PROYECTO DE LEY

LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES SANCIONAN CON FUERZA DE

L E Y

Proyecto de ley de emergencia de Salud Pública

ARTÍCULO 1°: Declárese la emergencia en Salud Pública en el ámbito de la provincia de Buenos Aires.

ARTÍCULO 2º: **Creación del Sistema Provincial Único de Salud**. Por la presente creese el Sistema Provincial Único de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que reunirá la totalidad de los establecimientos sanitarios estatales, incluyendo los provinciales y municipales, los cuales pasarán a la órbita del estado provincial. Esta medida incluye las instalaciones, recursos físicos y tecnológicos. Lo mismo será para todo el personal que presta servicios en estas dependencias que pasarán a ser empleados de planta permanente del Estado Provincial. El subsector privado y el de la seguridad social deberán integrarse transitoriamente al Sistema Provincial Único de Salud y subordinar sus funciones a las directivas que emanen de sus autoridades, hasta tanto se establezca su definiti-va incorporación al sistema estatal.

ARTICULO 3º: **Financiamiento**. Unifíquense los presupuestos actuales de las distintas jurisdicciones en un fondo único. El mismo será inmediatamente aumentado acorde a las necesidades del sistema de salud, de acuerdo a lo establecido por los organismos detallados en el artículo 5°. Tal financiamiento será recaudado por las rentas generales y el no pago de la fraudulenta deuda externa.

ARTÍCULO 4°: Garantía de acceso y derecho a la salud para toda la población. El Sistema Provincial Único de Salud proveerá un servicio universal, al alcance de todos, sin diferencias de género, variedad étnica, nacionalidad, lugar de residencia, discapacidad, edad, orientación sexual, religión o creencia, transexualidad, embarazo y maternidad. Establezcase para garantizar el derecho a la salud a toda la población, la gratuidad absoluta de todas las prestaciones quedando abolidos toda forma de "recupero" y copago. Se instaurará el boleto sanitario gratuito para ir y volver del establecimiento. Se extenderá el horario de atención desde las 7 a las 21 horas con la adecuada dotación de personal.

ARTÍCULO 5°: Distribución y organización del sistema. Distribúyanse en base a criterios sanitarios y de complejidad creciente jerarquizando el primer nivel de atención como puerta de entrada y acceso al sistema, los establecimientos, recursos tecnológicos y recursos humanos. Los trabajadores de la salud participarán de la conducción de los establecimientos siendo elegidos por voto universal del personal.

ARTÍCULO 6°: Atención primaria de la salud. Se priorizará la Atención Primaria de la Salud (APS) a partir de los actuales Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) a los que se les dotarán los recursos físicos, de infraestructura y humanos necesarios para su operación, con salarios según lo establecido en el artículo 11°. Se adoptará el enfoque interdisciplinario para el funcionamiento de estos establecimientos como así también de las acciones territoriales del área programática.

ARTÍCULO 7°: Atención en Salud Mental con eje en la externación y recuperación social de los pacientes. La atención de la salud mental estará centrada en la externación y recuperación individual y social de los usuarios. A tal efecto los establecimientos intermedios que se encuentran en funcionamiento (casas de medio camino y hospitales de día) se tendrán que dotar de presupuesto para su acorde funcionamiento y la creación de puestos de trabajo para una atención integral, bajo la jurisdicción del Estado provincial y sus dispositivos. En caso de ser necesario, según lo establecido por los organismos del artículo 5°, se crearán nuevos establecimientos que también serán dotados del personal correspondiente a las distintas disciplinas que concurran a su funcionamiento. Los con-

sumos problemáticos y/o abusivos de sustancias y las adicciones, quedan en la órbita del Ministerio de Salud y no en la esfera de la Seguridad.

ARTÍCULO 8°: Respecto a la adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. A partir del año 2010, con la sanción de la ley, los cuatro monovalentes provinciales (Hospital Dr. Alejandro Korn, Hospital Dr. Domingo Cabred, Hospital Dr. José A. Esteves y el Hospital Dr. Domingo J. Taraborelli) comenzaron adecuaciones hacia la atención de salud mental en hospitales generales. Dichas reformas continuarán sin significar achicamiento ni recorte presupuestario en las instituciones hospitalarias tanto en la infraestructura, lo inmobiliario y en el plantel profesional con su salario correspondiente según lo establecido en el artículo 11°, garantizando a su vez los derechos a usuarios de salud mental.

