

PROYECTO DE RESOLUCIÓN
LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

RESUELVE

ARTICULO 1°: Instar a los Señores Legisladores Nacionales, y en especial a los Señores Diputados en representación de la Provincia de Entre Ríos, a promover la revisión de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, a fin de derogar el artículo 4° de la misma.

ARTICULO 2°: Instar a los Señores Legisladores Nacionales, y en especial a los Señores Diputados en representación de la Provincia de Entre Ríos, a sancionar una Ley de Adicciones para la República Argentina centrada en la atención del adicto bajo la modalidad de comunidades terapéuticas.

ARTICULO 3°: De forma.

JUAN DOMINGO ZACARIAS
DIPUTADO PROVINCIAL
BLOQUE MSE
AUTOR

FUNDAMENTOS

Al conceptualizar que **la salud social es un Derecho Humano**, se muestra la necesidad de acompañar a la familia del consumidor de droga, quien se niega a recibir ayuda y está imposibilitado de otorgarse para sí esos dos derechos humanos fundamentales que son la **vida** y la **salud**.

En todos los casos recibidos como pedidos de ayuda, se muestran las trabas impuestas por la vigente Ley de Salud Mental (N° 26657) para auxiliar al consumidor de droga.

Muchas personas que tienen actualmente entre 15 y 40 años, luchan desde hace años contra una adicción a la cocaína, el alcohol, la marihuana, el paco y muchas otras sustancias. Sus familiares golpean decenas de puertas pidiendo ayuda, hasta que en total estado de desesperación, en el mejor de los casos reciben apoyo de una organización privada. Aquellos que logran dejar de consumir luego de un período de internación en una comunidad terapéutica, y a partir de su mejoría, trabaja y estudia. Sin embargo, la enorme mayoría de las personas con adicciones gravísimas a distintas drogas no tiene la posibilidad de recibir un tratamiento. De hecho, el especialista Claudio Izaguirre, grafica esta situación a partir de un estudio nacional que calcula que son 120 mil los adictos que necesitan un urgente abordaje profesional, incluso con riesgo de vida para ellos o terceros.

Se recibe gran cantidad de quejas de madres, padres y familiares de adictos, que ven frustrada permanentemente la posibilidad de internar a sus hijos que son peligrosos para sí y para terceros debido a su apego al consumo de sustancias. Ellos quedan como testigos del deterioro físico y mental de sus hijos afectados por la enfermedad sin poder hacer absolutamente nada por la salud de ellos.

El gran inconveniente de la ley de Salud Mental vigente en nuestro país es que indica que si la persona no quiere recuperarse se debe respetar su decisión, y esto abarca a las personas que por su consumo sufren de paranoia, psicosis y esquizofrenia, lo que no sólo deja en severo riesgo al afectado sino a todo aquel que se cruce en su camino. Debemos abrazar al adicto que sufre en su peor momento, pero la ley incomprensiblemente lo impide. La ley pretende que el adicto de su consentimiento voluntario, olvidando que el adicto es un enfermo de la voluntad. Aunque se vea en el fondo de un abismo, no quiere salir de él, porque “teme” al malestar de la abstinencia.

La experiencia histórica y la evidencia científica muestran que el modelo de comunidad terapéutica es una herramienta altamente específica para el tratamiento de las adicciones. No existe ningún fundamento que permita relacionarlas con las malas prácticas en el campo de la salud mental. Debe diferenciarse el trabajo de las comunidades terapéuticas con las instituciones manicomiales.

Tanto la Federación de Organizaciones no gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA) como la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACt) vienen desarrollando un programa de calidad que garantice a las personas en tratamiento las mejores prácticas disponibles.

La Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC) observa con preocupación la situación en la Argentina donde entienden que lo apropiado sería fortalecer a este tipo de instituciones e integrarlas al resto de los recursos institucionales.

