

Modelos de prestación de atención médica. El caso PAMI.

Nancy Edith Etchart.

Cita:

Nancy Edith Etchart (2017). *Modelos de prestación de atención médica. El caso PAMI. XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Montevideo.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-018/3246>

MODELOS DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA. EL CASO PAMI

Autora: Nancy Edith Etchart

Lic. en Administración
Universidad Nacional de San Luis
San Luis –Argentina
nanetchart@gmail.com
neetchart@unsl.edu.ar

GT-18. Salud y Seguridad Social
Tema 3. Sistemas y Servicios de Salud.

Modelos de prestación de atención médica. El caso PAMI

Autora: Lic. Nancy Edith Etchart¹

Palabras claves:

Políticas Públicas. Salud. Adultos mayores.

Public Politics. Health. Older adults.

Resumen

En Argentina el sector salud es uno de los más complejos desde el punto de vista de las políticas sociales. El mismo, se basa en una estructura federal descentralizada. Se encuentran tres subsectores: el público, que presta asistencia sanitaria a través de la financiación de los gobiernos provinciales y el gobierno nacional. El sistema de seguridad social, formado por las obras sociales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Por último, la medicina prepaga, a cargo de empresas privadas.

En los años 90 se produjo la reforma en el sistema de salud en Argentina, produciéndose un cambio en los modos de prestaciones y facturación de PAMI, se comenzó con el sistema por cápita, dejando la implementación de la política pública en manos de organizaciones privadas con fines de lucro.

El INSSJP, la mayor obra social de Latinoamérica, para su Programa de Atención Médica Integral (PAMI) adopto desde el año 2013, para la atención de pacientes agudos, un modelo mixto de prestación, en la actualidad el Instituto ha regresado al sistema de prestación por cápita.. En este trabajo se busca dilucidar los efectos del sistema en la relación médico-paciente, desde una perspectiva de derechos. En tanto que se entiende a las políticas sociales, como parte de las obligaciones de un Estado garante del acceso a servicios.

¹ Lic. en Administración. Docente Investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de San Luis. Argentina. Proyecto de Investigación Análisis de Políticas Públicas PROICO 15-0514.

Introducción

El presente trabajo muestra un avance de los estudios realizados sobre el modelo de prestación de atención médica, aplicado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), a través de su Programa de Atención Médica Integral (PAMI), como implementación de política pública impartida por el Estado.

El abordaje de la problemática se realiza desde la perspectiva de las políticas públicas como conjunto de acciones u omisiones que persiguen determinados fines... siendo modalidades de intervención del Estado...la atención puesta en los adultos mayores tiene su razón en datos que indican que “las personas mayores de sesenta años superarán en cantidad a las menores de catorce años en el 2050”...esto debido a la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. Pautassi².

Desarrollo

Políticas Sociales.

Las políticas sociales son un caso específico de políticas públicas. En este sentido, se entienden como intervenciones del Estado que “operan en el campo de la redistribución del ingreso y comparten con el resto de las políticas públicas las funciones de acondicionar el contexto para el desarrollo de la sociedad capitalista, impedir el conflicto social y lograr consenso político” (Isuani, 1991).

En general, se denominan políticas sociales a las políticas gubernamentales que tienen impacto directo en el bienestar de los ciudadanos mediante la provisión de servicios o ingresos destinados a: seguridad social, asistencia pública, servicios sanitarios y de bienestar, política de vivienda.

Según Aguilar Villanueva (1993), diversos problemas y situaciones que afectan a las personas, fluyen a diario hacia el gobierno buscando atención y solución. Algunos son de interés general y otros de interés particular, algunos son obligaciones constitucionales del Estado y sólo requieren su cumplimiento, otros no pero requieren la atención del mismo. Todos hacen a la relación cotidiana entre la sociedad y el Estado, pero no todos logran la atención del gobierno. Aquellos que el gobierno de turno considera prioritarios pasan a formar parte de su agenda. Se pasa a la etapa de definición

² Pautassi Laura – Zibecchi Carla Coordinadoras. (2013:218). “Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura”. Buenos Aires. Editorial Biblos.

del problema una vez que el problema ha sido calificado de público y ha sido aceptado en la agenda de gobierno.

