

En Montevideo el 16 de diciembre de 2015 reunida la CAM creada por Acta de Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012, los abajo firmantes, integrantes de UMU, CIES, Plenario, FEMI, SMU, MSP, MEF y MTSS, ACUERDAN elevar al Consejo de Salarios el siguiente pre acuerdo:

1. **Antecedentes.**

- 1.1. El Acta de Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012, define los lineamientos generales del Nuevo Régimen de Trabajo Médico
- 1.2. En esta oportunidad, se acuerdan los Cargos de Alta Dedicación de Medicina General, y las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Ginecología.
- 1.3. Posteriormente, en el Acta de Consejo de Salarios de fecha 7 de abril de 2014 se define el nuevo régimen de trabajo para Medicina Interna, Medicina Intensiva de Adultos, Medicina Intensiva Pediátrica y Neonatología, y en el Acta de Consejo de Salarios de fecha 15 de junio de 2015 se define el nuevo régimen de trabajo de Psiquiatría de Adultos y Psiquiatría Pediátrica.

2. **Marco conceptual.**

La actual organización del trabajo médico en cirugía general presenta debilidades que atentan contra un adecuado ejercicio profesional y condicionan la mejora de la calidad asistencial y de vida de los profesionales. Existen diversos problemas y debilidades que afectan de manera diferente a Montevideo y al interior.

En el caso de Montevideo, el ejercicio actual es mayoritariamente individual, y salvo en el sector público y en algunas excepciones para el sector privado, no existe trabajo en equipo. A su vez los cirujanos internos en muchas instituciones no están habilitados a operar en su guardia interna, no participando en la resolución quirúrgica de los pacientes asistidos. Tanto la organización del trabajo como los mecanismos de pago generan dificultades en la inserción laboral de los jóvenes, y repercuten en la capacidad del sistema de mantener las destrezas de los recursos humanos formados.

En este sentido, el sistema de trabajo actual predominante en Montevideo genera varias desventajas: fracciona el ejercicio de la disciplina, despoja del continuo aprender y desarrollo de habilidades y destrezas a quienes recién ingresan al sistema; provoca un estancamiento del desarrollo profesional en el grado 3, sector que accede a generar las más altas retribuciones salariales de la vida laboral activa; no existe pago por responsabilidad ni por el adecuado cumplimiento del conjunto del proceso asistencial, sino que éste se encuentra fuertemente dependiente del acto quirúrgico; se desalienta la realización de procedimientos complejos, que no tienen su retribución correspondiente, lo que desalienta la concentración de cirugía compleja, su evolución, aprendizaje; expone al cirujano que accede a operar a continuar operando sobre todo urgencias hasta el fin de su ejercicio para mantener su nivel de ingreso; fomenta el multiempleo, sin apego no solo hacia la institución sino hacia el equipo asistencial; genera atrasos quirúrgicos en la medida que el mecanismo de pago determina que la única variable de control sobre el presupuesto sea la cantidad de intervenciones quirúrgicas (en este caso la calidad de asistencia no solo se resiente por su respuesta lenta, sino que expone al usuario a complicaciones eventuales -evolución natural de patologías-); genera incentivos a mantener a los cirujanos más capacitados en actividades de urgencia pues son las que generan más altos ingresos; no permite espacios para el análisis de casos clínicos, comité de tumores, ateneos, entre otros pues los mismos no se encuentran en el



contrato laboral y por ende no están retribuidos; tiene un impacto directo en la calidad de asistencia del paciente (proceso asistencial fraccionado).