ARTÍCULO 9°: Medicamentos gratuitos para toda la población. La provisión de medicamentos a partir de la presente ley será de carácter gratuito y universal a cargo del Estado provincial. A tal efecto se implementará la producción estatal de medicamentos a partir de las instalaciones ya existentes en el ámbito estatal.

ARTÍCULO 10°: De la política de contratación de los trabajadores de la salud. Se procederá a cubrir las vacantes existentes a la fecha en todos los establecimientos. La plantilla de personal será determinada en base a criterios de necesidades sanitarias y no según la estadística de prestaciones. Quedan abolidas todas las formas de designación precaria de personal como becas, locaciones de servicios y otras. El personal que se hallare en esa situación pasará en forma inmediata a la planta permanente del Estado provincial. Se buscará la constitución de equipos estables que garanticen la continuidad y el mejoramiento de las prestaciones.

ARTÍCULO 11°: Condiciones laborales. Impleméntese una política salarial que revierta el éxodo del Sistema Público y el pluriempleo de los trabajadores de salud:

a) Aumento del salario actual de todos los trabajadores del Sistema Provincial Único de Salud, teniendo en cuenta lo designado por la Canasta de Ingresos Mínimos de ATE INDEC, anexado a la inflación.

H.C. DE DIPUTADOS
FOLIO
4
Pcia. BS. AS.

b) La libre elección del trabajador por el régimen de horas, ya sea con una carga horaria de 36 horas semanales o por los cargos de 48hs con bloqueo de título y duplicación del básico.
c) Guardias de 12 horas, regulados por los decretos de desgaste 1554/2022, 58/2015 y 598/2015.
d) Queda reconocida como enfermedad profesional el Síndrome de Desgaste profesional.
e) Anulación de las especialidades críticas, impidiendo una diferencia salarial entre los trabajadores de los hospitales.
f) Régimen de jubilación con los porcentajes de haber jubilatorio acorde a los años trabajados y la tabla de prorrateo correspondiente, regulados por las leyes 10.430 y 10.471.

ARTÍCULO 12°: Abolición de la tercerización. Queda abolida la tercerización de las prestaciones tanto de la atención sanitaria como de los servicios generales (limpieza, cocina, lavaderos, mantenimiento, administrativos, entre otros). Quedan disueltas las cooperadoras, fundaciones, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones que actúen al interior de los establecimientos o que lo hagan en nombre de estos para recibir donaciones, ya que representan una forma encubierta de tercerización o de direccionamiento de la actividad sanitaria. En todos los casos mencionados el personal afectado pasará a la planta permanente. Se prohíbe el uso del nombre de los establecimientos públicos por parte de instituciones privadas para recibir donaciones.

ARTÍCULO 13°: De la educación permanente en salud. Se duplicarán las vacantes para residencias con continuidad de su salario igual al de los trabajadores de planta permanente. Será obligatoria la capacitación del recurso humano dentro del horario laboral, a tal efecto el Sistema Provincial proveerá la formación continua y la actualización de todos los trabajadores en forma gratuita, en acuerdo con las universidades públicas nacionales. Se romperán inmediatamente los contratos y subsidios con las instituciones religiosas.

ARTÍCULO 14°: De los derechos para las infancias. Se garantizarán espacios físicos para jardines parentales en todos los hospitales en el que los hijos de los trabajadores y trabajadoras podrán habitar durante las jornadas laborales, posibilitando la cercanía con sus familiares. Serán llevados a cabo por profesionales idóneos de la educación inicial para las primeras infancias, con salarios correspondientes a lo establecido en el artículo 11°.

ARTÍCULO 15°: De las Obras Sociales sindicales, estatales, IOMA. Se establece el control por parte de trabajadores y afiliados de todas las Obras Sociales sindicales, de las estatales y de IOMA. Se procederá a la apertura inmediata de sus libros contables. Está prohibido a los dirigentes gremiales ser directivos de las obras sociales sindicales. Éstos últimos serán elegidos por voto universal de afiliados y trabajadores. La contabilidad será pública y de libre acceso.

