

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

# **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Un primer acercamiento.**

María Irene Incerti.

Cita:

María Irene Incerti (2015). *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Un primer acercamiento. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/776>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.**

### **Un primer acercamiento.**

Por María Irene Incerti.

Lic. en Ciencia Política – Universidad de Buenos Aires

incerti.irene@gmail.com

#### **Resumen:**

El presente trabajo se centra en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), analizando cuál fue su desarrollo, el alcance logrado y su impacto en la juventud entre los 15 a 24 años de la Ciudad de Buenos Aires, a una década de su implementación.

El PNSSyPR (2003) tiene entre sus objetivos elevar el nivel de salud sexual y reproductiva, la prevención de embarazos no deseados, la detección temprana y prevención en enfermedades de transmisión sexual, la promoción de la salud sexual de los/ las adolescentes, y garantizar el acceso a la información y orientación respecto a la salud sexual y reproductiva. Es a partir de estos objetivos que podemos considerar que se trata de una política orientada a la universalización del derecho a la salud y la sexualidad, generando un quiebre con políticas sociales en salud sexual que resultaron más focalizadas y de menor alcance.

Es de interés para este trabajo poder realizar, por medio de la evaluación crítica del PNSSyPR, un aporte que permita mejorar el acceso a la salud y mayores niveles de salud sexual y reproductiva, lo cual conlleva a mejores condiciones de vida y libertad de decisión sobre nuestros cuerpos.

**Palabras clave:** Salud sexual, Políticas públicas, Políticas sociales.

## **Introducción.**

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) tomo fuerza de ley en el año 2002 y fue reglamentado en el año 2003. El recorrido que distintas iniciativas parlamentarias tuvieron que seguir para culminar en este Programa no fue ni corto ni sencillo, sus antecedentes se pueden rastrear hasta el *cajoneado* proyecto de ley de 1995 que buscaba garantizar la distribución gratuita de anticonceptivos, y un nuevo intento por llevarlo adelante en el año 2000. Cuando se comenzó a debatir el proyecto de ley que daría origen al PNSSyPR, en el año 2001, se tomaron en cuenta diversos proyectos presentados por distintos bloques parlamentarios para intentar así construir un Programa que fuese del más amplio consenso posible. Aún así, tanto en el recinto como en la sociedad, esta ley tuvo la resistencia de algunos sectores religiosos y grupos políticos.

El PNSSyPR tiene entre sus objetivos promover y elevar el nivel de salud sexual y reproductiva, la prevención de embarazos no deseados, la detección temprana y prevención en enfermedades de transmisión sexual, la promoción de la salud sexual de los/ las adolescentes, y garantizar el acceso a la información y orientación respecto a la salud sexual y reproductiva. Para ello propone la distribución gratuita de anticonceptivos en hospitales, obras sociales y prepagas, y garantizar el acceso a la información a partir de la educación sexual y la capacitación de los docentes y educadores. Precisamente son estos los dos puntos que mayor debate y controversia generaron (y siguen generando).

Para poder analizar los resultados alcanzados hasta el momento por el PNSSyPR y realizar una evaluación crítica que permita realizar aportes para poder mejorar su funcionamiento, es necesario desandar el ciclo de esta política pública. Nos proponemos, en un primer momento, analizar cómo fue la formulación del problema que da origen a esta política, y su problematización dentro del Estado, su incorporación en el debate público y el rol que jugaron distintos actores para poder modificar la ley resultante. En segundo lugar, nos ocuparemos de indagar al respecto de la implementación del PNSSyPR, desde su reglamentación y el lugar que ocupan los distintos organismos participantes en la misma, para poder analizar su funcionamiento a partir de los objetivos enunciados en el cuerpo de la ley. Por último nos abocaremos a realizar

una revisión del *Programa* a partir de los datos comparativos entre el período previo a la implementación de la ley y las últimas evaluaciones realizadas. A partir de esto podremos observar y analizar si los objetivos enunciados por el PNSSyPR fueron alcanzados, si las metas propuestas se cumplieron y cuáles podrían ser los aportes al programa para mejorar su funcionamiento.