En el caso del interior, las debilidades se basan fundamentalmente en la escasez de recursos humanos que tiene como consecuencia, en muchos casos, la doble cobertura entre Instituciones. En cuanto a la organización del trabajo médico, se destaca que el trabajo en equipo es frecuente, los cirujanos jóvenes en general tienen cargos que involucran la asistencia de guardia, policlínica y coordinación quirúrgica, operan y realizan el seguimiento de sus pacientes. El mecanismo de pago, salvo excepciones, no contempla el acto ni la complejidad del mismo. Existen variaciones establecidas en el laudo dependiendo de la cantidad de actos traducidos en coordinaciones quirúrgicas con topes. El determinante de la cantidad de coordinaciones es producto de la demanda a los diferentes cirujanos.

Las importantes diferencias que existen en los mecanismos de pago entre Montevideo y el Interior, generan distorsiones en la capacidad de captación de recursos humanos en las distintas zonas del país.

Es por ello que reconociendo a la cirugía como una disciplina de desempeño en equipo siendo imprescindible en él niveles de formación y responsabilidad distintos, que deben retribuirse acorde, se propone la reformulación del sistema laboral actual.

Los CAD quirúrgicos, están orientados a modificar el mercado laboral bajo dos premisas fundamentales, la principal es habilitar el ejercicio pleno de la disciplina, es decir el operar, siempre en equipo y con los responsables respectivos manteniendo la formación continua de una especialidad sustentada en habilidades y destrezas, la otra es generar desarrollo de la disciplina. Se basa la asistencia en equipos quirúrgicos que serán la unidad funcional de trabajo.

3. Ámbito personal de aplicación.

El nuevo régimen de trabajo se aplica a aquellos cargos que se desempeñen en cirugía general. Solo podrán acceder a los cargos de especialistas los que tengan el título habilitante, en trámite o reválida en curso.

4. Ámbito temporal de aplicación.

El nuevo régimen de trabajo médico que se regula por este convenio, se hará efectivo para los cargos creados o que se transformen, luego de seis meses de la fecha de firma del presente acuerdo y los médicos que ingresen a las instituciones, a partir de dicha fecha. Sin perjuicio de lo anterior, las instituciones y los trabajadores podrán adelantar la implementación del nuevo régimen a partir de la firma del presente acuerdo.

5. Definición de los CAD de cirugía general.

Corresponde a la Cirugía General la competencia en el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia de origen benigno, inflamatorio, traumático o neoplásico en los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y afecciones externas de la cabeza y el cuello. También deberá capacitarse para enfrentar y resolver hasta cierto nivel de complejidad, en el ámbito de las urgencias de las patologías de las subespecialidades quirúrgicas (Vascular, Tórax,

Urología) ante la no disponibilidad de dichos especialistas, para iniciar el tratamiento, estabilizar y/o trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad.

Cirujano de equipo. Operan y participan de las intervenciones quirúrgicas tanto de emergencia como de coordinación. Realiza todas las actividades en conjunto con otro cirujano de equipo y con su jefe de equipo.

El cirujano realiza todas las actividades en conjunto con otro cirujano de equipo y/o con su jefe de equipo y/o ayudante/s con experiencia, ya sean otros especialistas quirúrgicos o residentes de cirugía general.

Jefe de equipo. Es el responsable del equipo y de las intervenciones quirúrgicas que el equipo desarrolle. Coordina todos los actos quirúrgicos y define el rol a ocupar en el equipo. Asimismo está a la orden para ser convocado por el cirujano interno. Coordina todas las tareas con los cirujanos de su equipo.

Coordinador. Se encarga de la supervisión longitudinal de todos los pacientes del servicio. Es el apoyo de todos los jefes de equipo. También y de acuerdo a las características de la institución, podrán desempeñarse como de jefe de equipo. Estarán a disposición de los jefes de equipo durante el desempeño de la guardia de estos últimos frente a cualquier eventualidad. Tendrán también visita diaria a los pacientes internados o ingresados al servicio de emergencia y actividades institucionales. Participarán de las reintervenciones y las cirugías complejas (pacientes de CTI).

Jefe de servicio. Es el responsable administrativo y médico de todo lo que sucede en el servicio y el personal a cargo.

