

Lo “sexual” y lo “reproductivo” Una genealogía de las definiciones de sexualidad en la arena discursiva internacional de los derechos

Facundo Boccardi¹

Recibido: 24/07/2020

Aceptado: 01/09/2020

Resumen

Este artículo indaga la producción discursiva de la sexualidad en el marco internacional de los derechos. Para ello, aborda los documentos más significativos que han definido las nociones centrales que atraviesan el campo discursivo de los derechos sexuales y reproductivos. La perspectiva analítica propuesta tiene en cuenta las disputas históricas entre diferentes formaciones discursivas y posiciones de enunciación para indagar los procesos de sedimentación que constituyen los sentidos acerca de la sexualidad. Así, mediante un abordaje genealógico del espacio discursivo de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito internacional, se visibilizan las relaciones de poder entre las diferentes formaciones discursivas que han operado en la producción de legitimidades y aceptabilidades acerca de la sexualidad. En este proceso, suscitan un interés particular los mecanismos de producción de la noción de “sexualidad integral” que ocupa una posición jerarquizada en la discursividad contemporánea.

Palabras clave: sexualidad; sexualidad integral; derechos sexuales y reproductivos; salud sexual; discurso.

The "sexual" and the "reproductive".

¹Lic. en Letras Modernas (UNC). Dr. en Semiótica (UNC). Coordinador del Programa de Estudios de Género (CEA-FCS-UNC). Docente de Teoría Literaria (FFyH-UNC).
Mail: facundoccardi@gmail.com

A genealogy of definitions of sexuality in the international discursive arena of rights

Abstract

This article investigates the discursive production of sexuality in the international framework of rights. To do this, it addresses the most significant documents that have defined the central notions that cross the discursive field of sexual and reproductive rights. The proposed analytical perspective takes into account historical disputes between different discursive formations and enunciation positions to investigate the processes of sedimentation that constitute the senses about sexuality. Thus, through a genealogical approach to the discursive space of sexual and reproductive rights in the international arena, the power relations between the different discursive formations that have operated in the production of legitimacies and acceptability about sexuality are visible. In this process, the mechanisms of production of the notion of “comprehensive sexuality” that occupies a hierarchical position in contemporary discursivity are of particular interest.

Keywords: sexuality; comprehensive sexuality; sexual and reproductive rights; sexual health; discourse.

Introducción

Animado por una vocación genealógica que busca visibilizar relaciones de poder en la producción discursiva de la sexualidad, este artículo presenta un análisis sociosemiótico² de las sedes de enunciación más significativas en la sedimentación transnacional del discurso de los derechos sexuales y reproductivos. La estrategia analítica empleada articula una mirada diacrónica que recorre los lugares de enunciación legitimados internacionalmente para trazar los límites de lo decible acerca de la sexualidad con una mirada que atiende a las tensiones entre diferentes formaciones discursivas y posiciones de enunciación que se actualizan en los diferentes momentos analizados.

² La sociosemiótica es una perspectiva teórica al interior del campo de la semiótica cuya especificidad radica en la articulación tres elementos: la concepción de los discursos como fenómenos históricos y sociales, el reconocimiento de la función cognitiva de la discursividad y en la irreductibilidad del estudio de los discursos a la lingüística (Cfr. Dalmaso, 2001).

Una de las preguntas principales de esta genealogía discursiva³ trata acerca de los modos en que se ha producido legitimidad y aceptabilidad sobre la sexualidad. Es decir, qué posiciones de enunciación ha producido la interacción entre las diferentes formaciones discursivas, qué mecanismos han prevalecido en esa producción de legitimidad y qué procedimientos de jerarquización y exclusión han tenido lugar en la construcción de la sexualidad como un objeto discursivo legitimado en campo internacional de los derechos.

Finalmente, cabe aclarar que subyace a esta indagación de la discursividad internacional un interés situado en procesos locales⁴. Se trata de un proceso iniciado en Argentina con la vuelta de la democracia en 1983 que reinscribe en la esfera pública el repertorio tópico de los Derechos Humanos y que, particularmente, en la primera década de este siglo articula la sexualidad en esa red discursiva. De esta manera, con este abordaje pretendemos generar herramientas para visibilizar la sedimentación discursiva que ha cargado con tensiones pretéritas los enunciados que circulan en las disputas actuales acerca de la sexualidad en el campo de las políticas públicas.

Las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo como arena de disputa de la sexualidad

Durante la década del noventa, se producen en el ámbito internacional instancias institucionales que marcan un punto de inflexión en la formulación de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Dado que la definición de estos derechos constituye un complejo espacio de disputa donde intervienen diferentes posiciones, resulta necesario recuperar algunos desplazamientos que tuvieron lugar en la historia reciente para delimitar un espacio discursivo que no reduzca el espesor de la sedimentación de tales disputas.

En las décadas de los 50 y 60 había resurgido, principalmente en la academia anglosajona, la hipótesis malthusiana⁵ de la “explosión demográfica” que entendía al crecimiento poblacional como una amenaza al desarrollo (Alves, 2002). La preocupación recaía particularmente sobre el crecimiento poblacional de los países asiáticos y de Latinoamérica que obedecía a la estabilización

³ Teniendo en cuenta que toda producción de sentidos se halla imbricada de relaciones de poder (Foucault, 2005; Bajtín, 2005; Angenot, 1989), la indagación genealógica que proponemos busca visibilizar la contienda histórica entre formaciones discursivas que han configurado los marcos de lo decible produciendo aceptabilidad y legitimidad e instalando escalas axiológicas (Angenot) acerca de la sexualidad.

⁴ Hemos abordado algunas de esas indagaciones en Boccardi (2010).

⁵ Este adjetivo deriva del apellido de un economista y pastor de la Iglesia Anglicana que publica su obra a comienzos del siglo XIX. La hipótesis que ha trascendido de Thomas Malthus sostiene que la población tiende siempre a crecer mucho más rápido que los medios de supervivencia. Por esa razón, consideraba necesaria la limitación de la natalidad, aunque se oponía al empleo de métodos anticonceptivos y al aborto.

de la tasa de natalidad y al incremento de la esperanza de vida debido a la mejora relativa de la calidad de vida de la población (Szasz, 2004: 486). Debido a que este crecimiento era considerado una amenaza para la supervivencia del planeta, los organismos internacionales ejercieron presiones para disminuir las tasas de natalidad en tales países.

Las primeras Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo (CIPD) organizadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) tuvieron lugar en este contexto atravesado por el crecimiento demográfico y legitimidad del discurso neomalthusiano⁶. Precisamente, la primera de estas conferencias, llevada a cabo en Roma en 1954, tuvo como eje el impacto de la población en el desarrollo de los países. En este marco, los países capitalistas desarrollados sostenían posiciones neomalthusianas considerando que un alto crecimiento poblacional constituía un obstáculo para el desarrollo, mientras que los países del tercer mundo se dividían en tres posiciones: una que sostenía la necesidad de controlar la natalidad, otra que bregaba por la promoción de la natalidad⁷ y finalmente una que consideraba que la población era un elemento neutro con respecto al desarrollo. Todavía distantes del vocabulario de los Derechos Humanos, en estas encrucijadas geopolíticas, las mujeres, sus cuerpos y su fecundidad eran consideradas variables del desarrollo económico de los países.

Marcando una distancia con las tendencias neomalthusianas, el tema de los derechos reproductivos es incluido en la CIPD de Teherán en 1968, donde se acordó que la planificación familiar era un derecho de las parejas y las familias. Posteriormente, en la CIPD de Bucarest en 1974, los derechos reproductivos ocuparon un lugar central, entendidos como el derecho de las parejas y los individuos para decidir la cantidad y el momento para tener o no hijas o hijos. En la Convención sobre Eliminación de toda Forma de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) que tuvo lugar en 1979 se planteó por primera vez que existen relaciones de dominación que afectan las condiciones en que las mujeres toman sus decisiones reproductivas.

En el marco de estos acuerdos internacionales que legitimaban los derechos reproductivos de las mujeres, durante la década del 80 se articularon en el ámbito internacional, pero fundamentalmente en los países tercermundistas, redes de movimientos de mujeres que luchaban por la implementación efectiva de los derechos reproductivos. Uno de los objetivos principales era que las mujeres accedieran al uso autónomo de los métodos anticonceptivos para que estos no fueran aplicados de manera coercitiva tal como venía ocurriendo en el marco de las políticas

⁶ A diferencia de Malthus, el neomalthusianismo no considera que la actividad sexual de la población se encuentra enlazada necesariamente con la reproducción. De este modo, promueven masivamente el uso de métodos anticonceptivos para limitar la fecundidad.

⁷ Las políticas pronatalistas fueron generalmente promovidas por la Iglesia católica y buscaban restringir el uso de métodos anticonceptivos.

neomalthusianas (Brown, 2014: 159). Al calor de este movimiento, durante una reunión internacional de mujeres realizada en Ámsterdam se creó la *Red Mundial por los Derechos Reproductivos* (Sen et al, 1994). Paralelamente, en 1984 se fundó en Colombia la *Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe* (De Barbieri, 2000: 50).

