de l'òrgan; si no té una vagina, se li'n crea una i és transformada en un individu de sexe femení, posteriorment haurà de prendre hormones per desenvolupar els pits. És més fàcil, segons els metges, crear quirúrgicament femelles, construir una vagina que un penis.

Els éssers que neixen amb genitals ambigus són classificats per la biomedicina com a:

- Pseudohermafrodites masculí i femení, en els quals són trobats testicles i ovaris respectivament. Els pseudohermafrodites femenins tenen cariotip XX i els masculins XY.
- Hermafroditisme vertader, on coexisteixen teixits de les gònades masculins i femenins en una mateixa persona.

Hi ha també una condició ambigua, que és freqüent i que passa desapercibuda, són persones genèticament masculines, que produeixen testosterona, però que als seus cossos –siguin aquests femenins o masculins– hi ha una falta de recepció, de lectura

d'aquesta hormona. Aquests individus, poden ser unes «perfectes» dones, tenir vulva, veu femenina, són sense pèl (és a dir, no tenen un excés de berrissols a la cara o al cos) i tanmateix genèticament són mascles. Es pot ressaltar que aquesta condició biològica, cultural i social d'algunes persones, és un element més que hauria de portar a la biomedicina a pensar, a replantejar-se d'una manera més complexa, la designació del sexe; a produir un discurs fora de la lògica binària de masculí o femení, normal o patològic i dels prejudicis socials.

Tanmateix, la designació del sexe continua sent, dins de la lògica del pensament binari, la pràctica mèdica que no respecta els drets sexuals i el dret a elegir de les criatures en néixer.

A continuació, vegem diversos exemples clars del discurs biomèdic a Brasil sobre intersexualitat, trobats a Internet:

“Quan els genitals siguin rudimentaris, s’ha de donar preferència al sexe femení; una vegada establerta la identitat sexual (al voltant de 18 mesos d’edat), aquesta identificació ha de ser preservada. [...] Les mesures quirúrgiques estan indicades per millorar l’aspecte dels òrgans genitals.

Tractant-se de feminització, abans dels 18 mesos s’ha de fer l’obertura del pit urogenital, l’amputació del clítoris.

[...] Per concloure, s’ha de ressaltar la importància del diagnòstic precoç, així com l’adopció de mesures terapèutiques correctes en època oportuna, per conferir característiques al més pròximes possibles al sexe adoptat i així millorar el pronòstic social d’aquests individus, com la seva convivència familiar i social (28). (Bagnoli, Fonseca i Almeida Junqueira).”

ESTATS INTERSEXUALS: DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT

<http://www.sogesp.com.br>

“La investigació va tenir com a criteris conèixer les causes de l’ambigüïtat sexual, la realització d’un examen de cromosomes o cariotip, que és prioritari per determinar el tipus de tractament que ha de ser practicat, inclusivament quirúrgic. [...] El diagnòstic fet des de la maternitat disminueix l’impacte de la condició i les incerteses del comportament sexual de l’individu en el futur. [...] El fet de no recórrer a algun tipus de tractament pot portar des d’incertesa en la definició sexual fins al desconeixement de conseqüències en la fertilitat”.

INDAGACIÓ REVELA CAUSES D'HERMAFRODITISMES. CIÈNCIA-PRESS.

<http://www.scribd.com/doc/13665573/Sexualidades-Migrantes>

“El problema és disminuït amb cirurgies plàstiques, en les quals els testicles són retirats i el clítoris disminuït.” (Cocolo i Castro; É. Menino. Comunicação - UNIFESP, Saude Paullista.)

“Moltes criatures, després de la investigació, són sotmeses a una cirurgia plàstica dels genitals. En la mesura que sigui possible, procurem fer aquesta cirurgia com més aviat millor, perquè això facilita l'acceptació o comprensió de la família.”(Hermafroditisme respon de 4 a 10% dels casos d'ambigüitat sexual.)

El discurs biomèdic, com s'ha explicat anteriorment, fa permeable també la resta de la societat. La majoria de les persones pensen que l'existència d'intersexuals és un mite, una aberració, una monstruositat de la naturalesa.

Frida Gorbach, en un article a Internet, a la revista digital Opera Mundi, d'agost de 2002, explica la contradicció existent entre text i imatge, en una publicació de la Gasetta Mèdica de Mèxic, 1889. Crida l'atenció el títol que dona al seu article crític del discurs mèdic sobre els intersexuals: «Monstruositat biològica». Aquest és un exemple de com el llenguatge, els nostres prejudicis, que són part del nostre imaginari social, estan tan arrelats en nosaltres.