Las instituciones deberán contemplar en su estructura todas las funciones descritas en la presente cláusula. En el caso de las funciones de coordinar y jefe de servicio, las mismas pueden ser desempeñadas por distintas personas o pueden acumularse en un mismo cargo, dependiendo de la forma organizativa de las instituciones y su escala.

6. Régimen de trabajo.

- 6.1. Los médicos comprendidos en el ámbito personal de aplicación trabajarán en régimen de 175 a 209 horas mensuales
- 6.2. Los CAD desarrollarán su labor de lunes a domingo, según las necesidades del servicio, entendiéndose que los feriados no laborales se consideran como fin de semana y deberán gestionarse por cada institución.
- 6.3. La carga horaria mensual podrá comprender horas de policlínica, guardia interna, guardia de retén, actividad en block quirúrgico coordinada, horas de block fuera de la guardia, visita sanatorial, horas para actividades no asistenciales. La asignación de horas dentro de los cargos la define la institución con las restricciones que se presentan en la tabla siguiente:

	Cirujano de equipo	Cirujano jefe de equipo
Policlínica	Mínimo 5%	Mínimo 5%
Guardia interna	Máximo 60%	Máximo 60%
Guardia retén	Máximo 84hs semanales	
Actividad en block quirúrgico coordinada	Mínimo de 10% (con excepción de los cargos que son exclusivos de urgencia y emergencia)	
Horas de block fuera de la	Mínimo 10% (en aquellos	Mínimo 10% (en aquellos

guardia	cargos que sean exclusivos de urgencia y emergencia)	cargos que sean exclusivos de urgencia y emergencia)
Visita sanatorial		Mínimo 15%
Actividades institucionales	Mínimo 2 horas semanales	Mínimo 2 horas semanales

- 6.4. A los efectos de la definición de actividades dentro del cargo, se establece que 3 horas de retén equivalen a 1 hora presencial.
- 6.5. La cantidad de consultas por hora en policlínica son las definidas en el acuerdo de consejo de salarios de fecha 3 de noviembre de 2010.
- 6.6. Bajo este régimen de trabajo, en ningún caso el régimen de guardias presenciales excederá las 16 horas corridas. Durante la transición y hasta que todos los cargos de un mismo servicio de cirugía estén bajo el nuevo régimen de trabajo, las guardias internas podrán excepcionalmente ser de 24 horas de trabajo corrido.
- 6.7. La distribución de las horas en las distintas actividades tendrá flexibilidad dentro del mismo cargo, según requerimiento del servicio y dentro de los límites jurídicos derivados del derecho del trabajo, respetando mensualmente los límites por actividad establecidos en las cláusulas anteriores. La institución será responsable de brindar anualmente al profesional un listado con el detalle de horas cumplidas en el año correspondientes a cada tipo de actividad.
- 6.8. La carga horaria asignada a guardia podrá incluir al menos una guardia nocturna semanal y una guardia mensual de fin de semana o feriados de acuerdo a las necesidades del servicio.
- 6.9. Horas de actividades institucionales. Esta actividad incluye como mínimo 2 horas semanales comprendidas dentro de las 40 a 48 horas semanales, y teniendo en cuenta 43 semanas laborales anuales, las horas totales en el año son 86. Estas horas deben ser flexibles, tanto en su contenido como en su distribución anual de acuerdo a los requerimientos del servicio. Quedan excluidos los días de licencia por congreso.