La CIPD que tiene lugar en el Cairo en 1994 constituye un punto de inflexión en el debate poblacional ya que posiciona en un lugar prioritario a los Derechos Humanos, el bienestar social, la igualdad de género y la salud reproductiva (Corrêa y Sen, 1999). Por primera vez, en el ámbito de las Naciones Unidas, las mujeres son consideradas como sujetos activos del desarrollo y no meramente como objeto de las políticas demográficas. En esta instancia, se acepta que la transición demográfica no debía abordarse desde el control coercitivo de la natalidad sino a partir de la mejora de la calidad de vida de la población, lo que, según los términos propuestos, incluye dos tópicos que habían sido instalados en la agenda de los movimientos de mujeres: la promoción de la igualdad entre varones y mujeres y la consideración de la sexualidad como un asunto de salud pública. Así, el Cairo retoma la comprensión de los derechos de las mujeres como derechos humanos, tal como había sido establecida un año atrás en la *Conferencia Internacional de Viena*, e incluye la salud dentro de estos derechos como un derecho básico. Con respecto a ello, el avance más significativo consiste en la inclusión, por primera vez, de una definición explícita de los derechos reproductivos en el marco de los Derechos Humanos (Côrrea y Sen 1999; Petchesky, 1999). De esta manera, las operaciones discursivas que tienen lugar en el espacio enunciativo de Naciones Unidas incluyen como tópicos emergentes los derechos reproductivos y la igualdad entre varones y mujeres en la formación discursiva⁸ de los Derechos Humanos.

La emergencia de los conceptos acerca de la sexualidad y los derechos

La articulación entre sexualidad y derechos que estamos describiendo se constituye en un campo de tensiones y disputas donde operan definiciones conceptuales que trazan recorridos específicos en los aparatos legislativos y en las políticas públicas vinculadas a la sexualidad. En este sentido, la importancia que reviste la CIPD del Cairo radica, además de lo mencionado, en la legitimación internacional de las nociones de “salud reproductiva” y “derechos reproductivos”. Ambas nociones que allí aparecen articuladas presentan una densidad histórica particular y alcances específicos que deben ser indagados de manera singular, prestando atención además a

⁸ Utilizamos esta categoría proveniente del corpus foucaultiano (Foucault, 2005) a partir de las apropiaciones en el campo de la semiótica. De esta manera, las entendemos como unidades estabilizadas contingentemente en un juego de relaciones interdiscursivas con otras formaciones (Cfr. Boccardi, 2013).

los mecanismos discursivos que las vinculan o las diferencian de las nociones de “salud sexual” y “derechos sexuales”.

La primacía de lo reproductivo

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término “salud” como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de malestar o enfermedad” (apud Correa et al, 2004: 7). Esta definición opera, por primera vez, una fisura de la asociación privativa de la salud a los aspectos médicos, formulando una expansión que trasciende las intervenciones de tratamiento o prevención de enfermedades o malestares físicos. Además, del descentramiento de la salud con respecto a la dimensión somática y la introducción de la noción de “completo bienestar” que establece una distancia con la restricción a la “ausencia de enfermedad”, este documento de la OMS define a la salud como un derecho de individuos y comunidades que debe ser garantizado por los Estados. Resulta significativo el estatuto fundacional que adquiere esta definición, ya que sus aspectos principales persisten en las definiciones actuales, aunque se produjeron algunas ampliaciones significativas como la inclusión del medioambiente como un factor determinante de la salud y la inclusión de la noción de “promoción de la salud” en la *Conferencia de Ottawa* en 1986 (WHO, 1986: 1).

La sexualidad se encuentra ausente tanto en esta definición fundacional de la OMS como en los posteriores documentos que tienen lugar en las décadas de los 50s y 60s (Cfr. Lottes, 2000). Recién en 1975, se formula el concepto de “salud sexual” que tendrá presencia en algunos documentos de esa década y la siguiente. En ese contexto, durante los años 70s, comienza a circular el término “derechos reproductivos” entre los grupos de mujeres y las ONGs que articulan demandas en el ámbito internacional por el acceso al aborto seguro y legal y a métodos anticonceptivos seguros. Esto adquirirá una mayor institucionalización en el *IV Encuentro Internacional de Salud de la Mujer* realizado en Ámsterdam en 1984 donde grupos feministas de distintas partes del mundo acuerdan instalar el término “derechos reproductivos” en las agendas de la lucha por las mejoras de las condiciones reproductivas de las mujeres (Lottes, 2000: 8). Asimismo, en la década del 70, el uso del sintagma “salud de la mujer” formó parte de una estrategia política que tenía por objeto inscribir el lema feminista “nuestro cuerpo nos pertenece” en la arena de disputa por las políticas públicas (Correa y Ávila, 2003: 19). Hacia finales de la década del 80, el término “salud de la mujer” coexistió con el término “salud reproductiva” que finalmente lo sustituyó en el campo de los derechos acerca de la sexualidad. La noción de “salud reproductiva” formulada en 1988 por Mahmoud Fathalla, médico y funcionario de la OMS, operó como un

término más amplio ya que incorporó a los hombres en la dimensión reproductiva e incluyó, como veremos, de un modo específico la noción de “salud sexual”.

Tal como decíamos más arriba, la CIPD del Cairo constituye un momento significativo en la legitimación de estas operaciones discursivas en torno a la sexualidad, la salud y los derechos que circulaban principalmente en espacios relacionados con organizaciones de mujeres y movimientos feministas. El título del capítulo VII del informe de esta conferencia, “derechos reproductivos y salud reproductiva”, condensa una articulación que se instalará de manera definitiva en el marco normativo internacional. En su comienzo, se encuentra la siguiente definición:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (Naciones Unidas, 1995: 37).

Esta definición retoma la noción de salud como “completo bienestar” formulada por la OMS y la articula específicamente con la dimensión reproductiva. Ello implica la explicitación de derechos puntuales referidos a la libertad de decidir y planificar acerca de la propia reproducción y el acceso a los métodos y servicios necesarios para efectivizar esas decisiones que son nominados como “derechos reproductivos”⁹. El sujeto de estos derechos es principalmente la mujer en edad reproductiva pero también es mencionado el hombre como destinatario de información y métodos en tanto integrante de una pareja reproductiva. Por último, resulta significativa la

⁹ La investigadora Josefina Brown reformula este término como “derechos (no) reproductivos” ya que sostiene que la noción de “derechos reproductivos” invisibiliza los derechos inherentes a la no reproducción que se encuentran relacionados con las prácticas de regulación de la propia fecundidad y la planificación de la familia que aparecen explicitadas en estos marcos normativos (Brown, 2008).

articulación con la noción de “salud sexual” que es concebida como un componente subsumido en la noción de “salud reproductiva” que operaría, según se expresa, como su ampliación. Sin embargo, los elementos que integran esta ampliación no aparecen explicitados en el informe más allá de las formulaciones imprecisas mencionadas en la definición como “desarrollo de la vida” y “relaciones personales”. Asimismo, a lo largo del informe, el término “salud sexual” siempre se encuentra en una relación de contigüidad o bien con el de “salud reproductiva” o con el de “planificación de la familia”, lo cual refuerza la subsunción de lo sexual a lo reproductivo.

La especificidad sexual

En este campo discursivo, la palabra “sexual” casi siempre aparece junto a “reproducción” tal como en las expresiones más extendidas de “salud sexual y reproductiva” y “derechos sexuales y reproductivos”. Aunque en la mayoría de los documentos esa relación entre los términos aparece cristalizada, en algunas instancias del ámbito internacional lo sexual adquiere una dimensión específica que se desmarca de lo reproductivo.

La noción de “derechos sexuales”, por su parte, se encuentra ausente en este informe de 1994. Sin embargo, este término acompañó al de “salud sexual” en los debates que precedieron a la conferencia. A diferencia de esta última, el término “derechos sexuales” no logró ser incorporado ya que había sido introducido como estrategia de negociación en esa instancia, pero finalmente su supresión fue concedida para lograr la permanencia de los “derechos reproductivos” (Cfr. Corrêa y Ávila, 2003). La historia del sintagma “derechos sexuales” es más breve que el sintagma “derechos reproductivos”, su formulación inicial tiene lugar a comienzos de la década del 90 en el ámbito de los movimientos gay y lésbico europeo y estadounidense, posteriormente fue articulada con algunos sectores del feminismo (Sen et al, 1994). La noción de “derechos sexuales” en este contexto de producción se centra en el derecho al bienestar sexual que implica la libertad de elección y la no discriminación.