Les persones més progressistes, amb relació a la intersexualitat, diuen el següent: «bo, però l'índex ha de ser baix, insignificant». Es pot aclarir aquí que no es tenen dades exactes de la quantitat d'intersexuals que hi ha al món, però fins i tot si fos un, la quantitat no importa. La lògica que s'amaga darrere d'aquest comentari, és la lògica de la representativitat, de les identitats fixes: necessitem tenir dades estadístiques prou representatives perquè l'existència d'alguna cosa pugui ser tinguda en compte. Els intersexuals no són únicament estadístics, són subjectivitats que tenen drets i que els són negats, no importa si hi ha un nombre petit o gran d'intersexuals al món, l'important és que puguin exercir tots els seus drets, començant pel dret a elegir.

Si els intersexuals en l'antiguitat eren considerats com a déus, en la modernitat van passar a ser monstres, allò que se surt dels patrons coneguts, patologia.

El que la biomedicina i la jurisprudència fan amb els intersexuals, no és ni més ni menys que una més de les domesticacions que s'han comès, amb la diferència, tan inhumana com la que en certes cultures es comet amb les nenes, amputant-los els seus òrgans genitals quan arriben a la pubertat o a l'adolescència. Hem escoltat en els mitjans, a les universitats, entre les feministes, sobre la clitoridectomia practicada a nenes a certes regions africanes. Tanmateix, mai o poques vegades hem conegut denúncies contra metges, contra la institució biomèdica, per exercir aquesta pràctica en criatures intersexuals.

Tenim poc coneixement sobre aquestes cirurgies, que moltes vegades són fetes quan aquestes criatures tenen alguns mesos de vida o en la pubertat. Aquestes intervencions quirúrgiques són un atac constant als drets humans dels intersexuals en la infantesa, en la pubertat o en l'adolescència i que moltes vegades els deixen sense plaer, amb greus problemes urinaris.

L'existència d'intersexuals trenca amb l'esquema del pensament binari que classifica els sexes en dos i amb el discurs biomèdic de la designació del sexe. La pregunta que cal fer-se és la següent: per què no donar la volta a aquest pensament dicotòmic i veure que els intersexuals són producte de sistemes biològics complexos, interdependents, caòtics en continu ordre/desordre/ordre?

Independentment que el desordre del sistema biològic hagi estat produït per la intervenció humana o no (ingestió d'hormones durant la gestació), els intersexuals no són un error de la naturalesa, sinó una forma diferent, un agenciament diferent d'organització del sistema biològic. I fins i tot havent estat produïts per ingestió d'hormones per les seves mares, no és per ser efecte d'una causa que s'ha de tractar com un objecte defectuós que ha de ser corregit.

Els intersexuals no són un problema, sinó la imatge de pensament habituat a dos sexes, vertaders, oposats, únics.

Imatge de pensament que és mandrosa, impositiva, jeràrquica, que no vol fer l'esforç de veure que els intersexuals són els disruptors de la biologia, causalista, binària.

Aquesta biologia no és capaç de suportar l'ambigüitat «natural» de cap ésser. Per això, als que neixen amb els dos sexes, cal definir-los en un o un altre. Cal intervenir-los quirúrgicament i en el millor dels casos els especialistes es reuneixen per decidir com i quan serà l'operació, avisen els pares que aquesta ha de ser al més aviat possible, perquè «la interiorització del gènere sigui menys complicada i no hi hagi crisi d'identitat sexual posteriorment».

Els intersexuals no són un problema, el problema són les nostres ments, les nostres societats amb pensament binari i dicotòmic, que apunten al que és normal o no, el que és funcional o no, el problema rau en el fet que no respectem la diferència, perquè estem habituats, en el millor dels casos, a tolerar, però no a respectar. Tenim la tendència a mantenir l'hàbit mental de classificar, jutjar i categoritzar-ho tot. El respecte pot ser un mitjà per sortir de la lògica binària, de la política d'identitat; ens fa tenir en compte que quan estem davant la diferència, estem davant una subjectivitat.