ARTÍCULO 16°: Provincialización del sistema. A partir de la sanción de la presente ley el sector privado de salud será provincializado (clínicas, sanatorios, institutos de diagnóstico y tratamiento, y la industria farmacéutica), sin indemnización alguna, incorporándose al Sistema Provincial Único de Salud, de propiedad estatal, gratuito y de excelencia para todos, con todo su personal, reconociéndose todos sus derechos laborales.

Diputada Mónica Schlotthauer
Bloque Izquierda Socialista - FIT-U
H. C. D Prov. de Bs As.

FUNDAMENTOS

Es de público conocimiento que el sistema de salud público padece una crisis creciente, evidenciada por los constantes y legítimos reclamos de la población y los trabajadores del sector. La crisis estructural argentina ha llevado también a un gravísimo deterioro de la situación sanitaria. Aumentaron la mortalidad materna e infantil, así como la morbilidad, la desnutrición, el deterioro de los hospitales, la falta de insumos, los problemas de convivencia y de salud mental. Existen pruebas de que la esperanza de vida de los argentinos esta descendiendo por primera vez en la historia de la república. Hoy millones de personas quedaron a la deriva sin acceso a la salud y la situación no fue más grave por la multiplicación de los esfuerzos de un sector público diezmado. Su crisis está a la vista: salas de guardia rebalsadas de pacientes que aguardan horas para ser atendidos, turnos para especialistas y estudios con esperas de semanas, entregas de resultados demoradas, operaciones suspendidas y largas listas para cirugía. Dramas cotidianos que sufren quienes acuden no ya al sistema público estatal o al de las obras sociales sino incluso a las más caras empresas de medicina prepaga. Para mejor atención, los afiliados a obras sociales y aun quienes pueden afrontar las exorbitantes mensualidades de las prepagas terminan pagando consultas y estudios privados para acelerar diagnósticos y tratamientos.

El gobierno actual, de La Libertad Avanza, rechaza la concepción de la salud como un derecho universal que el Estado debe garantizar, con el presupuesto que eso significa para infraestructura, salarios que superen la canasta básica para sus trabajadores y las condiciones dignas para pacientes y usuarios. De todos modos, esta problemática de desfinanciamiento a la salud viene de largo precedente con los distintos gobiernos peronistas y de Cambiemos, que han tenido el objetivo de

desentenderse del sistema de salud estatal, con el objetivo de fomentar el negocio privado capitalista de la salud.

Para revertir esto es que presentamos este proyecto de ley, que consideramos como un paso a la salida estratégica de un sistema único de salud nacional, pero que por nuestro lugar representativo buscamos aplicar en la provincia de Buenos Aires. El objetivo, por un lado, es preservar el derecho del pueblo a tener una atención sanitaria universal, gratuita y de excelencia para todos mediante un sistema provincial de salud igualitario, con consultas, tratamientos y medicamentos gratuitos pagados por el estado y administrado por los usuarios, médicos, trabajadores y profesionales del sector. Y, por otro, terminar con el negocio capitalista privado de los mercaderes de la salud, de los cuales son cómplices los gobiernos de turno. Por esto, se desestima la ley de la dictadura 17.102 que instituye los Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad (SAMIC) y toda otra norma que se oponga a la presente.

En todos estos años de gobiernos patronales y pro empresarios se ha generado un doble estándar de salud. Por un lado, un hospital público cada vez más desmantelado y deficitario para atender a millones (a pesar de que debería ser garantizado por los impuestos que paga el pueblo, y no lo es), donde los fondos públicos se usan para pagar deuda externa y no para invertir en la salud de los más desprotegidos. Por eso es que vienen decayendo los presupuestos de salud (nacional y provincial) mientras crecen los compromisos para pagar deuda externa. En este presupuesto, el pago a acreedores privados equivale al de casi un tercio de lo que corresponde a salud, significando un número muy significante el primero para poder mejorar el presupuesto a salud, que sufre de la asfixia presupuestaria debido a la inflación médica, recortes federales y el crecimiento de la demanda ante el deterioro de la cobertura de las prepagas y obras sociales.