Al año siguiente del Cairo, en Beijing, el término "derechos sexuales" fue discutido nuevamente pero tampoco fue incorporado oficialmente en los documentos de la conferencia. Sin embargo, en la Plataforma de Acción se incluyen elementos léxicos como “libertad” y “responsabilidad” que ya no aparecen circunscriptos exclusivamente al ámbito de la planificación reproductiva de las mujeres, sino que se extienden a “los asuntos relacionados con la sexualidad”. En consecuencia, se puede vincular esta operación discursiva con la axiomática de los “derechos sexuales”:

Los Derechos Humanos de la mujer incluyen su derecho a controlar y decidir libre y responsablemente asuntos relacionados con la sexualidad, incluida la salud sexual y

reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia. La igualdad de las relaciones entre mujeres y hombres en materia de relaciones sexuales y de reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exige el respeto mutuo, el consentimiento y la responsabilidad compartida por el comportamiento sexual y sus consecuencias. (apud Correa, 1997: 109)

De este modo, la literatura especializada encuentra en los documentos de Beijing las marcas del primer consenso internacional sobre el reconocimiento del principio de los Derechos Sexuales. Esta inscripción del tema en el ámbito de la ONU opera como una legitimación que permitirá abrir el terreno para un debate internacional más amplio sobre la sexualidad y los derechos. Sin embargo, a pesar de esos planteos incipientes, todavía en estas instancias el desarrollo explícito del concepto de “derechos sexuales” sólo fue posible de forma negativa, enunciando el derecho paliativo por parte de las mujeres a no ser objeto de daño, estupro, violencia, abuso o explotación. De modo que el derecho al libre goce del propio cuerpo incluyendo el placer sexual fue omitido en este recorte (Petchesky, 1999). Además, este axioma sostenido en Beijing sobre el derecho de las mujeres a ejercer su sexualidad libre de coerción, discriminación y violencia se encuentra restringido por un marco heteronormativo. De esta manera, los derechos asociados a la sexualidad de las mujeres aparecen recurrentemente mencionados como medios para lograr el descenso de la fecundidad y para prevenir embarazos no deseados (Correa y Parker, 2004: 510).

Como hemos visto, la noción de “derechos sexuales” encuentra sus condiciones históricas de emergencia en una formación discursiva que articula los tópicos población, salud reproductiva y erradicación de la violencia contra las mujeres con el discurso de los Derechos Humanos. En esta formación, la noción de “derechos sexuales” aparece signada por la ambigüedad, la imprecisión y subordinada a la dimensión reproductiva regida por la heterosexualidad. Sin embargo, esta noción también aparece vinculada con la de “salud sexual” que presenta una trayectoria específica marcada por la presencia de otros enunciadores y otros discursos que ponen de relieve lo sexual como un aspecto separado de lo reproductivo produciendo una diversificación en la noción de sujeto relacionada a la sexualidad.

La emergencia de la salud sexual como concepto: la impronta sexológica

La primera definición de “salud sexual” fue publicada en 1975 por la OMS en un documento titulado *Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals*. Se trata de un documento técnico que reúne los resultados de dos reuniones de consulta a expertos convocadas por las OMS cuyo tema fue la formación y educación de profesionales de la salud que

tuvieron lugar en 1972 y 1974. Lxs expertxs convocados fueron 29 profesionales de la sexología de 11 países de Europa y de Estados Unidos. La convocatoria constituye un hito histórico ya que es la primera vez que representantes de esa disciplina son interpeladxs por la OMS para abordar temáticas relativas a la salud pública. El documento fue elaborado por sexólogxs clínicxs, la mayoría provenía de campos especializados de la medicina –principalmente psiquiatría y ginecología- y minoritariamente de la psicología y la sociología.

A lo largo del documento, se plantea la necesidad de fortalecer la investigación en el campo de conocimiento de la sexología y su diseminación mediante la creación de centros en todo el mundo. La sexología llega a esa década con una notable expansión institucional en el campo de la medicina y una posición de legitimidad en el campo de conocimientos acerca de la sexualidad. En este documento, la sexología aparece como la disciplina privilegiada para abordar la salud sexual.

El documento tiene como objetivos sentar los lineamientos conceptuales para la formación de los profesionales de la salud y delinear un programa de acción. Por esa razón, se establece una definición de salud sexual, se identifican los principales problemas relacionados con la sexualidad, se organizan y clasifican los distintos tipos de intervención, se asigna una función y un papel a cada uno de los grupos profesionales involucrados en el tratamiento de los problemas y se establece un programa de capacitación para profesionales de la salud en el campo.

A continuación, transcribimos la definición de salud sexual que propone este documento:

La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, en formas que enriquezcan positivamente y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor. Por lo tanto, la noción de salud sexual implica un enfoque positivo de la sexualidad humana y el propósito de la atención de la salud sexual debe ser la mejora de la vida y las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención relacionados con la procreación o las enfermedades transmitidas sexualmente. (WHO, 1975: 41)

En primer lugar, la definición de salud sexual se inscribe en la línea de sentido abierta por el concepto de salud formulado por la OMS en 1946. De este modo, la salud sexual no hace referencia en primera instancia a la ausencia de las enfermedades o infecciones relativas a los órganos genitales, sino que se la relaciona con aspectos axilogizados positivamente tales como el amor y el desarrollo de la personalidad. Esta relación de la actividad sexual con el amor, la comunicación, el enriquecimiento de las relaciones personales y el desarrollo individual conforma uno de los núcleos de sentido de la sexología expresados, por ejemplo, en la noción de “amor sexual”. A lo largo del documento, la noción de bienestar que había ocupado un lugar central en la

definición de salud de 1946 aparece como el objetivo de la actividad sexual. Con ello, se produce una autonomización de las prácticas sexuales con respecto a la función reproductiva que pierde su jerarquía estructurante para ocupar un lugar entre los múltiples elementos que componen la sexualidad.

De acuerdo con este documento, la salud sexual implica necesariamente “la libertad respecto del miedo, la culpa, la vergüenza, las falsas creencias y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y afectan las relaciones sexuales” (WHO, 1975: 43). En coherencia con ello, en varias oportunidades se menciona que uno de los principales objetivos del programa de acción a seguir es la erradicación de la “ignorancia” y “los mitos y tabúes culturales” acerca de la sexualidad, dado que se presume que los efectores de salud destinatarios de las acciones de capacitación presentan actitudes negativas frente a la sexualidad producto de su carencia de información científica respecto de la sexualidad. Este posicionamiento sostenido en el documento resulta coherente con el discurso iluminista propio de las formaciones discursivas de la ciencia que recorre transversalmente el campo de la sexología, ya que se considera que el acceso al conocimiento científico acerca de la sexualidad producirá cambios actitudinales que mejorarán la calidad de vida en general de las personas y específicamente de su vida sexual. De este modo, se entiende que la ignorancia, los mitos y los tabúes apuntalados por las tradiciones arraigadas y la influencia de la religión constituyen obstáculos que deben ser sorteados por la ciencia para acceder a la salud sexual. Retomando una operación propia del discurso sexológico, funciona un tropo que pone en relación el acceso al conocimiento científico acerca de la sexualidad con la optimización de la vida de las personas.

Otro de los aspectos puestos de relieve en el documento es la especificación de problemas de salud sexual. En ese sentido, se despliega una lista de problemas de salud que pueden afectar negativamente la salud sexual de los individuos. En primer lugar, se mencionan los “problemas relacionados con la infección” que abarcan no sólo las enfermedades transmitidas sexualmente sino también problemas como la vaginitis o cistitis. En segundo lugar, se mencionan los “problemas relacionados al ciclo de la vida” tales como el embarazo, el parto, el período posparto y aquellos vinculados al ciclo menstrual. En tercer lugar, se mencionan los “problemas relativos a las variaciones en las tecnologías” tales como el uso de condones, los anticonceptivos hormonales, etc. Por último, se mencionan los “problemas relativos a factores socioculturales” incluyendo factores legales y económicos (WHO, 1975: 52). Este listado permite evidenciar el privilegio de una concepción somática de la etiología de los problemas que afectan la salud sexual. Teniendo en cuenta los abordajes sexológicos más difundidos en la década precedente a este documento, es

llamativa la ausencia de factores psicológicos, psicopatológicos y relacionales que forman parte de esta formación discursiva. Sin embargo, la focalización en la dimensión somática se puede inscribir en la tendencia abierta en la década del 70 bajo la influencia de las neurociencias que consiste en la medicalización de la sexualidad centrada en el cuerpo individual.

El documento también establece una clasificación de estos problemas que afectan a la salud sexual en tres niveles de intervención: educación, consejería y terapia. Estos niveles se asignan de acuerdo con los conocimientos y habilidades atribuidas a las diferentes profesiones sanitarias. De este modo, los médicos, tanto generalistas como de cualquier especialidad, aparecen como los únicos cualificados para intervenir en los tres niveles, mientras que integrantes de otras profesiones sanitarias como enfermería y partería están habilitados para intervenir en los niveles de educación y consejería. Se explicita que los tres niveles poseen el mismo estatus, sin embargo solamente son explicados en detalle los aspectos metodológicos y las técnicas de intervención correspondientes a la terapia sexual, mientras que las referencias metodológicas referidas a la consejería y a la educación son breves y generales. El énfasis depositado en el nivel de intervención correspondiente a la terapia sexual y la presencia exclusiva de profesionales sanitarios relacionados con la medicina, ya que otras profesiones sanitarias como la psicología y el trabajo social se encuentran ausentes de esta clasificación, reafirma el privilegio que le otorga este documento a la dimensión somática configurada desde los parámetros de la biomedicina.

A fin de cuentas, a diferencia de la tematización de la sexualidad en la formación discursiva de los Derechos Humanos que venimos indagando, este documento postula una concepción de la sexualidad autónoma con respecto a la sexualidad reproductiva, la planificación familiar y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. En ese marco, la salud sexual definida a partir de la noción de bienestar es concebida como más integral y abarcativa que la salud reproductiva. En el proceso de promoción de la salud sexual, las visiones religiosas de la sexualidad y las tradiciones culturales que consideran la actividad sexual como un tabú son consideradas obstáculos mientras que se le atribuye un papel central a la medicina y la tecnología contemporáneas para lograr y apoyar las transformaciones recomendadas. Por último, el documento contiene un llamado a la igualdad sexual para que mujeres y varones puedan experimentar el placer sexual en mejores condiciones sin mencionar otras identidades sexuales¹⁰.