Según Edler Charles y Cobb Roger citado en Aguilar Villanueva (1993:77) “los problemas de políticas son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad”, las decisiones que se tomen al respecto tienen consecuencias en la vida de las personas e influyen en su interpretación de la realidad social. La política hacia los ancianos y las controversias sobre el estado de necesidad de los mismos, y las obligaciones de la sociedad hacia ellos, es un ejemplo de la importancia de la elección de los problemas a considerar en la agenda. Por algún tiempo, se consideró que los problemas de la vejez eran parte de la vida natural y por consiguiente del ámbito privado. Se convirtió en problema público cuando se comenzó a definir a la vejez como una categoría social con derechos y consideraciones especiales. Esta nueva concepción fue paulatina logrando su mayor difusión en los años sesenta, época en que en Estados Unidos se reconoció a los ancianos el derecho a casi todas las comodidades de la vida y la obligación del gobierno a ayudarles a obtenerlas.

Políticas con enfoques de derechos.

Según sostienen Nuria Cunill Grau (2010), es necesario repensar las políticas públicas, especialmente las políticas sociales, como obligaciones del Estado, para el cumplimiento de los derechos referidos a la ciudadanía social. Bajo este enfoque, cuestiones como la pobreza y la protección social, son consideradas una obligación legal de asignación de recursos y disponibilidad de servicios. Tal que los beneficiarios se consideran titulares de derechos exigibles. Este enfoque construye una nueva ciudadanía fundada en los principios de universalización, exigibilidad, participación social, integralidad y progresividad.

La universalidad, indica que el derecho se define para toda la población, contemplando la igualdad y no discriminación. La exigibilidad, se refiere a las obligaciones de los responsables de la concreción de la política pública, ante la ciudadanía; al tener respaldo jurídico los reclamos pueden ser por medios judiciales. Esto se relaciona con la rendición de cuentas de los responsables de la formulación e implantación de la política. Este enfoque otorga participación a los ciudadanos en las diferentes etapas de la política. La integralidad y progresividad se refieren a la interdependencia entre derechos, el disfrute de un derecho puede depender o contribuir a otro derecho, lo que debe ser tenido en cuenta al momento de pensar la política.

La Implementación de las políticas públicas, bajo este enfoque, requiere de ciertos cambios en las instituciones que la llevarán adelante, tanto en el financiamiento como en el diseño y gestión de las mismas. Esos cambios deben ser los necesarios para adaptar las organizaciones a los principios de universalización, exigibilidad, participación social, integralidad y progresividad.

La institucionalidad pública que lleva adelante la implantación de políticas con enfoques de derechos, debe cumplir con ciertas condiciones de accountability, gobernanza sistémica y espacio público.

La accountability o rendición de cuentas de los actores implicados en el proceso de la política, se refiere a la responsabilidad de sus actos ante la ciudadanía. Para ello se deben instalar los mecanismos (judiciales, administrativos, políticos) por medio de los cuales los ciudadanos puedan exigir el cumplimiento de sus derechos, también se deben disponer sistemas de comunicación, procedimientos y reglas administrativas que acoten el accionar de los actores en la institución.

La gobernanza sistémica, se refiere a la gestión pública de estilo abierto y colaborativo, que le otorga valor a la interdependencia, a la diversidad, a la equidad y a lo público, que actúa en un contexto complejo y tiene en cuenta a todas las partes implicadas en la política, en busca de soluciones integrales.

El espacio público, es aquel construido entre el Estado y la ciudadanía bajo los principios de exigibilidad, integralidad y participación social, que influye en las políticas públicas con enfoques de derechos.

El Sistema De Salud En Argentina.

En Argentina el sector salud es uno de los más complejos desde el punto de vista de las políticas sociales.

En el presente escrito se trabaja con la siguiente definición “El modelo de atención médica es el conjunto de principios que orientan los servicios de salud. Define las características de los agentes intervinientes, la combinación de recursos empleados y el perfil del servicio deseado” (Isuani 1989:197).