## **1. El problema de la Salud Sexual.**

Cómo mencionábamos anteriormente, el problema de la salud sexual no es algo novedoso en el escenario argentino. Si nos pusiéramos a historizar, podemos encontrar que, con la vuelta a la democracia, fue un tema siempre en agenda. Ya en 1985 se ratificó la adhesión a la *Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer* (y fue incorporada a la constitución en 1994) en la que se garantizaban algunos derechos reproductivos (como elegir libre y responsablemente sobre la maternidad y tener acceso a educación y medios de prevención). Más tarde, en 1995, una iniciativa por una ley de salud sexual nacional quedó frenada en la Cámara de Senadores, ante el debate sobre la distribución gratuita de anticonceptivos y perdió estado parlamentario. Posteriormente se presentaron nuevos proyectos, pero hasta el año 2001, cuando se inició el debate sobre la ley 25.673 sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, no se había logrado que un proyecto lograra pasar con éxito por ambas cámaras. En el año 2002 logra obtener una amplia mayoría, registrándose muy pocos votos en contra y algunas ausencias y abstenciones<sup>1</sup>(Cámara de Senadores de la Nación, 2002).

### **Poniendo en contexto.**

Es importante tener en cuenta que el contexto económico, político y social fue muy cambiante entre el inicio del debate de la ley, su aprobación y su implementación. Un debate que inicia en el año 2001, cuando nuestro país sufrió una gran crisis institucional, económica y social, con una

---

<sup>1</sup> Es difícil encontrar el número exacto ya que la votación no fue nominal y se realizó a mano alzada sólo por afirmativo. En las versiones taquigráficas se pueden identificar 13 votos en contra.

pobreza creciente y altos niveles de desocupación<sup>2</sup>. Resulta central para nosotros resaltar el rol fundamental del modelo estatal a la hora de estudiar una política social, ya que según Esping-Anderson (1993) se pueden establecer tres modelos de política social: a) liberal-residual; b) conservador corporatista; y c) socialdemócrata-universalista. En cada uno de estos modelos el foco está puesto en lograr el bienestar fundamentalmente de a) el mercado; b) la familia y/o la iglesia; y c) el Estado. Según Schiochet (2009) la política pública es la iniciativa del gobierno o Estado, reconociendo también a la inacción o negligencia como parte de la misma y entendiéndola como la “relación entre Estado y sociedad civil mediada por los derechos” (2009: 283). Esta crisis político-económica era una respuesta a más de una década de políticas neoliberales, focalizadas y orientadas al mercado, donde el sistema de salud nacional se vio fuertemente perjudicado por su federalización sin presupuesto, y el crecimiento de la medicina privada. En este contexto la cuestión del embarazo adolescente, el creciente número de mujeres fallecidas por abortos clandestinos, y la falta de difusión y acceso a la información y prevención desde el Estado, tomó estado público a partir de la repercusión que tuvo en los medios masivos de comunicación. Así, este tema se hizo presente en la agenda gubernamental. Consideramos que ante este contexto era necesario volver a un modelo estatal donde la intervención social jugara un rol predominante.

En este sentido, consideramos que el PNSSyPR es una de las primeras medidas que da una respuesta *universalista*, en la cual se ve un giro del Estado hacia un rol protagónico como interventor y regulador de las condiciones sociales y materiales de vida. Es así que entendemos que a la política social, según Danani, hay que pensarla como el “conjunto de intervenciones sociales del Estado” (2009: 33), es decir, está compuesta por un “conjunto de acciones relativamente institucionalizadas que producen las condiciones de vida reproducción de la vida” (Danani, 2009: 32). Cabe mencionar que en 2003<sup>3</sup> asume la presidencia Néstor Kirchner, y que a partir de allí se continúa con este cambio en la concepción sobre el rol del Estado.

---

<sup>2</sup> Según el INDEC (2002), entre mayo 2001 y mayo 2002, 2,1 millones de personas se convirtieron en pobres y los indigentes aumentaron en 1,5 millones.