Este documento tuvo un profundo impacto en el campo de la sexología, aunque en la esfera de las políticas públicas prácticamente no tuvo trascendencia (Cfr. Coleman, 2002). A partir

¹⁰ Resulta significativa la ausencia de la homosexualidad, ya que las reuniones son coetáneas a las discusiones que llevaron a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) a retirarla del DSM-II en 1973.

de esta publicación, se conformó un grupo de profesionales de la sexología que definió su concepción de la sexualidad, su metodología de trabajo y sus objetivos terapéuticos en el marco de la OMS. La organización de sexólogos como grupo profesional se consolidó en 1978 con la fundación de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) que continuó vinculada a la OMS. En 1983, tuvo lugar en Copenhague una reunión patrocinada por la oficina regional europea de la OMS cuyo objetivo era indagar los aportes posibles de la sexología a los programas regionales de la OMS sobre sexualidad y planificación familiar. En el documento técnico publicado en 1986 que reúne las conclusiones consensuadas por los participantes (Langfeldt y Porter, 1986), se reafirma la definición de salud sexual redactada en 1975 pero se sostiene que su comprensión requiere una definición de sexualidad. Por ello, se propone la siguiente definición:

[La sexualidad es] una parte integral de la personalidad de todos: el hombre, la mujer y el niño. Es una necesidad básica y un aspecto del ser humano que no puede separarse de otros aspectos de la vida. La sexualidad no es sinónimo de relaciones sexuales, no se trata de si tenemos orgasmos o no, y no es la suma total de nuestras vivencias eróticas. Estos aspectos pueden formar parte de nuestra sexualidad, pero también pueden no hacerlo. La sexualidad es mucho más que eso: es la energía que nos motiva a encontrar el amor, el contacto, el afecto y la intimidad; se expresa en la forma en que sentimos, nos movemos, tocamos y somos tocados; se trata tanto acerca de ser sensual como de ser sexual. La sexualidad influye en los pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y por lo tanto nuestra salud mental y física. (Langfeldt y Porter, 1986: 5)

En coherencia con la definición de salud sexual, se desarrolla una concepción positiva de la sexualidad como un aspecto constitutivo de la vida humana. De esta manera, no se mencionan los aspectos negativos o problemáticos que suelen asociarse a la sexualidad tales como las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no planificados y las situaciones de abuso y violencia. A diferencia de la definición de salud sexual, se remarca que la expresión de la sexualidad no se reduce a las relaciones erótico-sexuales, sino que se extiende al plano de los afectos, los pensamientos, las distintas acciones e interacciones. Se plantea una concepción energética de la sexualidad relacionada la afectividad y el amor, entendidos como una dimensión más abarcativa que la experiencia erótica. Otra diferencia entre ambas definiciones es la nominación de los sujetos de la sexualidad “el hombre, la mujer y *lx* niñx”¹¹, la ausencia de esta referencia en el primer caso conduce a considerar la salud sexual como un tema de adultos ya que se trata de la franja etaria no marcada en el campo de la sexualidad.

¹¹ Traducimos “*lx* niñx” el original no generizado “the child”.

Impugnaciones contra el normativismo sexológico

En 1986 la OMS volvió a incorporar a la salud sexual en su agenda. Durante ese año y el siguiente, la regional europea convocó a dos reuniones con el objeto de clarificar el concepto de salud sexual, identificar los factores que tienden a degradar la salud sexual y aquellos que la promueven, y sugerir indicadores para medir la eficacia de los programas y las políticas públicas (WHO, 1987). En la introducción de este documento, el director interino de la OMS pone en duda la noción de salud sexual. Allí, plantea "(...) si existe la necesidad de una sub-categoría separada de salud sexual (...)" y se pregunta "(...) si esa definición tendría que ser médica, moral, social o psicológica (...)" (WHO, 1987: 1). Consecuentemente, a lo largo de este texto se desarrolla extensamente un diálogo crítico con el documento que hemos indagado de 1975 que tiene como blanco principal la definición y el alcance de la "salud sexual".

La fecha de publicación de este documento, 1987, se inscribe plenamente en un período dominado por la emergencia de la pandemia del VIH/SIDA. Esta pandemia impulsó a la OMS a pronunciarse sobre sexualidad, pero llamativamente no lo hizo desde el discurso de la salud sexual que había inaugurado en la década anterior. De hecho, la tematización de la salud sexual en este documento no se inscribe taxativamente al interior de la formación discursiva de la biomedicina como ocurría en el documento anterior, sino que hay una fuerte presencia de un discurso crítico entramado por las ciencias sociales dedicado a indagar las contradicciones entre "la elección individual" y los "valores culturales" radicadas en la formulación de la salud sexual como concepto. En este sentido, casi la mitad de la extensión de este documento fue destinada a la discusión acerca de las dificultades conceptuales relacionadas con la definición de salud sexual propuesta en 1975. Tal como se anticipaba en la introducción del documento, el punto de partida es la tesis de que "(...) la salud sexual no es un concepto científico (...)" sino que se encuentra "(...) relacionado con la cultura y el tiempo, y expresa valores y normas de la sociedad de la que procede" (WHO, 1987, p. 2). Desde este posicionamiento, cercano a las perspectivas construccionistas acerca de la sexualidad, opera una resistencia frente a las nociones de "salud sexual" y "bienestar sexual" que articulaban el documento precedente, alertando sobre el peligro de un funcionamiento restrictivo y normativo. Este documento plantea que la noción de salud sexual erigida en 1975 bajo la legitimidad de la sexología y con pretensiones de neutralidad científica se encuentra cargada con los valores culturales dominantes en las clases medias de los países industrializados de esa época. En ese sentido, con respecto a las temáticas referidas a la anticoncepción y la planificación

familiar consideradas como elementos claves para el bienestar sexual en el documento de 1975, se plantea que esa consideración presupone los parámetros culturales de las clases medias blancas de las sociedades industriales de esa época cuya valoración predominante de la sexualidad subraya el placer sexual y considera a la maternidad como una parte limitada del papel de la mujer. Sin embargo, sostiene este documento, para las mujeres con otras trayectorias culturales, la planificación familiar puede tener mucha menos relevancia para el bienestar sexual. En ese caso, "(...) una mujer que vive en una cultura donde la maternidad tiene un alto valor podría encontrar que el uso de anticonceptivos reduce su bienestar sexual" (WHO, 1987: 12).

En contra de una concepción denominada como "normativa" y "restrictiva", este documento plantea que la validez y factibilidad de los conceptos de "salud sexual" o "bienestar sexual" depende de su capacidad para reconocer la variedad y la singularidad de las experiencias y las necesidades sexuales. De este modo, se plantea que los objetivos de las políticas, programas y servicios relacionados con la sexualidad no deben ser que la población alcance un nivel mesurable de salud sexual, sino ofrecer recursos para que las personas puedan satisfacer sus necesidades particulares (WHO, 1987: 4). En cuanto al modelo de intervención, este documento repite la propuesta de la OMS de 1975 que incluye educación, consejería y terapia sexual. Sin embargo, como puede anticiparse, adopta una perspectiva diferente al referirse a las dimensiones culturales y religiosas. Mientras que en el documento de 1975 se declara la necesidad estratégica de luchar contra los mitos y tabúes arraigados en la cultura percibidos como obstáculos para la salud sexual, en este documento se considera que los significados culturales y religiosos atribuidos a la sexualidad "(...) merecen respeto y comprensión" (WHO, 1987: 5). De acuerdo con ello, los componentes religiosos ya no se encuentran axiologizados negativamente, sino que aparecen incluidos entre otras particularidades culturales que deben ser atendidas por las prácticas de intervención. Por esta razón, el documento sostiene en un plano deóntico que los programas de intervención en salud sexual deben operar al interior del marco de valores y creencias existentes y no en contra de ellos.

La importancia de este documento de la OMS radica en la puesta en tensión de las operaciones discursivas de la configuración de la sexualidad que se venían realizando desde esta misma sede de enunciación con una presencia dominante de la formación discursiva de la biomedicina. Mediante el ingreso de posiciones filiadas a la formación discursiva de las ciencias sociales, se vuelve visible en el espacio discursivo de la sexualidad la disputa por su delimitación y la inscripción en un régimen disciplinar determinado.

La consolidación discusiva de la “salud sexual” y el “bienestar sexual”: articulaciones y disputas en torno al placer sexual

El documento de la OMS publicado en 1987 destinado a cuestionar los conceptos “salud sexual” y “bienestar sexual” finalmente tuvo una trascendencia exigua. No fue difundido ampliamente y la OMS no respaldó sus conclusiones en otras publicaciones (Cfr. Coleman, 1998). Algunos años, más tarde, en la segunda mitad de la década de los 90s, las nociones de “salud sexual” y “bienestar sexual” empezaron a circular en diferentes publicaciones y reuniones internacionales destinadas a la sexualidad hasta lograr su consolidación en documentos provenientes de sedes de enunciación legitimadas en el escenario mundial de la defensa de los Derechos Humanos.