Según el autor (1989:197) el modelo de atención privado, que predomina en Argentina se caracteriza por el biologismo, el individualismo, las prácticas exageradamente mercantilizadas y la eficacia terapéutica. Donde el principal agente del modelo es el médico con tendencia a la especialización como consecuencias de la influencia del avance tecnológico. Se da por aceptado que el manejo de la enfermedad es “patrimonio de los médicos”, no se tiene en cuenta las condiciones ambientales,

económicas y sociales que afectan la enfermedad, considerando un individuo aislado de sus condicionamientos, generando una acción curativa asistencialista.

Sostiene Isuani, (1989:197) “la concepción biológica de la medicina conduce a la interpretación de la historia natural de la enfermedad, a la búsqueda de un agente productor. Lo que determina una conducta curativa-terapéutica”. Se dejan de lado factores socioeconómicos y ambientales que afectan el proceso de salud-enfermedad. En el país se da una concentración de profesionales médicos en las grandes ciudades, lo que favorece la especialización como manera de obtener mayor retribución, prevaleciendo criterios de productividad y despersonalizando las prácticas de producción de salud.

El sistema de salud argentino siempre se caracterizó por su fragmentación, dado que se encuentra en un mercado oligopólico donde sus agentes pelean por la distribución. No habiendo resuelto el problema las políticas sociales (Lo Vuolo R., Barbeito A., Rodríguez Enríquez C. 2002).

A partir de la reforma del Estado de los '90, el sistema de salud (Lo Vuolo et.al., 2002; Isuani, 1989), se basa en una estructura federal descentralizada, y está compuesto por subsectores: 1) el público, que presta asistencia sanitaria a través de la financiación de los gobiernos provinciales y de algunos programas del gobierno nacional. 2) El sistema de seguridad social, formado por las obras sociales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. 3) El sector privado a cargo de empresas que forman una compleja red de centros de diagnósticos, clínicas, sanatorios y seguros médicos prepagos.

La reforma, se basó en los siguientes ejes: “i) descentralización y desconcentración de efectores de salud; ii) promoción de los hospitales públicos de autogestión; iii) desregulación del subsistema de obras sociales; iv) expansión, sin regulación de los sistemas de seguros privados; v) transformación del PAMI” (Lo Vuolo et al., 2002:35).

Descentralización de efectores de salud: a finales de la década del '80, se finaliza la descentralización administrativa de los hospitales públicos, pasando de la Nación a los gobiernos provinciales o municipales. Dadas las diferentes situaciones económicas y financieras de los gobiernos subnacionales, se produjo una gran disparidad y heterogeneidad de las prestaciones entre los diferentes centros de salud.

Paralelamente se promovieron los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) cuyo fin fue que los hospitales públicos facturaran sus prestaciones a afiliados de los

agentes inscriptos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud (Obras Sociales), buscando de esta manera la generación de recursos propios. Lo que produjo una diferenciación de pacientes entre los que tenían cobertura y los que no, lo que podría ocasionar la pérdida de una “universalización” aunque segmentada, lograda del sistema y para cierto sector de la población.

Por medio de la desregulación del sistema de obras sociales, las personas ya no están obligadas a afiliarse a la obra social de su actividad, sino que pueden elegir a cual pertenecer. Los pasivos también pueden optar por permanecer en el sistema de obras sociales, generándose un plan especial de asistencia a los mismos. Se prohíbe la doble afiliación y se permite la opción de aportes adicionales. Se establece el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) y se crea el Plan Médico Obligatorio (PMO) cobertura médica asistencial “universal” que deben garantizar las obras sociales a sus afiliados, a la vez que se reducen las contribuciones patronales. Todo esto produce un desfinanciamiento en las obras sociales con menor número de afiliados. Surgen nuevas formas de asociación por las cuales las obras sociales nacionales delegan en las prepagas la responsabilidad de la asistencia médica del total o parte de sus afiliados, estableciendo un pago capitado mensual, son los denominados contratos de gerenciamiento. Así es como se produce una concentración y segmentación del mercado, lo que genera una fuga de los afiliados de mayores ingresos hacia un pequeño grupo de obras sociales que ofrecen planes con valores de facturación más altos para los prestadores. En consecuencia cae aún más el financiamiento de las obras sociales más pequeñas. Se pierde toda equidad en el sistema, el PMO nivela hacia abajo las prestaciones ya que se convierte en un patrón mínimo de prestación.