<sup>3</sup> Ante la crisis institucional del 2001, De La Rúa renuncia a la presidencia. La asamblea legislativa nombra a Eduardo Duhalde como presidente y éste convoca a las elecciones para el año 2003.

## **Actores en juego.**

A pesar de que el PNSSyPR obtuvo una fuerte mayoría en ambas cámaras, podemos identificar distintos actores en juego. Por un lado encontramos por la positiva al gobierno (tanto el que se encontraba en ejercicio a su aprobación, como el que ejercía en el momento de su reglamentación), y a la gran mayoría de los partidos políticos, con o sin representación parlamentaria; y al movimiento de mujeres y diversas organizaciones feministas. Por otra parte, en encuestas realizadas posteriormente por el CEDES, CELS y FEIM (2003) mostraban un amplio consenso en la población. La contracara de este debate era representada por la Iglesia Católica principalmente, pero acompañada por otros grupos religiosos y agrupaciones con una fuerte identificación eclesiástica. Según se puede encontrar en la versión taquigráfica (Cámara de Senadores de la Nación; 2002), cómo en algunos documentos de organizaciones católicas (Beccar Varela; 2002) (Jóvenes de Acción Católica; 2001) los principales argumentos estaban vinculados a que esta ley podría permitir la apertura del debate respecto al aborto, sobre la visión de la sexualidad de los jóvenes y ante todo, con fuertes conflictos sobre la distribución gratuita de los anticonceptivos (ya que algunos son considerados abortivos por la Iglesia y algunos sectores están en contra de *prevenir* un embarazo) y respecto de la posibilidad de la educación sexual en las escuelas. Fue a partir del lobby de estos sectores, que al ver que la aprobación de la ley era inevitable, consiguieron la modificación de algunos artículos, obteniendo así la *objeción de conciencia* para los profesionales y escuelas de gestión privada. Esto permitió que las escuelas confesionales puedan seguir evitando la educación sexual en sus establecimientos y que los médicos puedan oponerse a recetar a los jóvenes algunos anticonceptivos.

## **2. Bajarlo a tierra.**

El PNSSyPR cuenta con numerosos y ambiciosos objetivos. En este apartado nos enfocaremos en ver cómo esta ley fue reglamentada, cuáles son los organismos y dependencias gubernamentales responsables y cómo se implementó el *Programa*.

En el cuerpo de la ley, en su artículo 2°, se establecen como sus objetivos: “a) *Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;* b) *Disminuir la*

*morbimortalidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genitales y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.” (Ley 25.673). Para llevarlos adelante, en su reglamentación (Decreto Nacional 1.282/03) se establece que el Ministerio de Salud será el responsable de llevar adelante el PNSSyPR, y de la orientación y asesoramiento a los programas provinciales, siendo el proveedor de la capacitación y de los elementos materiales como los anticonceptivos. Por otra parte, en lo que respecta a la capacitación docente y el acceso a la información se involucra también al Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.*

En este caso, como podemos ver, la implementación del Programa parte de la decisión política central y se va descentralizando hacia abajo en lo que Tamayo Saéz (1997) califica como *bottom-up*. En este modelo se pasa el énfasis, la adaptación de la decisión inicial a las características y decisores locales. El éxito depende de la adaptación mutua entre el plan generado desde el centro y las condiciones y capacidades de las agencias locales.

Un punto no menor a mencionar está vinculado a quiénes son las/ los beneficiarios de este plan. En un primer momento, hemos mencionado la pretensión *universalista* de esta política pública, pero al ponernos a desgranar los beneficiarios encontramos algunos grupos que se encuentran más presentes que otros. En primer lugar encontramos que los y las jóvenes son uno de los grupos destinatarios de esta política, ya que la misma hace énfasis en este sector en los objetivos generales. Por otra parte las mujeres son beneficiarias directas del programa, como podemos ver a partir de la información y prevención respecto al embarazo adolescente y la explicitación de potenciar la participación femenina en las decisiones sexuales. Por otra parte, podemos ver su parte universal al garantizar la distribución gratuita de métodos anticonceptivos, tanto a partir de los hospitales, como por las prepagas y obras sociales. En este sentido vimos una ampliación de este derecho cuando en el 2006 se logró incorporar la anticoncepción quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía). A su vez, a partir de las campañas informativas se intentaba generar una capacitación general a la sociedad al respecto de esta temática.