Después de la CIPD del Cairo en 1994, el término “salud sexual” experimentó un proceso de expansión contradictorio con el lugar subordinado que había ocupado en el informe de la conferencia. Las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la planificación familiar y los profesionales del campo de la salud empezaron a utilizar con asiduidad el término. Esta expansión puede constatarse en la frecuencia de su uso en un creciente número de artículos publicados en revistas especializadas en planificación familiar a partir de 1995 (Cfr. Dixon-Mueller, 1993). En 1996, la revista *Planned Parenthood in Europe* tituló uno de sus números “Sexual Health Today”¹². Al año siguiente, se editó una nueva publicación desde la University Medical Center de Nueva York titulada *Sexual health* que tenía como propósito “(...) proporcionar la mejor información disponible sobre todos los asuntos sexuales y abrir un nuevo diálogo sobre la amplitud de la sexualidad humana en un esfuerzo por hacer que el sexo sea más seguro y más satisfactorio para todos” (apud Lottes, 2000: 13). También en 1997, la Organización Japonesa de Planificación Familiar junto con la Federación Japonesa de Sexología organizaron un simposio cuyo tema principal es la salud sexual y la importancia del placer sexual. En 1998, la reconocida revista *Genitourinary Medicine* cambia su nombre a *Sexually Transmitted Infection* e incorpora como subtítulo permanente “The Journal of Sexual Health and HIV”¹³ (Lottes, 2000: 13). En estos mismos años, también tuvieron lugar dos acontecimientos de suma relevancia para la temática. En 1997, el *Congreso Mundial de Sexología* desarrollado en Valencia fue estructurado bajo el título central “Sexualidad y Derechos Humanos”. Como resultado de este evento, se redactó la “Declaración de

¹² *Salud sexual hoy*

¹³ “La revista de la Salud Sexual y el VIH”

los Derechos Sexuales” que considera a la salud sexual, al bienestar sexual, al placer sexual y a la educación sexual integral como derechos sexuales. Al año siguiente, en el *IV Congreso de la Federación Europea de Sexología* incluyó entre sus sesiones principales “Salud, Bienestar y Sexualidad”.

La subordinación del concepto “salud sexual” al de “salud reproductiva” que se había producido en el informe de la CIPD del Cairo fue cuestionada desde diferentes voces que volvieron a vincular el término “salud sexual” con su trayectoria precedente relacionada al ámbito de la OMS y las instancias institucionales de la sexología. En ese sentido, Evert Ketting, consultor permanente de la *Federación Internacional de Planificación Familiar*, puso de relieve la estrategia política de dicha subordinación que tuvo como finalidad evitar la controversia y lograr la legitimidad en los reclamos inscriptos en la dimensión reproductiva. Sin embargo, planteó que es necesario reconocer una distinción clara entre ambos términos ya que de lo contrario la dimensión reproductiva se hace extensiva a la sexualidad en su conjunto. De este modo, Ketting sostuvo que la salud reproductiva se limita a la consideración de los “(...) problemas médicos relacionados con el embarazo, la maternidad y la crianza (...)” mientras que la salud sexual implica la obtención del control total de la propia sexualidad por parte de las personas y la aceptación y el disfrute de toda su potencialidad (1996: 1). Desde esta perspectiva, mientras que la salud reproductiva se limita estrictamente a cuestiones médicas, la salud sexual excede esas limitaciones ya que involucra aspectos como la identidad, la autoaceptación, el conocimiento y la expresión (Cfr. Ketting, 1996: 1). En la misma época, Eli Coleman, presidente en ese entonces de la Asociación Mundial de Sexología, publicó un artículo donde volvió sobre la definición de salud sexual publicada por la OMS en 1975, le realizó algunas modificaciones y propuso un plan de acción estratégico enfatizando su abordaje de manera autónoma con respecto a la salud reproductiva (1997). Este autor planteó que el núcleo de la definición es “el bienestar individual y el sentido de la autoestima” y remarc  que la salud sexual “implica la capacidad de obtener placer sexual de la actividad sexual y de las relaciones sexuales” (Coleman, 1997: 5). La consideración del placer sexual como un componente fundamental del bienestar y la salud sexuales de las personas fue sostenida por posiciones significativas en el campo (Cfr. Lottes, 2000: 19). En ese marco, la experta en población y salud reproductiva Dixon-Mueller publicó una serie de artículos a comienzos de los 90s que ubicaron al placer sexual en un lugar determinante para la salud sexual (1993). Asimismo, Stella Cerutti Basso (1993), sex loga uruguaya consultora de la OMS, en un libro publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendó a los Estados valorizar el placer sexual en la implementación políticas públicas tales como la educación sexual y la salud sexual. De este

modo, la autora sostuvo que las políticas públicas deben entender a la sexualidad “como una fuente de placer y bienestar que enriquece a las personas y tiene repercusiones de gran alcance sobre la familia y la sociedad” (Cerutti Basso, 1993: 113). A fin de cuentas, el conjunto de elementos léxicos que aparecen en estos enunciados y los posicionamientos discursivos remiten mayoritariamente al discurso de la sexología cuya axiomática jerarquiza al placer sexual.

Nuevo milenio: documento fundador de definiciones sexuales

En el año 2000, se publicó un documento que incidió fuertemente en el proceso de consolidación de la noción de “salud sexual” en el ámbito internacional. El documento titulado “Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción” consiste en las actas de una reunión de consulta convocada por la OMS y la OPS en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS) que se llevó a cabo en Antigua (Guatemala) en mayo de ese año. Este documento se inscribe en la línea abierta en 1975 por la publicación de la OMS y continuada por las reuniones de 1983 y 1987. Resulta interesante la inscripción en esa tradición que realiza el documento, ya que en la sección “antecedentes históricos” le atribuye un carácter fundacional al documento de 1975 presentándolo como un “documento histórico” que “sienta las bases de la salud sexual” (OPS-OMS, 2000: 1), mientras que los documentos subsiguientes solamente son mencionados como informes poco divulgados y sin impacto. Con respecto al documento correspondiente a la reunión de 1983, se recupera en otra sección la definición de sexualidad. Por otro lado, el contenido fuertemente crítico acerca de la noción de “salud sexual” que presenta el documento de 1987 es cabalmente omitido en esta instancia. De esta manera, este documento construye su propia tradición presentándose como una continuación y profundización de la propuesta de 1975 apoyada en 25 años de “avances logrados en el campo de la sexualidad” tanto debido al desarrollo investigativo en el campo de la sexología como a la intensificación de las intervenciones ante el surgimiento de nuevos problemas tales como la pandemia del VIH-SIDA (Cfr. OPS-OMS, 2000: 2). Con esta operación discursiva, se anticipa una red de relaciones interdiscursivas que atravesará el documento remitiendo a elementos de la formación discursiva biomédica presentes en la propuesta fundacional de 1975 y disipando aquellos elementos disruptivos del documento de 1987 que provenían de la formación discursiva de las ciencias sociales.

Si llevamos adelante una comparación con los documentos anteriores que hemos referido producidos por estas instituciones, notamos en primer lugar una continuidad en la adscripción disciplinar de lxs participantes, ya que la mayoría pertenece a la sexología. Con respecto a este

punto, se evidencia una mayor institucionalización ya que casi la totalidad de participantes pertenecen a la Junta Asesora de la WAS o a su Federación Latinoamericana. Otra semejanza se manifiesta en los objetivos de la reunión que replican los temas abordados anteriormente, fundamentalmente en 1975: el “establecimiento de un marco conceptual para la promoción de la salud sexual”, la “identificación de problemas e inquietudes relativos a la salud sexual en la Región de las Américas” y la “sugerencia de medidas y estrategias destinadas al logro y el mantenimiento de la salud sexual” (OPS-OMS, 2000: 3). La localización planteada en el segundo objetivo en la “Región de las Américas” establece una diferencia con las instancias precedentes, en ese sentido la presencia de la OPS y de representantes de instituciones sexológicas enclavadas en Latinoamérica producen un descentramiento de Europa y Estados Unidos propiciado por el desarrollo institucional de la temática en la región y su instalación progresiva en la agenda pública. Otra diferencia notoria es la relación que establecen los documentos con investigaciones previas a través de las citas textuales y las referencias bibliográficas. En los documentos de 1975 y 1987, las referencias son muy reducidas y se limitan a otros documentos de la OMS y a algunos artículos pertenecientes a los mismos participantes de la redacción. En cambio, en este caso además de los documentos de la OMS, se incluyen 65 referencias a artículos publicados en revistas científicas tanto de habla inglesa como española. Este conjunto de referencias se inscribe en un mapa internacional de estudios científicos acerca de la sexualidad desarrollado con mayor intensidad en las décadas de los 80s y los 90s en el marco de la epidemia del SIDA.