Por otro lado, existe una medicina privada (prepagas y obras sociales, por la cuales hay que pagar), donde se atienden desde sectores pudientes hasta aquellos que fueron empujados a hacerlo, entre ellos importantes franjas de trabajadores y de sectores medios. Una política consciente para financiar y fomentar con recursos de la población el negocio capitalista de clínicas, sanatorios y laboratorios privados. El sector público-estatal cubre a quienes carecen de obra social o prepaga (35% de la población). También lo hace con una gran parte de la población que por distintas razones no llega a utilizar su cobertura. Este es el sector que está en continua decadencia, la cual se manifiesta en el deterioro de la infraestructura, la carencia de tecnologías modernas y el éxodo de recursos humanos en busca de mejores retribuciones.

En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, hay falta de medicamentos oncológicos; servicios cerrados ante las guardias saturadas, falta de insumos y problemas de infraestructura; fuga de profesionales ante los bajos salarios; falta de nombramientos en servicios clave; y becarios precarizados (5.000 en total en el sector) ponen en riesgo a pacientes y trabajadores. La crónica diaria habla del calvario que deben padecer miles y miles de pacientes para lograr su atención. Guardias de fines de semana vaciadas de profesionales, interminables listas de espera para cirugía, falta de insumos, inseguridad de pacientes y trabajadores, son sólo una parte de los problemas que derrumban al sistema público. Esto se suma al aumento de la pobreza, desigualdad y marginalidad social, haciendo cada vez más fuerte la demanda en los hospitales públicos que los gobiernos desatienden.

La crisis del sector incluye a los trabajadores de salud cuyos salarios han caído abruptamente en los últimos años, lo que los obliga a largas jornadas de trabajo de 60 horas semanales o más, superando las 45 de otras ramas de la producción. El trabajo en contra turno en distintos establecimientos o poli empleo es generali-

zado en todas las profesiones que constituyen el equipo de salud e incluye muchas veces al fin de semana. Las residencias tanto médicas como de otras profesiones fueron en su origen un método de capacitación en el trabajo. El salario de los profesionales es extremadamente bajo. Por otro lado, la imprescindible capacitación y actualización, que en las disciplinas de la salud es permanente, debe ser afrontada por el trabajador, tanto en su costo (restándolo de su salario) como en el tiempo dedicado (sumándolo a su ya extendida jornada laboral). Estas sobre exigencias inhumanas lo enferman y son causa de su desgaste profesional prematuro. Al mismo tiempo repercuten inevitablemente en la atención de salud deteriorando aún más la calidad de la prestación y acentuando la crisis.

Por otra parte, se extiende una forma de privatización encubierta a través de la derivación cada vez mayor al sector privado de prácticas que el estado paga con fondos que son restados al equipamiento y sostenimiento del sistema público. Completando este cuadro de extinción progresiva de la gratuidad de la salud, las cooperadoras y fundaciones obligan al usuario a pagar de su bolsillo las prestaciones e insumos que el sistema público debiera proveer y no lo hace. Sin descuidar que numerosas fundaciones y ONGs reciben donaciones en nombre de establecimientos públicos, sin que estos puedan ejercer el mínimo control sobre los mismos.

La insuficiencia y la ausencia de programas eficaces de provisión de medicamentos genéricos y gratuitos en los hospitales determina que sean los más pobres quienes gasten hoy mayor cantidad de dinero en la compra de medicamentos, ya sea teniendo en cuenta sus ingresos y por no acceder a obras sociales. Esto se debe a la crisis misma que sufren los hospitales por la desinversión en términos presupuestarios.

Por el lado de la industria farmacéutica es dominante en el complejo "médico industrial" debido a su gran concentración y globalización, al monopolio de las patentes y al incentivo del consumo de medicamentos por su influencia directa en las prácticas médicas. Como ya dijimos, este último proceso llamado "medicalización" consiste en la creación de falsas necesidades terapéuticas y viene siendo denunciado desde hace años en una extensa cantidad de publicaciones científicas. El sistema de patentes tiene el fin de excluir del mercado a nuevos competidores, puntualmente a los productores públicos o privados de medicamentos genéricos y así mantener el precio de los remedios muy por encima de su costo real, propiciando su uso irracional y desmedido, magnificando las ganancias de las multinacionales. La inclusión de cláusulas de extensión de patentes y de protección de datos de ensayos en el marco del capítulo de propiedad intelectual de la OMC, es para imponer el férreo control monopólico durante la fase de investigación clínica aun antes de tener el producto terminado.