Si bien la coordinación general del PNSSyPR dependía del Ministerio de Salud de la Nación, el mismo debía ir articulando en cada provincia que adhiriera al programa con las dependencias locales y la legislación provincial vigente en cada una.

En nuestro análisis, por limitaciones de tiempo y posibilidades de desarrollo para el presente trabajo, nos centraremos en la situación particular de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ya que la misma adhirió al PNSSyPR, y contaba previamente con una legislación propia en materia de Salud Sexual<sup>4</sup>. Dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires nos focalizaremos en el grupo etario de 15 a 24 años, que, como mencionábamos antes, es uno de los sectores que podemos considerar como un beneficiario directo y destinatario de esta política.

### **3. Entre objetivos y logros.**

Para poder realizar un análisis crítico sobre el impacto que tuvo el PNSSyPR en la juventud entre los 15 y los 24 años en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es necesario que explicitemos a partir de qué objetivos lo vamos a evaluar y bajo qué criterios.

En primer lugar vamos a señalar que el Programa debería contar con su propia evaluación periódica, pero lejos de eso, no tiene datos actualizados posteriores al 2007, con excepción de un informe semestral del año 2010. Muchos de los datos con los que se cuenta son incompletos y no permiten una comparación por franja etaria/ año/ lugar. Por este motivo hemos tenido que recurrir a fuentes locales y organismos internacionales para poder analizar algunas problemáticas y su evolución.

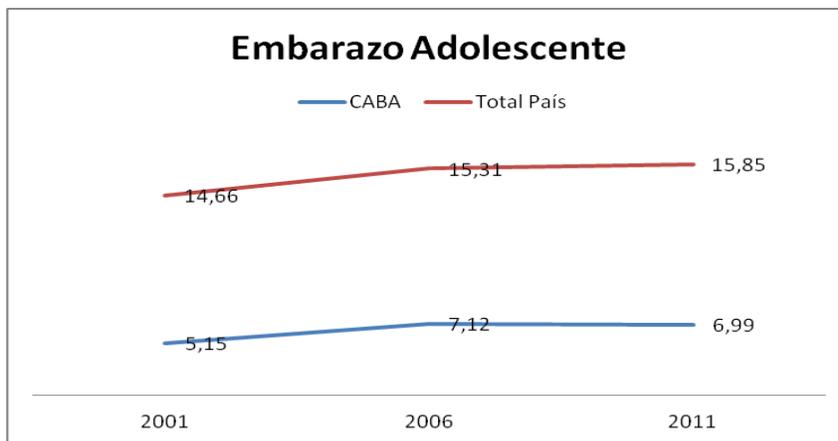
Para este primer acercamiento analizaremos los datos con respecto al embarazo adolescente y VIH/SIDA. Consideramos que son dos cuestiones que, por un lado están dentro de los objetivos del Programa y por el otro se cuenta con información actualizada.

---

<sup>4</sup> En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires están vigentes el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y la ley de Educación Sexual Integral. A su vez, se cuenta con un

### Embarazo adolescente.

En los datos que pudimos recolectar se entiende al embarazo adolescente como el embarazo llevado a término en mujeres menores a 20 años. Si bien un embarazo antes de los 20 años puede ser buscado, que número continúe aumentando a pesar de desde el *Programa* se intenta fomentar una maternidad programada es alarmante. Cómo se puede ver en el Gráfico 1, elaborado a partir de la información de nos brinda UNICEF (2013) el aumento de los casos a nivel Ciudad y a nivel Nación son preocupantes. Según la UNFPA (s.f) el 69% de los embarazos adolescentes no son buscados, y llevan a que 6 de cada 10 embarazadas abandonen los estudios.