La ampliación de referencias científicas se corresponde con una extensión de campos disciplinares y líneas temáticas que aparecen asociados a la salud sexual. Con respecto a los campos, en el apartado destinado a la justificación se menciona el avance en las “(...) investigaciones biomédicas, psicológicas, sociológicas y antropológicas” como un factor fundamental en la “compresión de la sexualidad humana” que posibilita intervenciones tendientes a “lograr cambios en los comportamientos y las prácticas sexuales” con el objeto de evitar “problemas” relativos a la sexualidad (OPS-OMS, 2000: 2-3). Sin embargo, un recorrido por las referencias distribuidas a lo largo del documento pone de manifiesto el predominio de publicaciones inscriptas en el campo sexología que abordan la “sexualidad humana” principalmente desde una perspectiva psicológico-comportamental. Con respecto al campo de la psicología, la mayoría de las referencias establecen conexiones entre esta disciplina y el campo de la sexología, a excepción de algunas referencias puntuales al psicoanálisis. Por otro lado, son recurrentes las referencias a investigaciones del campo de la neurociencia que abordan los comportamientos sexuales y a indagaciones biomédicas centradas en mayor medida en el estudio

de la transmisión sexual de infecciones y en menor medida de aspectos relativos a la reproducción. Por último, la presencia de referencias al estudio de la sexualidad desde perspectivas sociológicas y antropológicas es marcadamente inferior. Tales referencias se inscriben en una perspectiva construccionista que, como hemos mencionado más arriba, se encontraba en auge en esa época.

Tal como hemos afirmado al comienzo de este apartado, uno de los objetivos de este documento es la elaboración de un marco conceptual acerca de la “sexualidad humana” y la “salud sexual”. Esta tarea es presentada como “imprescindible” para “lograr eficacia en la comunicación” y en la “formulación de programas de intervención” (OPS-OMS, 2000: 5). Con respecto a ello, se enfatiza el valor histórico que tiene la presentación de un “marco de referencia adecuado” en esta temática, ya que los documentos precedentes de la OMS no aportaron “definiciones precisas” (OPS-OMS, 2000: 9). Se considera que alcanzar dicha precisión es una tarea ardua, ya que las definiciones son producto del “consenso” entre quienes componen el “grupo de expertos” y se encuentran marcadas por el “contexto y el proceso sociocultural e histórico” (OPS-OMS, 2000: 5). El lugar atribuido al consenso entre expertos y a las condiciones socioculturales en la producción de las definiciones científicas remite interdiscursivamente a las impugnaciones del documento de 1987 adquiriendo en este caso un estatuto de caución epistemológica frente a la pretensión de neutralidad universalista consignada en aquella instancia.

El primer conjunto de definiciones refiere a las nociones de “sexo”, “sexualidad” y “salud sexual”. Se establece una separación entre “sexo” y “sexualidad”, ya que se sostiene que en el “lenguaje coloquial” sus límites suelen confundirse. De esta manera, se fija un significado “técnico” para sexo que refiere “al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos” excluyendo la referencia a la “actividad sexual” que es atribuida al “significado común del lenguaje coloquial”. En cuanto a la sexualidad, su definición consolida un conjunto de desplazamientos que se venían produciendo en los documentos anteriores y establece un posicionamiento que será retomado en la esfera de las políticas públicas relativas a la temática.

El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se

expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. (OPS-OMS, 2000: 8)

La separación realizada entre los términos “sexo” y “sexualidad” permite ubicar del lado del primero los componentes meramente biológicos y desarrollar una concepción compleja de sexualidad entendida como el resultado de una interacción de factores heterogéneos privativa de lo humano. De acuerdo con esta propuesta, la “naturaleza sexual” de los seres humanos no se reduce a los aspectos biológicos, sino que abarca sus significados sociales e individuales y se despliega de manera permanente, aunque con variaciones a lo largo de toda la extensión de la vida sin limitarse a etapas vitales específicas. En este sentido, la definición menciona una serie de aspectos que componen la sexualidad que hacen referencia a la dimensión identitaria, la atracción sexo-erótica, la afectividad y la reproducción explicitando que no es necesaria la presencia de la totalidad de los aspectos (Cfr. OPS-OMS, 2000: 9). A su vez, con respecto a los modos de expresar o experimentar la sexualidad, se plantea un abanico amplio de dimensiones que trasciende la actividad sexual y aparece resumida en la frase final como “todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”. De esta manera, la actividad sexual excluida inicialmente del significado técnico del término sexo y desplazada al ámbito del lenguaje coloquial, lejos de ocupar un lugar jerarquizado en la definición de sexualidad aparece difuminada en la enumeración de un conjunto de acciones nominalizadas: “pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones”.

Esta definición ampliada de la sexualidad establece una relación de continuidad con aquella que había propuesto la OMS en 1983, ya que enfatiza los aspectos positivos de la sexualidad omitiendo los aspectos referentes al riesgo asociado a la actividad sexual, además amplía los componentes, los factores determinantes y las formas de expresión superando la reducción biologicista centrada en los aspectos relativos a la genitalidad, el coito y la reproducción. Es coincidente igualmente el énfasis en el plano vincular afectivo-amoroso y la autonomización de la sexualidad respecto de la reproducción. Con respecto puntualmente al erotismo y al placer sexual, su importancia es marcadamente menor que en la definición anterior, pero continúa siendo significativa. En el texto destinado a la explicación de esta definición, el “placer” junto a la “ternura”, el “amor” y el “contacto íntimo” son entendidos como “necesidades fundamentales del ser humano” de cuya “satisfacción” depende el “desarrollo pleno de la sexualidad” (OPS-OMS, 2000: 9). En cuanto a las diferencias, esta definición presenta términos novedosos con respecto a la tradición de los documentos de la OMS, tales como “género”, “identidad de género” y “orientación sexual”. Este nuevo vocabulario introduce temáticas que permanecían soslayadas en los documentos

precedentes, aunque su presencia se había expandido paralelamente en otros espacios discursivos durante ese período histórico.

Por un lado, el término “género” que se había instalado fuertemente durante las décadas de los 80 y 90 en el ámbito internacional a partir de procesos institucionalización del movimiento feminista aparece, por primera vez en un documento de la OMS como un “concepto asociado a la sexualidad” (OPS-OMS, 2000: 9).

El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer. (OPS-OMS, 2000: 10)

Su definición retoma la noción de construcción sociocultural basada en el sexo y refiere a las relaciones de poder tal como había planteado el denominado “feminismo de la segunda ola”. Sin embargo, a diferencia de la formulación feminista el término “relaciones particulares de poder” no refiere aquí explícitamente a una situación estructural de subordinación de las mujeres. Asimismo, a lo largo del documento no aparecen términos como “patriarcado” ni otras referencias a las estructuras socioculturales de opresión sobre las mujeres que constituyen el núcleo de la discursividad feminista, sino que se mencionan “los problemas relacionados con el género” (OPS-OMS, 2000: 12), “la equidad de género” (OPS-OMS, 2000: 16), la “discriminación basada en el género” (OPS-OMS, 2000: 17) y se sugiere el tratamiento “respetuoso y adecuado” entre los géneros (OPS-OMS, 2000: 12).

Con respecto a los términos “orientación sexual” e “identidad de género”, el documento retoma las definiciones que provienen del campo de la psicología. La “orientación sexual” es definida como “la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual” (OPS-OMS, 2000: 7). A lo largo del documento no se explica en qué consisten las distintas orientaciones sexuales, sólo se nombra de manera recurrente la “homosexualidad” siempre en el marco de la enunciación de objetivos y acciones contra la “homonegatividad” (Cfr. OPS-OMS, 2000: 28), la “homofobia” (Cfr. OPS-OMS, 2000: 20, 27, 28) y la protección de los derechos de las minorías (Cfr. OPS-OMS, 2000: 3). En cuanto a la “identidad de género”, su definición menciona la “identificación como masculina o femenina o una combinación de ambos” y plantea que es el “autoconcepto” que los individuos tienen de su propio sexo o género (Cfr. OPS-OMS, 2000: 7). El vocabulario de esta definición se

inscribe claramente en la tradición fundada por el sexólogo John Money¹⁴ en los campos de la psicología y la sexología conductista (Cfr. Money, 1955). De acuerdo con ello, la “identidad de género” refiere a la dimensión psíquica y es definida como la permanencia de la propia individualidad en tanto masculina, femenina o andrógina tal como se la vive en la consciencia y se la experimenta en la conducta (Money, 1985). Esta definición es coherente en términos generales con las definiciones vigentes en la actualidad en el campo del derecho¹⁵, sin embargo en el apartado referido a los “problemas de salud” se incluye el término “disforia de género” para aludir a un “síndrome clínico que entraña conflictos de identidad de género” (OPS-OPS, 2000: 20). El documento no desarrolla el alcance de la definición, pero el uso del término “disforia de género” remite a una tradición específica de la biomedicina vinculada a la patologización de la transexualidad. Las dos principales clasificaciones diagnósticas de alcance internacional – el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM)¹⁶ publicado por la APA¹⁷ y la *Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Sanitarios Relacionados* (ICD) publicado por la OMS- catalogan la transexualidad desde finales de los 70s como un trastorno mental. En las sucesivas publicaciones de estas clasificaciones que preceden a la publicación del documento que nos ocupa¹⁸, el término “disforia de género” es utilizado para definir un “trastorno” que consiste en la no coincidencia entre la “identidad de género” y el “sexo” del individuo.

La definición central de este documento es la de “salud sexual”, ya que plantea algunas especificaciones significativas, produce desplazamientos y, además, consolida de manera definitiva la noción en el ámbito internacional.