El Programa de Atención Médica Integral para los pasivos (PAMI), la mayor obra social del país, ve reducida la cantidad de afiliados, los cuales optan por alguna otra obra social del sistema. Esto sumado a otros factores como la corrupción y la reducción de las contribuciones patronales, producen el desfinanciamiento de la entidad, tornándose en una deficiente prestadora de asistencia médica a personas de bajos recursos. ” (Lo Vuolo et al., 2002:39).

Es así como la transformación en el sistema de salud provoca una polarización en cuanto a prestaciones medicas asistenciales. Por un lado un sector de poder adquisitivo alto que le permite contratar una cobertura de salud, privada o por obra social (aquellas de mayor envergadura y mejor poder de negociación con los prestadores privados). En el otro extremo se encuentran los que asistieron siempre al hospital

público, los que no tienen cobertura social y aquellos que la perdieron junto con su trabajo. En medio se encuentra el grupo de menores ingresos que poseen obra social pero que no pueden acceder a planes diferenciales por tener salarios bajos, por lo cual no pueden ejercer la libre opción de obra social.

Creación Del Instituto Nacional De Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados- INSSJP.

Por medio de la Ley N° 19032, del 13 de mayo de 1971 durante el gobierno de facto de Alejandro Lanusse, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Su objetivo es brindar prestaciones sanitarias y sociales a los integrantes del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y su grupo familiar primario. El texto original ha sido modificado por diversas leyes. Se establece un modelo prestacional basado en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia.

En el marco del INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), se crea el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), el cual cubre en un principio las prestaciones de pacientes agudos en Capital Federal. Con el correr del tiempo el programa se extiende a todo el país, convirtiéndose en la obra social destinada a adultos mayores más grande de Latinoamérica.

Según Lo Vuolo (et. al. 2002), el subsistema de obras sociales se consolida en la década del '70, con la sanción de la Ley de Obras Sociales. El INSSJP se organiza como obra social destinada a cubrir las necesidades de los pasivos, tornándose la obra social de mayor envergadura, tanto por la cantidad de afiliados como por su financiamiento. En la primera mitad de los '70 se comienza a vislumbrar la crisis del Estado de Bienestar. A partir de la crisis de la deuda de 1982, comienzan las consecuencias para la economía y las finanzas públicas.

Con el fin de disminuir los costos empresarios se da la desregulación laboral, la precarización del empleo, privatización del sistema previsional, desregulación de las obras sociales, todo esto produce el desfinanciamiento del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. A esta situación se suma una sucesión de gestiones administrativas del Instituto con inclinación a las contrataciones corruptamente onerosas, lo que lo transforma en un organismo asistencial de personas de la tercera edad carentes de recursos.

Las prestaciones médicas realizadas en organizaciones privadas, se encuentran bajo la cobertura de obras sociales, del INSSJP, empresas de medicina prepaga o el

desembolso particular de cada afectado. Existen diversas maneras de facturar estas prestaciones, algunas de ellas son por prestación, por módulo, por cápita o por prestación con cartera asignada.

El INSSJP desde sus comienzos se rigió por la facturación por prestaciones, lo que consiste en facturar a la obra social por parte del prestador médico las prácticas realmente ocurridas; hasta la reforma de los '90 en que se produce un cambio en su administración y se pasa al sistema de prestación por cápita. Desde el año 2013, para su Programa de Atención Médica Integral (PAMI) ha adoptado la modalidad por cápita para las prestaciones de primer nivel y por cartera asignada para el segundo nivel de complejidad, en pacientes agudos, es decir un modelo mixto. Esta modalidad está organizada por provincia, según la cantidad de afiliados existentes en el padrón provincial.