Desde 2010 el Estado Nacional propone terminar con el tema adicciones dejando morir al adicto, para lo cual se lo incluyó en la ley de Salud Mental que prohíbe la apertura de nuevos centros de rehabilitación, y dispone el cierre d

definitivo para enero de 2020 de todos los espacios públicos y privados de asistencia a adictos. (Esta fecha viene siendo prorrogada).

Aquellos adictos que no logran morir en este proceso de desatención, son capturados por las fuerzas de seguridad, procesados por el sistema judicial y encarcelados, debido a las conductas agresivas y delictivas de estas personas que adquieren enfermedades psiquiátricas por el consumo de drogas.

A partir de la absurda idea que enmarca la ley de Salud Mental, de proteger la locura como si fuera una libertad individual, viene aumentando el número de víctimas en estos años, porque impide la internación inmediata de personas que ponen en riesgo su vida y la de sus familiares, las de sus vecinos y las de sus amigos al asumir comportamientos paranoicos y psicóticos que podrían ser fácilmente remisibles con una internación coercitiva.

La ley vigente es una declaración de derechos del enfermo mental, pero poco dice respecto de lo relativo a la salud en sí misma. Reconoce al adicto todos los derechos del enfermo mental, y reconoce el derecho a recibir tratamiento gratuito, pero habla de recibir la alternativa terapéutica más conveniente y menos restrictiva de derechos y libertades, y no tiene claro cuál es esa mejor alternativa terapéutica.

Lo antedicho muestra la necesidad de pensar al adicto como sujeto del derecho de la ley para poder definir cuál es la mejor alternativa para él específicamente, y ahí aparece la comunidad terapéutica como la herramienta internacionalmente reconocida como la mejor y más eficiente.

En la Ley de Salud Mental vigente es factible hallar 5 errores respecto de la temática en cuestión, a saber:

- 1) La actual Ley de Salud Metal promueve *que se de atención ambulatoria, servicio de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada, apoyo del grupo familiar y comunitario, casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, hogares y familias sustitutas*. Todo lo dicho no se cumplió en todos los años que transcurrieron desde el dictado de la ley. El poder ejecutivo no dio un paso hacia la concreción de estos enunciados, que caen bajo la esfera de diversos ministerios. Sin embargo, todos ellos se encuentran contemplados específicamente en el tratamiento de las adicciones en comunidades terapéuticas o en los hospitales de día especializados para el tratamiento del adicto con el necesario apoyo familiar, capacitación y salida laboral a partir de un proyecto de vida desarrollado durante el tratamiento.
- 2) Dispone *tratamientos psico-farmacológicos en el marco de abordajes interdisciplinarios*, desconociendo que la única persona habilitada para indicar psicofármacos es el médico psiquiatra.
- 3) *La internación tiene carácter restrictivo, por lo tanto, excepcional y breve*. Ahí es donde, si reconocemos que la mejor alternativa de tratamiento para el enfermo adicto es la comunidad terapéutica, su internación en la misma no puede ser reglada por el estado sin atender a las recomendaciones de los organismos internacionales respecto de los tiempos ideales de internación para lograr todos los objetivos del tratamiento, que no se circunscriben solamente a la supresión del consumo sino a la re-inserción del adicto en la sociedad como un sujeto socializado y trabajando para su realización personal. (4 fases).

- 4) La ley establece *que se deben resolver problemas sociales y de vivienda*. Esto cae en la órbita de distintos ministerios del poder ejecutivo, y escapa totalmente al ámbito de incumbencia de una ley de salud. Mientras esté enunciado en una ley de salud, nadie se hace cargo de lo que ésta ordena.

- 5) Dispone *planes de prevención de salud mental entre Ministerios de Educación, Desarrollo Social, Trabajo, empleo y seguridad social*. La Ley N° 23737 dispone lo mismo, además *de programas de capacitación permanente en los equipos de salud con participación de las universidades*, y nunca fue cumplido. Aquí es importante volver a diferenciar al enfermo mental del adicto, ya que el primero en muchos casos no puede tener inserción laboral por incapacidades propias de su enfermedad, en tanto el adicto rehabilitado debe insertarse laboralmente para poder ser dado de alta.