Pema Chrodon, monja tibetana, diu que seria interessant fer l'exercici mental següent: quan entrem en un espai on no coneixem ningú, és important fer una pausa, intentar no pensar, no jutjar cap persona que es trobi allà. A simple vista sembla un exercici ximple, però no emetrem judicis de valor, prejudicis? serà que no sentirem rebuigs o afinitats cap a unes o altres persones? És difícil deixar de pensar en forma binària. No pensar dicotòmicament és un compromís ètic, amb la diferència, a més, de ser un compromís amb nosaltres mateixos. En respectar la diferència estem construint valors ètics diferents als existents, intentant no pensar dualment, respectar la diferència és un exercici mental continu difícil, però summament important per produir una imatge de pensament diferent.

En aquest article, Mauro Cabral fa una bona crítica de la perspectiva de gènere que exclou la possibilitat que el sexe no sigui una construcció per si mateixa.

http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b18/ART_Mauro.pdf

“La relació de coextensivitat plantejada per la perspectiva de gènere entre la transgeneritat i el sistema biotecnològic com a opressió, es vincula, a més, amb la profunda identificació entre diferència sexual i humanitat sexuada. En aquest sentit, l'apel·lació transgènere, per als qui vulguin i puguin tenir projectes, sexualitats, salut i drets humans a Amèrica Llatina, escoltar-la, no consisteix –només– en la crida a una posthumanitat protèsica, sinó en la visibilització del caràcter protèsic de la idea mateixa d'una humanitat organitzada per la diferència se-xual com a sentit. La persistència de la humanitat sexuada –no com a factum, sinó com a ideal regulatiu– continua treballant intensament a l'interior de la perspectiva de gènere, minvant la seva capacitat per rebre, hospitalàriament, formes de vida que tenen lloc més enllà de les fronteres d'aquesta mateixa humanitat –com a espai assetjat i com a Llei.

Reflexionar entorn de les aportacions i desafiaments que la transgeneritat ha plantejat i planteja per al gènere i la seva família conceptual exigeix un recorregut previ i imprescindible per les modalitats específiques que han estat adoptant el diàleg tortuós entre una i altra perspectiva, els malestars que recorren ambdós camps i els supòsits –i prejudicis– que els constitueixen com a tals, traçant fronteres i zones de trobada i confusió.

La frase de Teresa de Lauretis que serveix d'epígraf a aquest treball parla –i no parla– de nosaltres. El seu referent és una subjectivitat excèntrica que, tot i la seva multiplicitat, no aconsegueix veure ni anomenar més enllà de la mateixa lògica de la diferència sexual a què s'enfronta, llevat que mirada i escolta reproduïxin, en allò essencial, la modalitat colonitzadora de sempre.

D'una manera subterrània, difícil, més lligada a les lògiques de la performance, de la irrupció poètica i del llampec, la transgeneritat treballa. Sobre la taula de biseccions, contamina. La transgeneritat circula, en els nostres dies, sota les polítiques de l'amistat, i el seu dir és, a tot arreu, la parla d'una llengua menor. He volgut llavors recórrer a penes, amb les meves paraules, alguns dels murs que històricament han assetjat, i encara avui assetgen, la potència irrefrenable de la seva interpel·lació. Aquests murs –llengües colonials, sabers caníbals, triomfs del mateix– són els que la transgeneritat furga i continuarà furgant, com diu Ariel Rojman, amb paciència. Amb humor. I amb fúria.”

Per a més informació sobre la salut de les persones trans, podeu contactar amb les entitats generalistes LGTB i entitats especialitzades. A la pàgina web del Programa per al col·lectiu gai, lesbià i transsexual de la Generalitat de Catalunya trobareu el directori d'entitats a:

www.gencat.cat/dasc/lgbt

AMPGIL. Associació de Mares, Pares i Familiars de Gais i Lesbianes

ATC Libertad CGL. Coordinadora Gai Lesbiana

CTC. Col·lectiu Transsexual de Catalunya

Creación Positiva. Associació de persones amb VIH des de perspectiva de gènere.