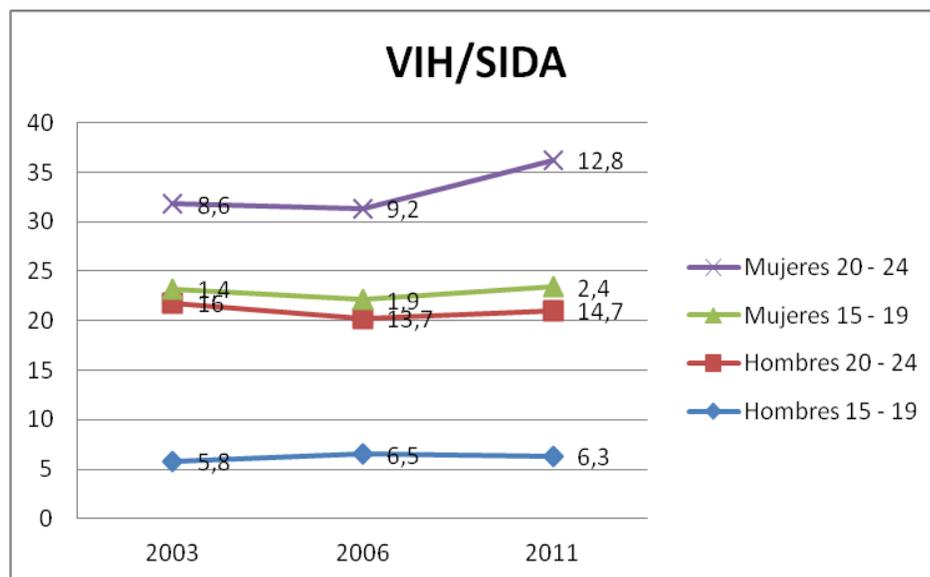
**Gráfico 1.** Elaboración propia en base a datos de UNICEF

### VIH/SIDA

La temprana detección y la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) es otro de los puntos claves que se intentan tratar desde el PNSSyPR. Un aumento en las ETS nos habla de una nueva falencia en el Programa, ya que se intenta fomentar una sexualidad cuidada y con prevención. Como veremos a continuación en el Cuadro 1 y Gráfico 2, hay un aumento del VIH/SIDA en una población joven, mayoritariamente se da en los hombres, y la mayor tasa de contagio es por trasmisión sexual. Según los datos del Ministerio de Salud de CABA (2014) entre los infectados con VIH mayores a 18 años más del 40% terminaron el colegio secundario.

Cuadro 1. Distribución de las notificaciones por sexo según vía de transmisión. CABA, 2003-2013				
Vía de Transmisión	Mujeres	%	Varones	%
Sexual- Hétero	4.525	89,43	4.390	47,46
Sexual- Homo			3.820	41,39
Uso compartido de material inyectable	68	1,34	524	5,68
Vertical	312	6,17	267	2,89
Otras	30	0,59	32	0,35
Desconocido	125	2,47	197	2,13
<b>Total</b>	<b>5.060</b>	<b>100</b>	<b>9.230</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio de Salud de CABA