7. Unidad Básica Quirúrgica (UBaQ).

- 7.1. Se constituye la UBaQ que estará compuesta por 2 cirujanos de equipo y 1 cirujano jefe de equipo. El régimen de trabajo de las guardias de los cirujanos de equipo puede seleccionarse entre 2 alternativas:
- 7.1.1. Diariamente la institución tiene 1 cirujano de equipo de retén y 1 de guardia interna, donde los cirujanos de equipo alternan entre presencial y retén.
- 7.1.2. Diariamente la institución cuenta con 2 cirujanos de equipo de guardia interna.
- 7.2. Cada servicio de cirugía deberá contar con al menos una UBaQ diariamente, lo que implica que las instituciones que así lo requieran contraten un número mayor de UBaQ que el definido en el presente acuerdo, manteniendo el sentido del nuevo régimen de trabajo en cuanto a la atención longitudinal y el trabajo en equipo.
- 7.3. La elección del sistema la realiza la institución, tomando en cuenta su cantidad de afiliados, la utilización que los mismos tengan de los servicios de cirugía y la organización de los servicios. La estructura de los cargos puede ser modificada con posterioridad a la contratación en función de normativas futuras del MSP

vinculadas a las emergencias o urgencias quirúrgicas o la instalación de Centros de Referencia Nacional o una estructura regionalizada y de caracterización institucional.

7.4. Las UBaQ funcionan de lunes a viernes o de lunes a sábado de acuerdo a la organización que la institución defina.

8. Instituciones de menos de 50.000 afiliados en el departamento donde se encuentra ubicada su sede principal.

8.1. Las instituciones de este porte pueden organizar su servicio de cirugía quirúrgica en base a la cláusula 7 o con el régimen excepcional previsto en la presente cláusula, que sustituye la cláusula 7.1.

8.2. En este caso, los dos cirujanos de equipo de una misma UBaQ pueden estar de retén al mismo tiempo.

8.3. Cada UBaQ podrá complementarse con un ayudante quirúrgico.

8.4. Durante la guardia de retén en el caso de las instituciones contempladas en la presente cláusula el cirujano convocado debe hacerse presente en un plazo perentorio

8.5. Un mismo jefe de equipo puede estar a cargo de dos UBaQ.

8.6. Para la aplicación de la presente cláusula se podrá establecer una tolerancia del 10% de afiliados.

8.7. Para que deje de aplicarse la presente cláusula ante el crecimiento en el número de afiliados de una institución, el mismo debe ubicarse por encima del umbral durante seis meses consecutivos.

8.8. Aquellas instituciones que se regulan por la cláusula 7 y que durante 6 meses consecutivos presenten menos de 55.000 afiliados podrán aplicar la presente cláusula. La modificación de los componentes de actividad de los CAD deberán realizarse en acuerdo con los trabajadores.


8.9. Dentro del mismo régimen establecido en este capítulo 8 y como excepción a la cláusula 8.2, en aquellas instituciones que tengan menos de 25.000 afiliados, cada UBaQ podrá estar integrada al menos por un jefe de equipo y 1 cirujano de equipo de retén. Se aplica en este caso también la tolerancia de 10% establecida en la cláusula 8.6.

8.10. Aquellas Instituciones que tienen entre 25.000 y 50.000 afiliados que no puedan cumplir con las dotaciones exigidas, podrán presentar ante la CAM una propuesta de creación de la UBaQ en el régimen dado por la cláusula 8.9, con la debida fundamentación. De aprobarse el planteo realizado se habilitará la contratación de dichos cargos por vía de excepción.

9. Régimen de trabajo en blocks quirúrgicos descentralizados.

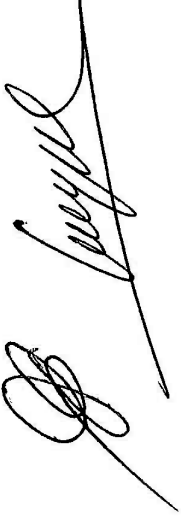

Las instituciones contempladas en las cláusulas 7 y 8 que tengan blocks quirúrgicos situados en una ciudad diferente a donde se ubica la sede principal se pueden acoger al régimen establecido en la presente cláusula para dichos blocks.

En este caso, diariamente tiene que haber un cirujano general y un ayudante quirúrgico ambos con regímenes de retén. Las ayudantías quirúrgicas las podrán realizar exclusivamente otras especialidades quirúrgicas o residentes de cirugía general.