EAGLE. Espai d'Acció Gai Lesbià de Lleida

Ens entenem

E-KRE@

FLG. Associació de Famílies Lesbianes i Gais

GAG. Grup d'Amics Gais, Lesbianes, Transsexuals i Bisexuals

H2O. Gais, lesbianes, bisexuals i transsexuals del Camp de Tarragona

JAHVA. Joves per a l'Alliberament Homosexual a Vilafranca

JIS. Joves per la igualtat i la solidaritat

SIDA STUDI

Sin Vergüenza, Associació Universitària

Stop Sida

Tal com som

Xarxa Trans Intersex

BIBLIOGRAFIA SOBRE TEORIA QUEER I TRANSGÈNERE

- Aliaga, J. V.; Villaespesa, M. (1998) *Transgenéric@s. Representaciones y experiencias sobre los géneros, la sociedad y la sexualidad en el arte español contemporáneo*. San Sebastián. Diputación Foral de Guipúzcoa.
- Andrés, R. (2000) *La teoría queer y el activismo social*. A: Segarra, Marta; Carabí, Àngels (eds.). *Feminismo y crítica literaria*. Barcelona: Icaria.
- Bailly C. (2002) *Beurs, bears, punks: ces minorités qui dérangent*. revista 360°, julio-agosto, nº 24, Suïssa, .
- Bornstein, K. (1994) *Gender outlaw: On men, women and the rest of us*. New York: Routledge.
- Bourcier, M. H. (1999) *Q comme Queer. Les séminaires Q du Zoo* (1996-1997), Cahiers Gai Kitsch Capm, Lille.
- Bourcier, M. H. (2000) *Lesvos, oui, éditions gaies et lesbiennes*. París.
- Bourcier, M. H. (2001) "Wittig La politique". A: Witting, M., *La pensée straight*. París: Balland.
- Bourcier, M. H. (2002) *Queer zones*. París: Balland.
- Bourcier, M. H. (editora, amb Suzette Robichon) (2002). *Parce que les lesbiennes ne sont pas de femmes: autour de l'oeuvre politique, théorique et littéraire de Monique Wittig*, éditions Gaies et Lesbiennes. París.
- Butler, J. (2004) *Lenguaje, poder e identidad*. Traducció i introducció de Preciado, Beatriz; Sáez, Javier. Madrid: Ed. Síntesis.
- Butler, J. (2003) *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2001) *El grito de antígona*. Barcelona: El Roure.
- Butler, J. (2001) *El género en disputa*. Mèxic: Paidós.
- Butler, J. (2001) *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Càtedra, Madrid: Càtedra.
- Butler, J. amb Rubin, G. (2001) *Marché au sexe*. París: EPEL.
- Butler, J. (2000) (Diversos autors). *El gai saber. Introducció als estudis gais i lèsbics*. Barcelona: El Roure.

- Butler, J. (2000) *Imitación e insubordinación de género*, Revista de Occidente, nº 235, diciembre, Madrid.
- Butler, J. (2001) *Críticamente subversiva*. A: Rafael, M.; Jiménez, Mérida (ed.). *Sexualidades transgresoras*.
- Butler, J. (1999), amb Ebert, J. T.; Fuss, D.; De Lauretis, T, *Feminismos literarios*. Madrid: Arco/Libros.
- Califa, P. (1994) *Public Sex; The culture of radical sex*. San Francisco: Cleis Press.
- Califa, P. (1995) *Los misterios de la sangre*. A: www.hartza.com/califia.htm.
- Califa, P. (1996) *Sex Changes. The politics of transgenderism*. San Francisco: Cleis Press.
- De Lauretis, T. (1989) *Technologies of Gender, Bloomington*. Indiana University Press.
- De Lauretis, T. (1991) *Queer theory: Lesbian and Gay Sexualities, differences*. A: *Journal of Feminist Cultural Studies* 3, 2, pp. iii-xviii. Indiana University Press.
- De Lauretis, T. (1992) *Alicia ya no*. Madrid: Cátedra.
- De Lauretis, T. (1994) *Habit changes, differences*. A: *Journal of Feminist Cultural Studies* 6, 2-3. Indiana University Press.
- De Lauretis, T. (1994) *The Practice of Love: Lesbian sexuality and perverse desire*. Indiana University Press.
- De Lauretis, T. (1999), *Construcciones en el análisis o la lectura después de Freud*. A: Butler, J.; Eebert T.; Fuss D.; De Lauretis, T. *Feminismos literarios*. Madrid: Arco/Libros.
- De Lauretis, T. (2000) *Diferencias, Horas y Horas*. Madrid.
- De Lauretis, T. (2002) *Quand les lesbiennes n'étaient pas des femmes: sur l'aportée épistemologique de la Pensée Straight et du Corps Lesbien des années 80 à nos jours*. A: Bourcier, Marie-Hélène; Robichon, Suzette (ed.). *Parce que les lesbiennes ne sont pas de femmes: autour de l'oeuvre politique, théorique et littéraire de Monique Wittig*. París: Éditions Gaies et lesbiennes.
- Decadi, J., (1996). *Levantes nalgas. Hacia una perspectiva marica de la insumisión a la mili*. A: *Gays e insumisión* (dossier), Iruña-Pamplona: EGHAM Nafarroa.