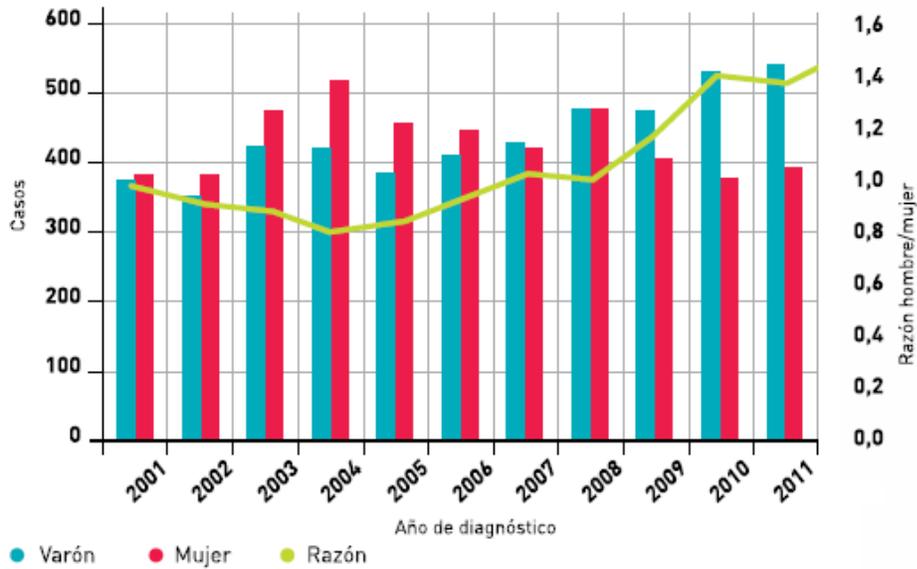


**Gráfico 2.** Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de CABA

A nivel nacional podemos observar en el Gráfico 3 y 4 que las tendencias positivas en la detección de VIH/SIDA en la población entre 15 y 24 años se sostienen, y su principal causa es la transmisión por vía sexual.

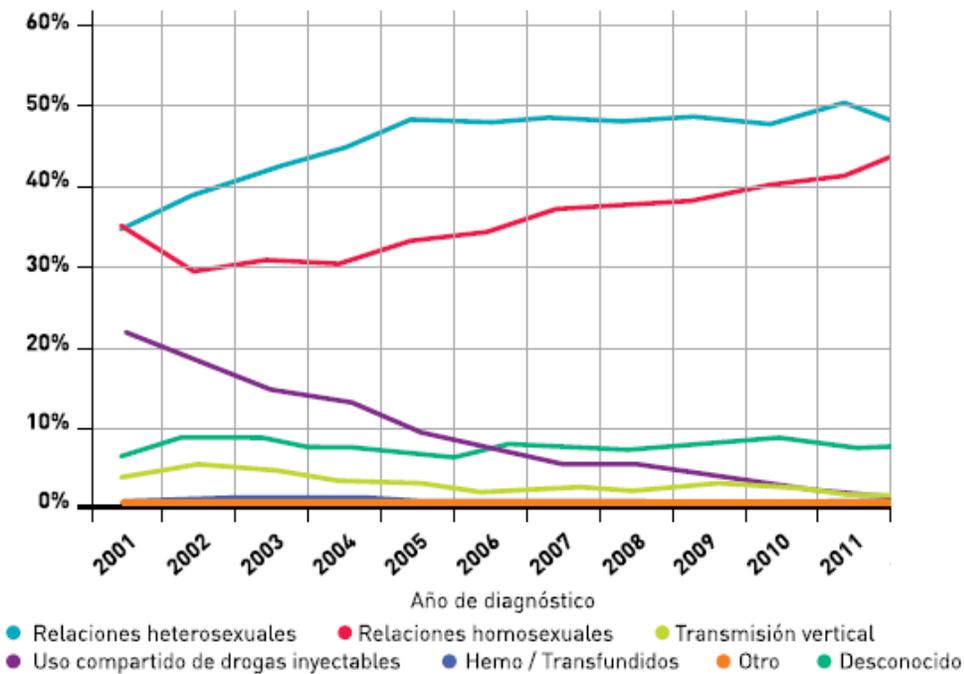
**Gráfico 3. Casos de VIH por sexo y razón hombre/mujer según año de diagnóstico en grupos de edad seleccionados, Argentina (2001-2011)**

15 a 24 años



**Fuente: Ministerio de Salud de la Nación**

**Gráfico 4. Vías de transmisión del VIH en varones según año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)**



**Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.**

Al respecto de estos datos, lo que podemos decir es que a pesar de la implementación del PNSSyPR y su articulación a nivel regional con los agentes locales, en lo que refiere a la salud sexual de los y las jóvenes en la Ciudad de Buenos Aires aún queda mucho por hacer. A pesar de que el *Programa* ya lleva más de una década de funcionamiento aún hacen falta evaluaciones comparativas y críticas para poder mejorar su implementación.

Podríamos decir que la salud sigue formando parte del la “*deuda social*”, al decir de Agustín Salvia (2011), donde a pesar de un incremento en el gasto social y el crecimiento económico, aún hay situaciones sociales, devenidas de décadas de desprotección, que afectan al país.