Como contrapartida sostenemos la necesidad de derogar el artículo 4 de la Ley de Salud Mental N° 26657, y que el tema drogas y adicción se encuentre únicamente bajo la órbita de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR).

Luego de la derogación del mencionado artículo es menester el desarrollo de una nueva ley de adicciones que regule la materia en nuestro país.

Por esta razón se proponen los siguientes lineamientos para tener en cuenta al momento de plantear la redacción, discusión y tratamiento de la misma:

El adicto no debe ser considerado un “enfermo mental”, salvo diagnóstico específico de padecimiento psiquiátrico como una comorbilidad a su enfermedad de base que es la adicción. En tal caso será considerado un enfermo dual.

El objeto de la nueva ley debe ser el de asegurar el derecho a la protección de la salud del adicto, reconocido como un enfermo cuya enfermedad tiene entidad propia y diferente de cualquier otro padecimiento, incluso cuando curse con comorbilidad psiquiátrica, que es consecuencia de su enfermedad de base que es la adicción.

Se reconoce a la adicción como el resultado de procesos históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya recuperación implica asumir que la adicción no se cura, si bien el adicto puede, tras recibir el tratamiento adecuado, continuar con una vida plena, ejerciendo todos sus derechos y asumiendo todas las obligaciones de una persona sana.

La existencia de diagnóstico de adicción no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, ni tampoco asumir enfermedad mental alguna, ni tampoco, y deducido de lo anterior, presumir riesgo cierto para sí o para terceros. De tal manera, debe actuarse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado, para resolver el tratamiento más adecuado para el enfermo, en sus varias modalidades, ya sea su internación en comunidad terapéutica, su asistencia a hospital de día, su tratamiento ambulatorio, siempre respetando sus derechos, sin dejar de lado el hecho de que el adicto es sobre todo un enfermo de la voluntad, por lo cual se requerirá siempre el apoyo de un familiar, tutor legal u otra figura de responsabilidad al momento de decidir su internación en comunidad terapéutica.

La internación en comunidad terapéutica, reconocida como el mejor y más completo abordaje de la adicción, no será excluyente para los casos de riesgo cierto para sí o para terceros, sino también cuando el tratamiento ambulatorio no sea factible por falta de acompañamiento familiar o de acatamiento de la abstinencia, requisito imprescindible en la rehabilitación de la adicción.

En cuanto a los derechos de la persona adicta se listan a continuación aquellos que deberían estar contenidos en la nueva ley de adicciones:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con trastorno de adicción designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión, dependiente de SEDRONAR.
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento adictivo actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento adictivo no sea considerado un estado inmodificable e invalidante;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como labor-terapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.
- q) en el caso de que el enfermo adicto sea una persona con trabajo en relación de dependencia, tiene derecho a gozar de licencia por razones de salud, con sueldo, por todo el tiempo que dure su tratamiento en internación, o en hospital de día, siendo conveniente que en las últimas fases de su tratamiento se elabore un plan de reinserción laboral hasta recuperar plenamente su cargo y horarios de trabajo habituales.
- r) ningún adicto en tratamiento podrá ser dado de baja en su trabajo en relación de dependencia, desde la notificación al empleador y hasta pasado un determinado período de tiempo (a definir por el legislador) de su reintegro pleno.

Renglón seguido, en la futura ley de adicciones es importante tener en cuenta algunas consideraciones en cuanto al tratamiento de las personas adictas. Entre ellas se destacan:

Las distintas modalidades de **tratamiento** a las que el adicto puede ser sometido, deberán estar fiscalizadas por la SEDRONAR, a quien corresponde, conjuntamente con el área de salud de cada jurisdicción la habilitación del centro de tratamiento, sea éste comunidad terapéutica, hospital de día, consultorio, casas de medio camino, hogares sustitutos, etc.