La modalidad de pago por cápita (a la que el actual gobierno suprimió en un principio, para luego volver a instalarla) consiste en abonar una suma fija al prestador, por cada afiliado que figure en el padrón de la obra social, reciba o no prestación médica. La misma surge de multiplicar el valor (en pesos) per cápita, asignado por el INSSJP, por la cantidad de afiliados que residen en la provincia.

Según Resolución N° 0687 de junio de 2013 del INSSJP, se aprueba la nueva modalidad contractual por pago para prestaciones del segundo nivel de atención médica denominada “pago por prestación con cartera asignada”. La que consiste en una modalidad de retribución por prestación, asignando al prestador una cartera nominal de afiliados, igual que en el sistema capitado, y un adelanto financiero, similar al sistema capitado, pero con particularidades de techo presupuestario inicial. Resultando ser una manera intermedia entre la modalidad por prestación y la modalidad por cápita.

Metodología

En la presente investigación, se propone trabajar con dos dimensiones de análisis: la institución y los actores, analizando la relación actores-institución.

Se plantea una investigación descriptiva y de campo, que posibilite referir el modelo mixto de prestación llevado adelante por el INSSJP, las relaciones actores-institución, y la contribución de la política a mejorar la calidad de vida de los afiliados.

En razón de la descentralización territorial, se propone un abordaje metodológico cualitativo desde la perspectiva de estudio de caso, con muestra teórica, que permita visualizar las problemáticas institucionales vinculadas a la prestación de

servicio de salud por el INNSJP-PAMI en la ciudad de Villa Mercedes. Para ello se considera que son más apropiadas para este diseño, técnicas predominantemente cualitativas para la recolección de datos como son: entrevistas a informantes claves, entrevistas a afiliados y prestadores, observación participante y no participante y análisis de: datos secundarios, documentos y legislación. Encontrándonos en la actualidad en el momento de observación participante y no participante, y aprestándonos a proceder con las entrevistas, para lo cual se asiste a los lugares de prestación de servicios de salud para adultos mayores afiliados a PAMI, los cuales son empresas privadas que reciben el pago de la obra social bajo la modalidad de cápita, y se encuentran ubicadas en la ciudad de Villa Mercedes San Luis. Se observan demoras en otorgamiento de turnos, postergación de cirugías programadas para próximos meses, trámites administrativos engorrosos, listado de profesionales prestadores con número reducido de especialistas, demoras en trámites de prótesis provistas por el PAMI y filas de personas adultas mayores esperando ser atendidas. El próximo paso en la metodología de investigación es la entrevista a personas afiliadas, familiares y prestadores.

Análisis

La Ley 19032, de creación del Instituto Nacional de Servicios sociales para Jubilados y Pensionados y su Programa de Atención Médica Integral, fue formulada en una etapa de crisis en un gobierno de facto y respondiendo a factores situacionales, su principal característica es que su financiamiento depende del aporte obligatorio de los trabajadores activos y pasivos de todo el sistema económico, complementado con aportes menores del Estado. Si bien sus pretensiones son de asistencia sanitaria y social a las personas que están incluidas en el sistema de jubilaciones y pensiones, con criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, deja sin cobertura a todos aquellos que no son jubilados y pensionados, quienes quedan librados a la atención pública hospitalaria de cada provincia y/o municipio, en su mayoría con serios problemas de presupuesto.

Se encuentra ausente una planificación que considere el incremento poblacional de adultos mayores para los próximos años.

Si bien el programa se ha conservado a lo largo de diferentes presidencias democráticas y de facto, su principal problema se encuentra en la implementación, lo que afecta la eficacia de la política pública.

Se han producido cambios con el propósito de mejorar la eficiencia de la política, descuidando la eficacia de la misma ya que ha dejado de cumplir los criterios de solidaridad, y calidad disponible para todos los beneficiarios del Instituto en base a los cuales fue formulada la política.