Por fuera del negocio de las farmacéuticas y las patentes, completa el cuadro la enorme fragmentación del sector público en tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), contribuyendo no sólo a la anarquía organizativa y despilfarro de recursos sino al desentendimiento del gobierno nacional al no destinar los fondos suficientes para una correcta y suficiente cobertura, dejando en muchos casos a las provincias o municipios asfixiados económicamente, a que lo hagan de manera aún más deficitaria, agravando la desprotección. Es por esto que nuestro proyecto de ley está al servicio de solucionar en la provincia la problemática de la fragmentación y descoordinación que sufre el área de salud.

Se calcula que entre el 25% y el 30% del gasto en salud lo absorbe la industria farmacéutica, lo que provoca un mayor gasto en medicación. La política contraria, que es la de la mayor producción en un instituto público como lo es el Instituto Biológico "Tomás Perón" permite un ahorro sideral al sustituir las compras a las

farmacias privadas. Según datos de la misma provincia, el ahorro asciende a más de 6 milones de dólares en medicamentos, lo que le da más argumentos a la necesidad de centralizar la salud.

Por otro lado, los intentos sistemáticos de responsabilizar de esta decadencia a los trabajadores y profesionales del sistema, ya sea cuando reclaman o realizan medidas de huelga, son falsos cuando la realidad es a la inversa: son ellos quienes sostienen con su esfuerzo cotidiano el funcionamiento del mismo. La causa hay que buscarla en la escandalosa penuria presupuestaria en la que los sucesivos gobiernos han dejado y siguen dejando a la salud pública.

El sector privado de salud está constituido por las empresas de prepago, un subsector de la seguridad social integrado por las llamadas obras sociales y un subsector público estatal. A su vez, las obras sociales pueden ser sindicales, estatales y IOMA, reconociendo de esta manera distintos criterios de funcionamiento.
En cuanto al subsector de la seguridad social abarca a los afiliados a las obras sociales, éstas se financian enteramente con dos aportes que pone el trabajador. Uno, descontado del salario. El otro, aportado en forma indirecta también por el trabajador, pero bajo la forma de aporte patronal. Es decir que millones de empleados y jubilados pagan de sus sueldos su propia atención. Esta enorme masa de dinero -administrada por los dirigentes sindicales y el gobierno provincial- va a parar a las empresas privadas de atención médica y a la industria farmacéutica, ya que la inmensa mayoría de las prestaciones se realizan a través de contratos entre los gremios, las obras sociales y IOMA con las clínicas privadas y no desde instalaciones propias. Se facilitan así negocios en perjuicio de la atención de la salud de los afiliados, generando corrupción y el "retorno".

El deterioro del sector salud afecta también al recurso humano. Quienes trabajan para el estado padecen salarios ínfimos que los obligan al empleo múltiple y, de

acuerdo a las jurisdicciones, sufren extremas desigualdades en su régimen de trabajo. En el ámbito privado los profesionales carecen de derechos laborales y el resto del personal está, en su mayoría, en relación de dependencia precaria mediante los llamados "contratos basura".

Tanto en el ámbito privado como estatal no está prevista la formación de equipos permanentes y la capacitación continua, que es lo que corresponde para mantener una alta calidad de las prestaciones. Esta última carencia es compensada con el sobre esfuerzo de los trabajadores que, además de su pluriempleo, sostienen su actualización extendiendo la duración de su jornada laboral. El desgaste profesional prematuro de los trabajadores de la salud encuentra parte de su causa en esta sobre exigencia laboral inhumana.