Un último aspecto que quisiéramos señalar en este punto está vinculado al artículo 8° de la ley 25.673, el cual refiere a la difusión del *programa*. Si bien la cuestión comunicacional escapa al campo de estudio del presente trabajo, no podemos dejar de señalar cómo se hace visible la baja cantidad de materiales producidos para la difusión masiva. Según la misma página del PNSSyPR, hay escasos materiales producidos antes del 2007 y muy pocos luego del 2011. Dentro del programa se entiende que la difusión es fundamental para poder alcanzar un cierto nivel de masividad y poder garantizar el acceso a la información por parte de la sociedad en general. A su vez, siendo un programa tan abocado a la juventud, en gran parte, sorprende la falta de estrategias comunicativas destinadas a esa franja etaria a partir de los medios masivos de comunicación o las redes sociales.

### **Aportes.**

Consideramos que la ley 25.673 que da origen al *Programa Nacional del Salud Sexual y Procreación Responsable*, es un gran paso adelante en materia legislativa. Dentro del Programa destacan los intentos por poder generar una nueva sexualidad, responsable y sin tabúes, sin discriminación por posición económico-social y por géneros. Valoramos a esta ley como una ruptura con la tradición normativa nacional en la temática de la Salud Sexual y Reproductiva. En nuestro país la Iglesia siempre ha tenido un fuerte peso específico, y que aún así se pueda avanzar en esta legislación es sumamente valorable. Por esto queríamos poder hacer, en primer lugar, una valoración positiva del *Programa*, para poder adentrarnos a una crítica que pretende ser un aporte para poder mejorar su funcionamiento.

Sin lugar a dudas, los números que hemos expuesto anteriormente nos demuestran que hay algunas cuestiones sobre las que el programa necesita realizar una evaluación, tanto interna, desde los propios directivos y agentes participantes del programa, como desde afuera del mismo. En este sentido, uno de los primeros puntos que creemos importante mejorar es el acceso a la información estadística. Consideramos que desde el PNSSyPR deberían actualizar anualmente los datos estadísticos, para poder realizar una evaluación más ágil de los objetivos cuantitativos respecto a los objetivos e información mejor diferenciada en grupos etarios y no sólo regionales. Así mismo, consideramos que deberían poder relevar la información sobre los abortos<sup>5</sup>, ya que hoy no se cuenta con estadísticas oficiales nacionales. Creemos que, a más de una década de implementación, debería circular un documento desde la dirección del PNSSyPR donde se evalúen los avances y aspectos a mejorar del programa según sus objetivos iniciales y las posibles nuevas metas a alcanzar en un plazo determinado, para acercarse a los objetivos generales.

Otro de los puntos que consideramos importantes de revisar es cómo se puede mejorar la implementación a nivel nacional, ya que la legislación provincial y es diversa respecto a la temática y nuestro sistema federal permite que las provincias que no quieran, puedan no adherir al PNSSyPR. Consideramos que las cifras que se sostienen a nivel país respecto a los embarazos adolescentes y la transmisión del ETS hacen urgente un mayor nivel de intervención nacional y central respecto al tema, y que facilite el acceso a la población en su conjunto al programa en su totalidad. Consideramos, a su vez, que una manera de fortalecer este aspecto sería pensar de un modo conjunto los diversos programas y planes que están pensados a niveles locales y a nivel nacional, en relación a la misma temática (salud sexual, salud reproductiva, educación sexual, prevención de ETS) y que en muchas oportunidades terminan compitiendo entre ellos o pisándose, cuando tienen el mismo objetivo general.

Por otra parte, consideramos que la objeción de conciencia que se presenta en la ley, permite que su aplicación no sea universal, ya que deja por fuera del acceso a la información a grandes porciones de la sociedad, ante todo a los y las jóvenes que asisten a colegios confesionales o de

---

<sup>5</sup> Si bien entendemos la complejidad de poder relevar un dato sobre una actividad que aún se encuentra penada en la legislación nacional, creemos que es de suma importancia contar con datos fehacientes para poder dar un debate real y democrático respecto a la cuestión y poder mejorar las políticas públicas en relación a esta temática.

gestión privada que se opongan a educar respecto a la salud sexual y reproductiva. A su vez, consideramos que este punto se ve aún más perjudicado al no existir una fuerte política de difusión del programa. Este último, creemos, es otro de los puntos a fortalecer, poder generar una herramienta comunicacional capaz de interpelar a la juventud, y que pueda llegar a masificar la información que desde el programa se ofrece.