La salud sexual es la experiencia del proceso continuo de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud

¹⁴ Se considera que John Money inaugura el uso del término “género” que será retomado por la tradición feminista (Cfr. Millet, 1975: 78-79; Preciado, 2009). La propuesta de este sexólogo consiste en dos términos identidad de género y rol de género, el primero refiere a la dimensión psíquica y el segundo es la manifestación pública de esa identidad (Money, 1985).

¹⁵ Nos referimos por ejemplo a “Los principios de Yogyakarta” y a la Ley Nacional de Identidad de Género N° 26.743.

¹⁶ La sigla refiere al título en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

¹⁷ La sigla refiere a *American Psychiatric Association*.

¹⁸ La emergencia del “transexualismo” como trastorno mental tiene lugar en el *ICD-9* (WHO, 1977) publicado por la OMS en 1977. Posteriormente, esta categoría diagnóstica es incluida en el *DSM III* (APA, 1980) publicado por la APA en 1980, continua en su versión revisada de 1987 titulada *DSM III-R* (APA, 1987), en el *ICD-10* (WHO, 1992) de 1992 y en el *DSM IV* (APA, 1994) de 1994. En todas estas publicaciones la “disforia de género” remite a un trastorno mental.

sexual se logre es necesario que los Derechos Sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (OPS-OMS, 2000: 6)

En primer lugar, la “salud sexual” ya no es mencionada como un “estado” a alcanzar, tal como ocurría en las definiciones anteriores que repetían la formulación inicial de la OMS de 1946, sino que es nombrada como un “proceso continuo de consecución”¹⁹ siguiendo una perspectiva gradualista centrada en la concepción de la salud como una experiencia vital. Por otro lado, la noción de “bienestar físico, psicológico y sociocultural” aparece como una constante que permanece desde aquella noción de “salud” de la OMS y la definición de “salud sexual” de 1975²⁰. El término “bienestar” que había resultado central en aquella definición y había constituido a su vez el blanco principal de crítica en el documento de 1987 en este caso se inscribe en un marco específico que responde a ese discurso crítico. De este modo, aquí se plantea que existen controversias en cuanto a la posibilidad de la elaboración de una “definición científica” de la salud relativa a la sexualidad libre de valores. La posición adoptada sostiene que en el abordaje de los “comportamientos y estilos de vida” que atraviesan la sexualidad “las definiciones y conceptos basados en valores resultan inevitables” (OPS-OMS, 2000: 10). De hecho, se plantea que el término “bienestar” que funciona como núcleo de la definición propuesta de “salud sexual” debe ser entendido como “un estado definido por valores” (OPS-OMS, 2000: 10). Sin embargo, en esta propuesta la “salud sexual” no queda librada a la variabilidad de los valores, sino que se establece como condición que los valores se encuentren subordinados a los “derechos sexuales”.

(...) el grupo de expertos acordó que la formulación de una definición de la salud sexual es a la vez una tarea posible y recomendable siempre que la definición se derive del concepto de derechos sexuales y lo abarque. (OPS-OMS, 2000: 10)

El concepto de “derechos sexuales” que tiene un lugar privilegiado en este documento operando como el marco que le da sentido a la noción de bienestar proviene de la “Declaración Universal de los Derechos Sexuales” formulada por la WAS en 1999. Esta declaración inscribió por primera vez en la esfera internacional de los derechos la noción de “derechos sexuales” separándola de su atadura a los “derechos reproductivos” que había establecido la CIPD del Cairo. En esta ocasión, los “derechos sexuales” son definidos como derechos humanos universales basados en la “protección de la dignidad y la promoción de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma” (OPS-OMS, 2000: 10).

¹⁹ En el original: “ongoing process of physical, psychological, and socio-cultural well-being related to sexuality” (OPS-OMS, 2000: 6).

²⁰ El cambio de vocabulario de los otros términos no resulta significativo (“psicológico” reemplaza a “mental” y “sociocultural” a “social”).

El derecho a la libertad sexual. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. El derecho a la privacidad sexual. El derecho a la equidad sexual. El derecho al placer sexual. El derecho a la expresión sexual emocional. El derecho a la libre asociación sexual. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. El derecho a información basada en el conocimiento científico. El derecho a la educación sexual integral. El derecho a la atención de la salud sexual. (WAS apud OPS-OMS, 2000: 10)

El impulso de la WAS se posiciona en una perspectiva de cambio social y cultural que retoma la tradición reformista de los inicios de la sexología basada en la idea del progreso cultural hacia la consecución de los ideales de libertad y bienestar. De este modo, con respecto a los valores culturales específicos, se considera que los Derechos Humanos se ubican por encima de ellos. Esto significa que "(...) si una cultura en particular tiene una costumbre que va en contra de un derecho humano, es necesario cambiar el valor cultural, como sucede en el caso de la práctica cultural de la mutilación genital femenina" (OPS-OMS, 2000: 10). Sin duda la relación entre los valores culturales específicos y los Derechos Humanos, constituye un aspecto de mucha complejidad y controversia en el plano de la sexualidad tal como ha sido puesto de relieve en el documento de 1987. Por esta razón, resulta relevante que el único ejemplo utilizado para referir a la oposición entre una práctica culturalmente arraigada y los Derechos Sexuales sea la mutilación genital femenina, ya que su rechazo goza de un elevado nivel de consenso en el plano internacional (Cfr. Amnesty International, 1997). Por otro lado, el documento omite numerosos ejemplos en los países occidentales industrializados de mandatos y prácticas culturales que se oponen a los principios que rigen estos derechos debido a que su rechazo se encuentra lejos de la unanimidad en tales coordenadas geopolíticas.²¹

Al igual que todo marco jurídico, los Derechos Sexuales son una construcción normativa que en este caso tiene por objeto la regulación de los comportamientos relativos a la sexualidad. La asociación realizada en este documento entre "derechos sexuales" y "salud sexual" entrama una axiomática que postula a la salud como el objetivo final de la sociedad y el principio que debe regir los comportamientos individuales. De esta manera, se presenta una noción de salud articulada fuertemente con la noción de responsabilidad individual. Dicha noción de salud que estructura este planteo se inscribe en el marco conceptual de "promoción de la salud" presentado por la OMS en la conferencia de Ottawa en 1986 (WHO, 1986). Este enfoque de "promoción de la salud" implicó un desplazamiento importante con respecto al modelo de intervención, ya que se focaliza en el rol activo de los individuos respecto al control y la gestión de su propia salud en

²¹ Nos referimos, por ejemplo, a los mandatos culturales de la abstinencia sexual premarital devenidos política pública educativa en muchos estados de Estados Unidos en la época de la publicación de este documento.

paralelo con los servicios de salud del Estado (WHO, 1986: 1). En coherencia con esa concepción de la salud centrada en la gestión de los comportamientos individuales, el documento propone que el desarrollo y la preservación de la “salud sexual” se encuentran en una relación de dependencia con los “comportamientos sexuales responsables”. De esta manera, plantea que existen “comportamientos concretos que caracterizan a la persona sexualmente sana” y recupera la lista de “comportamientos de vida del adulto sexualmente sano” propuesta por la SIECUS en 1997 (OPS-OMS, 2000: 11-12).

Por otro lado, en oposición a los comportamientos sexuales sanos y responsables, el documento despliega una clasificación de “preocupaciones y problemas que afectan a la salud sexual” (OPS-OMS, 2000: 15-21). Las preocupaciones, por un lado, consisten en “situaciones” o “inquietudes” que requieren la intervención de “organismos gubernamentales y/o no gubernamentales del sector de salud”. Estas situaciones abarcan las siguientes temáticas: la violencia y la integridad corporal, el erotismo, los vínculos afectivos, el género, la orientación sexual y la reproducción. En cuanto a los temas referidos a la violencia sexual, el erotismo y los vínculos afectivos, las situaciones se focalizan en el efecto que producen las distintas modalidades de violencia sexual, el desconocimiento acerca del placer sexual y las diferentes formas de coerción afectiva en la vida sexual de las personas obstaculizando el disfrute libre de relaciones sexuales consensuadas. Con respecto a la orientación sexual y el género, las situaciones refieren a las condiciones de discriminación y plantean la necesidad de lograr respeto y aceptación de las diferencias. Por último, la situación referida a la reproducción coloca el énfasis en la responsabilidad individual de quienes la experimentan.

Por otro lado, los problemas que afectan a la salud sexual son abordados con mayor detenimiento y aparecen rubricados como “síndromes clínicos”. Esta denominación es usualmente empleada por la OMS para definir estándares internacionales de evaluación epidemiológica del estado de salud de las poblaciones. La clasificación propuesta en este caso contiene una lista de condiciones de salud que obstaculizan el alcance por parte de los individuos de la salud sexual. Los síndromes incluidos refieren a las “disfunciones sexuales”, los “trastornos del vínculo afectivo/amor (llamados también parafilias)”, el “comportamiento sexual compulsivo”, “los conflictos de identidad de género”, la “violencia y victimización”, problemas relativos a la reproducción y las “enfermedades de transmisión sexual” (OPS-OMS, 2000: 20-21).