- Deleuze, G. Foucault (1986) *Minuit*. París.
- Deleuze, G. Foucault amb Guattari, F. (1985) *El Anti-edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires, Paidós.
- Derrida, J. (1998) *Márgenes de la filosofía*. Madrid: Cátedra.
- Foucault, M. (1978a) *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1978b) *Historia de la sexualidad*. 1. La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1981) *Sexo, poder y gobierno de la identidad*, a www.hartza.com/fuckault.htm.
- Foucault, M. (1985) *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1992) *Genealogía del racismo. De la guerra de las razas al racismo de Estado*. Madrid: La Piqueta.
- Fuss, D. *Leer como una feminista*. A: Butler, J., Eebert T., Fuss D., DE
- Lauretis, T. (1999) *Feminismos literarios*. Madrid: Arco/Libros.
- Lauretis, T. (2002) *Las mujeres caídas de Freud: Identificación, deseo y «un caso de homosexualidad en una mujer»*. Mérida Jiménez, R. (ed.), Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer.
- Grace Volcano, D. (1991) *Love bites*. Londres: GMP Limited Publishers.
- Grace Volcano, D. (1991) *Sublime mutations*, Konkursbuchverlag, Tübingen, 2000.
- Halberstam, J. (1994) *F2M: The making of female masculinity. A: The Lesbian Post-modern*. DOAN, Laura (ed.). New York: Columbia University Press.
- Halberstam, J. (1998) *Female Masculinity*. Durham: Duke University Press, 1998.
- Halperin, D. Saint Foucault (1985) *Towards a Gay Hagiography*. Nova York: Oxford University Press.
- Haraway, D. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Madrid: Cátedra.
- Hidalgo, J. C.; Almagro, M.; Sánchez Palenica, C. (2001) *The queer, the prostetic body and the cyborg*. A: Bengoechea, Mercedes; Morales, Marisol (editores). *Transformaciones de las sexualidades y el género*, Universidad de Alcalá, Servicio de Publicaciones.

- Hoskings, P. D. (ed.). (1998) *Sex/Machine. Readings in Culture, Gender and Technology*. Indiana University Press.
- Katz, J. N. (1996) *The invention of heterosexuality*. Nova York: Penguin Books.
- Kessler, S. J. (1998) *The medical construction of gender. Case management of intersexual infants*. A: Hoskings, Patrick D. (ed.). *Sex/Machine. Readings in Culture, Gender and Technology*. Indiana University Press.
- Llamas, R, (comp.), (1995), *Construyendo identidades; estudios desde el corazón de una pandemia*. Madrid: Siglo XXI.
- Llamas, R, (1998) *Teoría torcida*. Madrid: Siglo XXI.
- Llamas, R, amb VILA, (1997) F. *Spain: passion for life. Una historia del movimiento de lesbianas y gays en el Estado español*. A: Buxán, José (comp.), *ConCiencia de un singular deseo. Estudios lesbianos y gays en el Estado español*. Barcelona: Laertes.
- Llamas, R, *El género y la presentación social*. Revista Archipiélago, núm. 31, Barcelona.
- Llamas, R, (1999) amb Vidarte, Paco. *Homografías*, Madrid: Espasa Calpe.
- Llamas, R, (2001) *Extravíos*. Madrid: Espasa Calpe.
- Mérida Jiménez, Rafael M. (ed.) (2002) *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria.
- Moraga, Ch.; Anzaldúa, G. (1996) *Este puente mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas en los Estados Unidos*. San Francisco: Ism Press, 1996. *This Bridge Called My Back. Writings of Radical Woman of Color*, Kitchen Table, New York: Women of Color Press.
- Nabal, E.; Sáez, J. (2000) *Mariconadas*. Editat a Internet, a www.hartza.com/mariconadas.zip (descàrrega gratuïta).
- Namaste, K. (1997), «*Tragic misreadings*»: *Queer Theory's Erasure of Transgender Subjectivity*. Beemyn, Brett; Eliason, Mickey (ed.). *Queer Studies*. New York University Press.
- Nestle, J. A (1987) *Restricted Country*. Nova York: Firebrand Press.
- Newton, E. (1972), *Mother Camp: Female Impersonators in America*. University of Chicago Press.