El concepto de Atención Primaria de la Salud nunca logró instalarse efectivamente en nuestro anárquico sistema de salud. La concepción abiertamente mercantil que promueve el gobierno actual (como parte de un gran negocio capitalista) lleva al abandono definitivo de este enfoque. En cuanto a la atención en Salud Mental no se han dado los pasos que permitan concretar los objetivos señalados para el tratamiento humanitario y digno de los pacientes según establece la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Nuestro proyecto propone una salida para solucionar a la crisis sanitaria que es contraria a lo que se ha hecho históricamente. Dando algunos ejemplos, el Decreto 908/2016 del presidente Macri, que instaura la pomposamente llamada Cobertura Universal de Salud, consolida la desigualdad en el goce del derecho a la salud al establecer la identificación de la población carente con el estigmatizante "carnet de pobre" y habilitar el establecimiento de las llamadas "canastas de servicios", las cuales varían de acuerdo a la capacidad de pago de los presuntos beneficiarios. Este decreto presidencial, inscripto en las recomendaciones de los

H. CÁMARA DE DIPUTADOS
FOLIO
13
Pcia. BS. AS.

organismos financieros internacionales, es por ahora el último de una larga serie de leyes, decretos y resoluciones de distintas jurisdicciones que a lo largo de décadas han tratado de imponer que, la atención en salud, sea pagada por los propios usuarios de los servicios, los cuales han contado con la resistencia de los trabajadores del sistema y la comunidad. Durante el gobierno peronista de Carlos Menem se hicieron los intentos más severos en este sentido. La movilización de los trabajadores junto a la comunidad derrotó estas políticas. Así sucedió con el intento de privatización del Instituto Nacional de Microbiología Malbrán, los Hospitales de Morón y San Miguel, y muchos más. Respecto a la ley N° 17.102/66, llamada Ley SAMIC, promulgada por el dictador Onganía en 1966, sienta las bases del hospital de autogestión, autofinanciado en base al cobro de las prestaciones y con funcionamiento de empresa comercial. Esa ley, que ningún gobierno constitucional derogó, es la que pretende aplicarse ahora como panacea para la crisis actual en combinación con el Decreto 908. Quienes impulsan esta política privatista esconden al pueblo que en aquellos países en que logró aplicarse, como Chile, llevó a un deterioro nunca visto del sistema de salud. Pero sobre todo eluden mencionar el ejemplo paradigmático de esta política: los EE.UU. Hoy mismo, en el país más poderoso del planeta, donde esta política se generó y planificó, se cuentan por millones los que no tienen acceso a ningún tipo de cobertura de salud.

Por todo lo expuesto consideramos que es necesario un instrumento legal radicalmente distinto al plan del gobierno nacional y provincial, que no es más que una réplica de las recomendaciones de los organismos financieros internacionales que dependen del imperialismo. Necesitamos la presente ley que fomente el hospital público, facilite la reorganización y centralización de los recursos y esfuerzos en un sistema provincial de salud único para garantizar al pueblo el disfrute de una salud pública universal, gratuita y de excelencia para todos en base a los fondos que se destinan a los pagos de la deuda externa. Y para que se termine con el negocio privado de la salud, que ha llevado a que pululen grandes empresarios

ligados en muchos casos a multinacionales imperialistas, con ganancias siderales a costa de la salud de millones.

Partimos de que la salud es un derecho necesario para la vida y no una mercancía que puede adquirirse o no. Es obligación del Estado garantizarla y para que sea igualitaria y no dependa de la capacidad de pago de cada uno, planteamos que debe ser financiada con las rentas generales de la Nación a partir de impuestos a las empresas y los ricos y el no pago de la deuda externa. Para evitar la corrupción y el despilfarro estos fondos deben ser controlados por comisiones de usuarios, vecinos y trabajadores del sistema a nivel de cada establecimiento, municipio, provincia y el país. Los remedios y demás insumos médicos deben ser gratuitos. La Argentina tiene tanto la capacidad instalada como el recurso humano suficiente para la producción, distribución y dispendio de los medicamentos e insumos médicos cómo se ha demostrado durante la pandemia. Sin embargo, no están al alcance de todos. Planteamos impulsar la producción pública y liberar las patentes de los medicamentos esenciales lo que llevaría el precio de los medicamentos a su costo real y permitiría proporcionarlos gratuitamente.

Los trabajadores de salud deben tener un salario digno trabajando una jornada normal en un solo empleo. En segundo lugar, deben tener garantizada su estabilidad para poder conformar equipos de salud permanente y, no lo menos importante, deben poder realizar su capacitación tan necesaria en horario de trabajo. Por todo lo expuesto, solicitamos Sras. Diputadas y Sres. Diputados puedan acompañar este proyecto de ley.

Diputada Mónica Schlotthauer
Bloque Izquierda Socialista - FIT-U
H. C. D Prov. de Bs As.