Desde la reforma de los años 90, el Estado se desentiende de la implementación de la política pública, dejan de importar la pronta atención y el bienestar de sus destinatarios, deja de ser una política de salud inclusiva para ser menos inclusiva y sujeta a las reglas del mercado privado de salud. Donde PAMI pasa a competir con el resto de las obras sociales sindicales y privadas del sistema. Estos cambios, que responden al modelo neoliberal y han sido conservados por el modelo neo desarrollista de los últimos años, y vuelven a ser tenidos en cuenta por el actual gobierno neoliberal, han transformado la política pública en menos eficaz y menos inclusiva para sus beneficiarios pero más eficiente para el Estado.

El interés por la eficiencia del capital fue mayor que el interés por el bienestar de las personas, y el derecho de los adultos mayores a tener y recibir prestaciones que satisfagan sus requerimientos.

A lo largo de los años se ha conservado el modo de financiación de la obra social por medio del aporte de los trabajadores, parece ser que es un buen modo de mantener una política pública de salud, sin que el Estado deba realizar grandes erogaciones a la vez que se delega la implementación de la misma en los privados. Se limita así, la función del Estado a administrar los aportes de los trabajadores y realizar la distribución mayorista de los mismos. Se origina una retirada del Estado de su función de velar por la salud de los adultos mayores. A todo esto se le debe sumar la actual reforma laboral y previsional emprendida por el gobierno argentino, lo que significa mayor desfinanciamiento para el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Desde el punto de vista, del análisis de la política pública con enfoque de derechos, está muy lejos de cumplir con los principios de: universalización, ya que no todas las personas mayores de 60 años las mujeres y 65 los hombres, tienen acceso a las prestaciones del Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados; exigibilidad, no están previstos recursos de rendición de cuentas; participación social, en la estructura organizacional del Instituto está contemplada la participación de afiliados en cuerpos colegiados, pero no alcanza a cubrir todas las etapas de la

conformación de la política; integralidad y progresividad la misma, no fue ideada bajo estos principios.

El INSSJP y las organizaciones privadas, responsables de la implementación de la política social, no están adaptadas en su financiamiento, diseño y gestión a este enfoque.

La institucionalidad pública que lleva adelante la implantación de políticas con enfoques de derechos, debe cumplir con ciertas condiciones de accountability, gobernanza sistémica y espacio público, estas condiciones no están dadas en el Estado Argentino.

Conclusiones

De acuerdo a lo analizado y observado hasta el momento, además de concluir que no es una política pública con enfoque de derechos, se puede aventurar como conclusión apresurada, que se encuentra una gran dificultad en la implementación de la política social. A raíz del modelo de prestación por cápita, queda en manos de empresas privadas la gestión y prestación de servicios médico-asistenciales (adscriptos al modelo de atención médica privada que existe en Argentina), requeridos por los afiliados al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) a través de su Programa de Atención Médica Integral (PAMI).

Bibliografía

- Aguilar Villanueva Luis F.1993. “Problemas Públicos y Agenda de Gobierno”. México. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Cunill Grau Nuria. 2010. “Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública”. Revista del CLAD Reforma y Democracia. N°. 46. Caracas.
- Isuani E. 1989. “Estado Democrático y Política Social”. Buenos Aires. EUDEBA.
- Isuani, E. 1991. “Bismarck O Keynes ¿Quién Es El Culpable?”, En “El Estado Benefactor. Un Paradigma En Crisis”. Buenos Aires. Miño Y Dávila Editores.
- Lo Vuolo Rubén Barbeito Alberto Rodríguez Enriquez Corina. 2002. “La Inseguridad Socio-Económica como Política Pública: Transformación del Sistema de Protección Social y financiamiento Social en Argentina” en publicación del “Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas Vol. 33”. Buenos Aires.

Pautassi Laura – Zibecchi Carla Coordinadoras. 2013. “Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura”. Buenos Aires. Editorial Biblos.

Ley N° 19032, del 13 de mayo de 1971.

Resolución N° 0687. 26/jun/2013. “BOLETÍN DEL INSTITUTO”. Año IX –N° 1853.

www.pami.org.ar

www.aclisa.org.ar

www.infoleg.gov.ar

www.pami.org.ar