El acceso a la información es el primer paso para el acceso a la salud. Se necesita una mayor difusión y centros de atención y capacitación a la ciudadanía sobre la temática.

### **Conclusiones.**

A partir del análisis del PNSSyPR hemos podido reconstruir su surgimiento, contextualizando el momento es que se comienza a dar el debate, y los cambios que se producen hasta el momento de su implementación. En este recorrido hemos podido observar cómo, a pesar de las valoraciones positivas que realizamos sobre el programa, los datos nos muestran falencias que no podemos pasar por alto. La tendencia positiva en el aumento del embarazo adolescente y detección de jóvenes con VIH a una década de la implementación de esta política pública es una alerta que nos exige una urgente evaluación crítica sobre el funcionamiento del Programa. La necesidad de poder contar con mayor información respecto a lo que se está realizando efectivamente desde el PNSSyPR se hace evidente a la hora de querer desarrollar un análisis de su funcionamiento. Resulta imprescindible, desde nuestro punto de vista, que exista una mayor articulación entre la dirección nacional y las agencias locales, para poder generar un desarrollo uniforme del programa a nivel nacional.

Consideramos que, si bien el programa tiene muchos puntos a mejorar, no deja de ser un paso adelante para poder conquistar una mayor autonomía sobre nuestros cuerpos, a partir de una concientización generalizada sobre los derechos sexuales y reproductivos inherentes a nuestra humanidad.

## **Referencias bibliográficas.**

Beccar Varela, Cosme (2002): “La ‘dirigencia’ sigue realizando su obra de putrefacción nacional” En La Botella en el Mar. 01 de Noviembre del año 2002 n°403. Buenos Aires.

Cámara de Senadores de la Nación (2002): Versión taquigráfica, 31° Reunión - 16° Sesión ordinaria - 30 de octubre de 2002.

Danani, Claudia (2009): “La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización” en Chiara, Magdalena – Di Virgilio, María Mercedes, Gestión de la política social. Conceptos y herramientas, UNGS-Prometeo, Buenos Aires; pág 25-51.

Esping-Anderson, Gosta (1993): Los tres mundos del Estado de Bienestar; Alfons el Magnánim; Valencia; Pág 41-79.

Jóvenes de Acción Católica Argentina (2001): “Informe sobre el Proyecto de Ley de Salud Reproductiva en Argentina” en <http://www.poraccioncatolica.com.ar/aborto/ab290401.htm>

Salvia, Agustín (2011): “La deuda social argentina: contexto histórico y perspectiva teórica” en Salvia, Agustín (coord.), Deudas sociales en la Argentina posreformas. Algo más que una pobreza de ingresos; Biblos; Buenos Aires; Presentación, pág. 9-18.

Schiochet, Valmor (2009): “Políticas Públicas” en Cattani, A; Coraggio, J.L; Laville, J-L, Diccionario de la otra economía, UNGS/Altamira/Coediciones, Buenos Aires; pág. 283-289.

Tamayo Sáez, Manuel (1997): “El análisis de las Políticas Públicas” en Bañón, R y Carrillo, E (comps.), La nueva Administración Pública, Alianza Universidad, Madrid, Pág. 281-311.

## **Fuentes digitales:**

INDEC (2002) extraído de: <http://edant.clarin.com/diario/2002/07/26/e-00301.htm> (Datos INDEC 2001-2002).

CEDES, CELS y FEIM (2003) extraído de: <http://edant.clarin.com/diario/2003/10/01/o-02301.htm>

UNFBA (s.f.) extraído de:

[http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?option=com\\_content&view=article&id=202](http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=202)

## **Normativa:**

-Ley 25.673

-Decreto Nacional 1.282/03