Mientras dure el tratamiento se deberá actuar en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementando acciones de inclusión social, laboral, educativa, deportiva y recreativa que más beneficien la re-inserción del adicto a una vida plena.

Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares; servicios para la promoción y prevención en salud, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, para la re inserción del adicto recuperado que no tenga familia de soporte.

Los centros de tratamiento para enfermos adictos deberán ser interdisciplinarios (psicólogo, psiquiatra, trabajador social, medico clínico) respondiendo a los requisitos que ya tiene SEDRONAR para su habilitación.

En cuanto a la **internación**, el nuevo instrumento legal sería conveniente que considere a la misma como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente (por ejemplo, la prohibición expresa de comunicación con su grupo de coadición, debiendo expresamente trabajarse durante el tratamiento sobre la ruptura de dichas relaciones sociales perversas).

El tiempo que dure la internación obedecerá estrictamente a los criterios sustentados en la definición propia de la comunidad terapéutica, en la que el tratamiento se desarrolla en cuatro fases que deben ser superadas por el paciente para obtener el alta asistida o definitiva según el caso, todo esto bajo el estricto control del área específica de la SEDRONAR.

Toda disposición de internación, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la evaluación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación.
- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario al finalizar el tratamiento.
- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico necesario en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, o cuando hubieren fracasado todos los tratamientos aplicados en forma ambulatoria. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra. Dicho dictamen obrará en la historia clínica del paciente internado a disposición en el caso de plantearse cuestionamientos judiciales a su internación.
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento, como falta de familia contenedora, falta de involucramiento familiar para acompañar el tratamiento ambulatorio con garantía de abstinencia, fracaso de tratamientos ambulatorios anteriores, problemas graves de convivencia que deberán ser resueltos durante el tratamiento para su reinserción al final del mismo.
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

En el caso de no obtener en una primera instancia el consentimiento del paciente adicto para realizar el tratamiento en internación, y que luego del período de admisión y evaluación integral del paciente, el mismo no sea aceptado para realizar tratamientos ambulatorios por la alta probabilidad de fracaso, basada en la irresistible compulsión por consumir, el familiar que obre de tutor, encargado o garante del paciente podrá prestar su consentimiento para la internación por el tiempo necesario (tres meses mínimos) para la desintoxicación y habituación al tratamiento, transcurrido el cual, si persiste la negativa a permanecer bajo internación deberá externarse con previa información de que al abandonar el tratamiento no podrá incorporarse a otro tratamiento externo en la misma institución, ya que las probabilidades de éxito serían nulas.

No obstante lo dicho, el adicto podrá optar por realizar tratamiento en otras instituciones que no se encuentren bajo la órbita de supervisión de SEDRONAR, bajo su única responsabilidad o la de su tutor en caso de ser menor de edad.

En el período de admisión en la institución a la que se le solicita el tratamiento, el paciente y el familiar acompañante deben ser claramente informados acerca de las características propias de la enfermedad, de las dificultades que se enfrentan en el tratamiento, de la habitual falta de voluntad del adicto, del compromiso que debe asumir el tutor, el que deberá asimismo entender el concepto de codependencia que habitualmente lleva al familiar a proteger al adicto apoyando su negativa a la internación.

Las internaciones de pacientes adictos con el fin de su rehabilitación, sólo podrán realizarse en instituciones habilitadas por la SEDRONAR, en la modalidad de comunidad terapéutica, granja, o similar, tratándose éstas de unidades monovalentes de atención dada la especificidad de la enfermedad a tratar, y la especial capacitación que requiere el equipo profesional que se hará cargo del tratamiento.