A partir de la clasificación de situaciones preocupantes para la sociedad y de síndromes clínicos, este documento consolida una noción de sexualidad que tiene su centro en la actividad sexual saludable. Ambas listas enumeran un conjunto de obstáculos que deben ser superados o

elididos para alcanzar la salud sexual. Tales obstáculos pueden ser o bien de índole somática o bien, en menor medida, psicológica, pero en todos los casos se expresan como un problema en el plano de la vida sexual de las personas. Desde esa perspectiva, cuando se mencionan, por ejemplo, las preocupaciones referidas a la violencia, se plantea que “(...) entre 50 y 60 por ciento de las víctimas [de violencia sexual] sufren de disfunción sexual, incluido el temor al acto sexual y problemas de excitación sexual” (OPS-OMS, 2000: 19). El documento sostiene que la práctica libre de la sexualidad en tanto actividad constituye una parte crucial de la salud en su conjunto, el bienestar y el ejercicio individual de los Derechos Humanos. En ese sentido, se considera que el “placer erótico” es un componente fundamental de la sexualidad y de la expresión de los Derechos Sexuales. Tal como planteábamos más arriba, el comportamiento sexual responsable aparece como la condición de posibilidad de la actividad sexual placentera y saludable. Esta articulación entre responsabilidad individual y salud sexual se sostiene presupuesto dóxico: “los comportamientos sexuales responsables promueven la salud sexual”. A su vez, la articulación lógica de este presupuesto permite sostener que las diferentes consecuencias negativas de la actividad sexual (por ejemplo, la violencia sexual, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados) son expresiones de una mala salud sexual y el resultado de comportamientos sexuales irresponsables.

3. Conclusiones

El ingreso de la sexualidad como tema de intervención en las CIPD de la ONU modulada inicialmente por la pregnancia del neomaltusianismo articula en el último tercio del siglo XX a los derechos reproductivos de las mujeres en el discurso internacional de los Derechos Humanos. En esas condiciones, se logra entramar un espacio transnacional de movimientos de mujeres que patentizan un giro significativo en la CIPD del Cairo de 1994 consolidando la legitimidad de la concepción de la salud reproductiva como un derecho de las mujeres entendidas como sujetos activos y desplazando definitivamente al plano de lo arcaico, al menos en este ámbito, la concepción de la reproducción como “variable de desarrollo”.

Mediante el recorrido por las CIPD del siglo pasado, seguimos el despliegue de un dispositivo discursivo que formula lo reproductivo en términos de derechos humanos reconociéndoles capacidad de agencia a las mujeres en edad reproductiva y produce, a su vez, la subsunción de la sexualidad a la reproducción en un estado de la matriz heterosexual que solo llega a nominar los derechos sexuales en términos negativos. Pero en una tradición diferenciada, aunque marcada por este movimiento, la OMS constituye la sede institucional de un espacio

discursivo que autonomiza la sexualidad de la reproducción privilegiando la perspectiva de la sexología. En una tradición que entiende a la salud en términos positivos como “completo bienestar” y como “responsabilidad individual”, tiene lugar la emergencia del concepto “salud sexual” marcado por la fuerte impronta de la expansión sexológica de la última porción del siglo XX. “Salud sexual”, “bienestar sexual” y “placer sexual” aparecen como elementos de una articulación que presenta a la “educación sexual” como una herramienta de intervención necesaria. En ese espacio discursivo que hemos recorrido siguiendo las coordenadas institucionales de la OMS, se traza la definición de “sexualidad integral” que será retomada por diferentes documentos regionales como estrategia de legitimación. Sin embargo, el juego de tensiones entre formaciones discursivas que había favorecido a la sexología en el ámbito de la OMS correrá distinta suerte en las escenas nacionales. En el caso argentino, por ejemplo, los ideologemas privilegiados por ese espacio discursivo tales como el “bienestar sexual” y el “placer sexual” tendrán una presencia limitada o incluso nula según las instancias (Cfr. Boccardi, 2016).

A fin de cuentas, a modo de apertura de otras indagaciones situadas, podemos plantear que si bien el axioma contra el reduccionismo biológico cuya presencia es central en la noción de sexualidad integral logra instalarse de manera transversal en el espacio discursivo de los derechos sexuales y reproductivos, esta noción en sentido extenso atravesar  procesos de resignificación al calor del heterogéneo juego de fuerzas entre las formaciones discursivas que operarán restricciones y exclusiones variables en los diferentes escenarios.

Referencias bibliográficas

- Alves, J. E. D. (2002): “A polémica Malthus versus Condorcet reavaliada   luz da transi o demográfica”. Rio de Janeiro, *Texto de discussão*, n. 4, ENCE/IBGE.
- Amnesty International (1997): *Human Rights are Women’s Right: Eradicate Female Genital Mutilation*. Report of Amnesty International’s May 1997 seminar on FGM, Dar es Salaam.
- Angenot, M. (1989): *1889: Un  tat du discours social*. Montreal: Le Pr ambule.
- APA (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3 ed.)(DSM-III)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3 ed.revisada) (DSM-III-R)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 ed.)(DSM-IV)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- Bajtín, M. (2005): *Est tica de la creación verbal*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina
- Boccardi, F. (2010): “La sexualidad en la red de los discursos mediáticos. Una lectura de la construcción de la educación sexual en la prensa argentina”. *Revista F@ro*, Año 6, N  12.

- Boccardi, F. (2013): "Acerca de los contornos de la discursividad. Una (re)lectura semiótica de *La Arqueología del saber*". *Estudios semióticos*, vol. 9, N° 1, pp. 80-89.
- Boccardi, F. (2016): "Erotismo y placer sexual. Un recorrido por la memoria discursiva de la educación sexual integral". *Cuadernos de Educación*. Año XIV, N° 14.
- Brown, J. (2014): *Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990 – 2006)*. Buenos Aires: Teseo.
- Coleman, E. (1997): "Promoting sexual health: The challenges of the present and future". En: J. J. Borrás-Valls y M. Pérez-Conchillo (Eds.): *Sexuality and human rights: Proceedings of the XIIIth World Congress of Sexology*. Valencia: Comité Científico del Instituto de Sexología y Psicoterapia Espill.
- Coleman, E. (2002): "Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction". *The Journal of Sex Research*, 39, 3-6.
- Corrêa S, Jannuzzi P. M., Alves J. (2004): "Direitos e saúde sexual e reprodutiva: Marco Teórico-Conceitual e Sistema de Indicadores". En: *Saúde no Brasil: conceitos, programas e indicadores*. ABEP, IBGE, UNFPA.
- Corrêa, S., Ávila, M. B. (2003): "Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros". En: Berquó, E. (org). *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, Editora Unicamp, 2003.
- Corrêa, S. (1997): "From Reproductive Health to Sexual Rights: Achievements and Challenges Ahead", *Reproductive Health Matters*, vol. 10
- Corrêa, S. y Parker, R. (2004) "Sexualidad, derechos humanos y pensamiento demográfico. Convergencias y divergencias en un mundo cambiante". *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 19, No. 3 (57), pp. 497-541
- Corrêa, S. y Sen, G., (1999): *Cairo + 5: no olho da tempestade*. Observatório da Cidadania. San Pablo.
- Dalmasso, M. T (2001): "Del conocimiento de la realidad material", en: Dalmasso, M. T: y Boria, A. (Comp.): *El discurso social argentino. Libro 1: Memoria 70/90*, Córdoba: Topografía proyecto editorial.
- de Barbieri, T. (2000): "Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos". *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 62, No. 1 (Jan. - Mar., 2000), pp. 45-59.
- Dixon-Mueller, R. (1993): "The Sexuality Connection in Women's Reproductive Health". *Issues in Family Planning*, 24, 269-282.
- Foucault, M. (2005): *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Ketting, E. (1996): "Sexual Health is Something Different". *Choices* 25, No. 2, 1.
- Langfeldt, T. y Porter, M. (1986): *Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings*. Albany, NY: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Lottes, I. (2000). New perspectives on sexual health. In I. Lottes & O. Kontula (Eds.), *New views on sexual health: The case of Finland* (pp. 7-29). Helsinki, Finlandia: Population Research Institute.
- Millet, K. (1975): *Política sexual*. México D.F.: Aguilar

Money J. (1985): "Gender: History, Theory and Usage of the Term in Sociology and its Relationship to Nature/Nurture", *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 71-79.

Money, J. (1955): "Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychological Findings", *Bulletin of Johns Hopkins Hospital* 96: 253-64. 28

OPS – OMS (2000): *Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala, Guatemala: Pan American Health Organization.

Petchesky, R. P. (1999): "Direitos Sexuais, um novo conceito na prática política internacional". En: Barbosa, R. M. y Parker, R. (orgs.). *Sexualidades pelo Averso, direitos, identidades e poder*. Río de Janeiro, IMS/UERJ.

Sen, G.; Germain, A. y Chen, L.C. (eds.) (1994): *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights*. Boston: Harvard Series on Population and International Health.

Szasz, I. (2004): "El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades". *Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate*. Cáceres, Carlos et. al. (editores). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, págs. 65-76

WHO (1946): *Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19-22 June.

WHO (1977): *International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)*. Génova.

WHO (1986): *Charter adopted at an international conference on health promotion: "The move towards a new public health"*, November 17-21, 1986. Ottawa, Ontario, Canada.

WHO (1992): *International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Génova.

WHO (1975) : *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting* [desarrollada en Génova desde el 6 hasta el 12 de febrero de 1974] . Génova: World Health Organization.

WHO, Regional Office for Europe. (1987). *Concepts of sexual health: Report of a working group*. Copenhagen: Autor. sch