- Preciado, B. (2001) *Manifiesto contra-sexual*, Madrid: Opera Prima.
- Preciado, B. (2002) *Gare à la Gouine Garou! Comment se faire un corps queer à partir de la pensée straight. A: Parce que les lesbiennes ne sont pas de femmes: autour de l'oeuvre politique, théorique et littéraire de Monique Wittig*. Marie-Hélène Bourcier i Suzette Robichon. París: Éditions Gaies et lesbiennes.
- Preciado, B. (2004) *The size of the fetish: cinema, architecture and big chicks*. Princeton: Princeton Arch. Press, Princeton.
- Prieto Stambaugh, A. (1996), *La actuación de la identidad a través del performance chicano gay*. Debate Feminista, Mèxic, any 7, vol. 13, abril.
- Rapisardi, F.; Modarelli, A. (2001) *Fiestas, baños y exilios*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Rich, A. (2001) *Sangre, pan y poesía*. Barcelona: Icaria.
- Rubin, G. (1975) *The traffic in Women*, Rayna, R.; Reiter (editora). A: *Toward an Anthropology of Women*. Nova York: Monthly Review Press.
- Rubin, G. (1982) *The leather menace*. A: Samois (ed.), *Coming to power: Writings and Graphics on Lesbian S/M*, Boston: Alyson Publications.
- Rubin, G. (1989) *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. A: Vance, C. S., (1989), *Placer y peligro*. Madrid: Talasa.
- Rubin, G. (1995) *Sexual Traffic revista Differences: More gender trouble: Feminism meets Queer Theory*, vol. VI, números 2-3, Elisabeth Weed and Naomi Shor. Indiana University Press.
- Rubin, G. amb Butler, J. (2001) *Marché au sexe*. París: EPEL.
- Sáez, J. (2004), *Teoría queer y psicoanálisis*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Sáez, J. amb NABAL, Eduardo: (2000), *Mariconadas*; editat a Internet a www.hartza.com/mariconadas.zip (descàrrega gratuïta).
- Samois (ed.). (1982) *Coming to power: Writings and Graphics on Lesbian S/M*, Boston: Alyson Publications.
- Sedgwick, E. K. (1985) *Between Men: English Literature and Male Homosocial Desire*. Nova York: Columbia UP.

- Sedgwick, E. K. (1993) *Tendències*. Durham: Duke University Press.
- Sedgwick, E. K. (1998) *Epistemología del armario*. Barcelona: La Tempestad.
- Segarra, M.; Àngels Carabí A., (eds.), (2000), *Feminismo y crítica literaria*. Barcelona: Icaria.
- Segarra, M.; Àngels Carabí A., (eds.), (2000) *Reescrituras de la masculinidad*. Universidad de Barcelona.
- Suárez Briones, B. (2001) *De cómo la teoría lesbiana modificó la teoría feminista (y viceversa)*. A: Mercedes Bengoechea y Marisol Morales (editores), *(Trans)formaciones de las sexualidades y el género*, Universidad de Alcalá.
- Vance, C. S., (1989). *Placer y peligro*. Madrid: Talasa.
- Vidarte, F. J., amb Llamas, R. (1999) *Homografías*. Madrid: Espasa Calpe.
- Vidarte, F. J., amb Llamas, R. (2001) *Extravíos*. Madrid: Espasa Calpe, 2001.
- Warner, M. (editor). (1993) *Fear of a queer planet. Queer Politics and Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Weeks, J. (1991) *Against Nature. Essays on history, sexuality and identity*. Londres.
- Weeks, J. (1992) *El malestar de la sexualidad*. Madrid, Talasa.
- Weeks, J. (1995) *Valores en una era de incertidumbre*. A: Llamas, R. (comp.). *Construyendo sidentidades*. Madrid: Siglo XXI.
- Weeks, J. (1998) *Sexualidad*. Mèxic: Paidós.
- Witting, M. (1977) *El cuerpo lesbiano*. València: Pre-textos.
- Witting, M. (1992) *La pensée straight*. París: Balland, 2001. *The straight mind and other essays*. Boston: Beacon Press.