Cuando en la ciudad de residencia del adicto no existieren instituciones de tratamiento específico para adicciones y el paciente requiera internación por la gravedad del caso, deberá ser derivado por la institución que efectuó el diagnóstico de admisión, a la comunidad terapéutica más cercana a su ciudad de residencia. Si la familia se negare a la internación en otra ciudad deberá constar en los archivos de la institución que lo diagnosticó su negativa, lo que librerá de toda responsabilidad a la misma por eventos que pudieran ocurrir por la falta de tratamiento del paciente.

En los casos de pacientes duales (adicto y con patología psiquiátrica grave), se le hará saber al familiar que hace la consulta, en qué ciudad cercana a la de su residencia podría ser recibido para su internación, quedando claro que ninguna institución de tratamiento ambulatorio, en modalidad de hospital de día o de consultorio externo podrá hacerse cargo del tratamiento del paciente dual que se niega a la internación, por el peligro que el mismo representa para terceros.

El Ministerio de Salud de la Nación debería ser la **Autoridad de Aplicación** de la presente ley, a partir del área específica creada al interior de la SEDRONAR, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud en Adicciones.

También se propone que, en forma progresiva y en un plazo no mayor a 3 años a partir de la sanción de una nueva ley de adicciones, el Poder Ejecutivo incluya en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a la salud del adicto. También se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires creen centros de atención específicos para las adicciones en sus jurisdicciones para permitir la internación del enfermo sin alejarse de su núcleo familiar, así como deberán crearse organismos que operen como “Hospital de Día” para el tratamiento ambulatorio.

Los centros monovalentes para el tratamiento de las adicciones, en modalidad de Comunidad Terapéutica u “Hospital de Día”, podrán ser públicos o privados y en el caso de estos últimos, cuando el paciente o su familia no puedan afrontar el costo del tratamiento y no tengan Obra Social o prepaga de salud, el Estado deberá hacerse cargo del tratamiento a partir de becas otorgadas por la SEDRONAR, como lo es al presente, sin límite de cupo.

La SEDRONAR, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención de las adicciones y planes específicos de inserción socio-laboral para personas adictas rehabilitadas.

El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley.

Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones, de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud, las que actuarán en coordinación con la SEDRONAR.

Para todos los casos en que se estuviera frente a un enfermo dual, (adicto con enfermedad psiquiátrica grave) serán válidos los principios enunciados en la ley de salud mental vigente, en el articulado que no contradiga la nueva ley de adicciones.

El adicto dual una vez recuperado de su adicción no podrá permanecer internado en la comunidad terapéutica ni en un dispositivo de salud mental sin cumplirse todas las disposiciones enunciadas en la ley de salud mental que garanticen el pleno goce de sus derechos.

Deberá fomentarse la creación de centros de salud específicos que obren como “casas de medio camino” en las cuales puedan vivir aquellos adictos que por su comorbilidad psiquiátrica no puedan volver a la vida independiente o familiar y/o no tengan hogar de acogida una vez dada el alta de su tratamiento en adicciones.

La residencia en dichas casas implica que el paciente, “adicto recuperado con comorbilidad psiquiátrica”, podrá desarrollar un trabajo rentado fuera de la “casa” y volver a pernoctar en la misma. En dichas “casas” deberá haber personal especializado cubriendo guardias las 24 hs. dadas las características de los pacientes que habitan en ellas. Dichas casas deberán ser supervisadas por la SEDRONAR.

A lo largo de esta extensa Fundamentación, se buscó demostrar que la problemática de las personas que sufren adicciones es sumamente importante para la comunidad en su conjunto, como así también el tratamiento, recuperación y reinserción de estas personas.

Por lo antes expuesto solicitamos a los Señores Legisladores nacionales, principalmente a los representantes de la provincia de Entre Ríos, abordar esta problemática, instando a la pronta redacción, tratamiento y sanción de una nueva ley de adicciones para el territorio nacional.

A partir de las ideas planteadas precedentemente solicito se acompañe el presente Proyecto de Resolución.

Lic. Juan Domingo ZACARIAS
AUTOR