En caso de organizarse de esta manera, con este equipo se podrán realizar exclusivamente intervenciones quirúrgicas menores, corrientes y mayores, excluyéndose las altas con la excepción de las de urgencia.

10. Remuneración

- 
- 
- 10.1. Se registrá por las condiciones generales de la retribución para cargos de alta dedicación definidas en el Acta de Consejo de Salarios de fecha 5 de noviembre de 2012.
 - 10.2. El salario nominal total mensual del cirujano de equipo es 162.405,9\$ para 175 horas mensuales y 193.958,65\$ para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de 928.03\$, expresado a valores del 1° de julio de 2015.
 - 10.3. El salario nominal total del cirujano jefe de equipo es 203.006\$ para 175 horas mensuales y 242.448\$ para 209 horas mensuales, que equivale a un valor hora de 1.160\$ expresado a valores del 1° de julio de 2015. En todos los casos, el salario del cirujano jefe de equipo es un 25% superior al salario CAD del cirujano de equipo.
 - 10.4. En los casos en que las horas mensuales incluyan horas de retén las mismas se computan con una equivalencia de 3 horas de retén por 1 hora presencial, es decir que el valor hora de esta actividad equivale a 1/3 del valor hora de la actividad presencial.
 - 10.5. El salario del cirujano de equipo incluye un componente fijo de 75% y un componente variable de 25% y el salario del cirujano jefe de equipo el componente fijo es de 60% y el variable 40%.
 - 10.6. Los valores referidos en esta cláusula remuneran todos los actos médicos. Los valores indicados incluyen el fondo de categoría, el componente variable, el llamado, el domingo y el feriado laborable. A esos valores deberá adicionarse las compensaciones que puedan corresponder por trabajo nocturno y antigüedad.

11. Mecanismos de pago variable de la actividad de block quirúrgico

- 
- 
- 
- 11.1. FONDO. Se crea un fondo de pago variable (FPV - AQ) para cada institución, constituido por el 25% de la masa salarial de los cirujanos de equipo y el 40% de la masa salarial de los jefes de equipo correspondiente a la actividad de block quirúrgico.
 - 11.2. PUNTAJE POR CIRUGÍA. Cada procedimiento quirúrgico de cirugía general tendrá asignado un puntaje de acuerdo a su complejidad, clasificado según corresponda a una cirugía corriente, mayor y alta; y para cada caso si es coordinado o urgente, de acuerdo a la categorización a la que se hace referencia en el capítulo siguiente.
 - 11.3. DISTRIBUCIÓN DEL FONDO. El FPV - AQ se distribuye entre las UBaq de acuerdo a la cantidad de cirugías realizada por cada una, su complejidad y si son coordinadas o urgentes
 - 11.4. PROCEDIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN A LA UBaq. Cada mes se acumularán los puntos por las cirugías realizadas por estas UBaq y se dividirá el FPV - AQ entre la suma de los puntos del mes, obteniéndose de ese modo un precio del punto. Se multiplicará el precio del punto por la cantidad de puntos acumulados por cada UBaq en este régimen durante el mes correspondiente,
- 
- 
- 
- 
- 
- 

configurándose de esta manera el componente variable a reembolsar en cada UBaq y cada profesional.

11.5. **PROCEDIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN DENTRO DE LA UBaq.** Dentro de cada UBaq, la distribución se realizará de manera proporcional a lo aportado por cada integrante de la UBaq al FPV.

11.6. **ACTIVIDAD DEL JEFE.** El jefe de equipo deberá participar directamente en al menos el 40% de las cirugías del período de referencia.

Se incorpora a la agenda de la CAM la definición de algunos aspectos vinculados al mecanismo de pago variable que no quedan contemplados en el presente acuerdo, como ser el mecanismo de cómputo de las cirugías donde participen más de un jefe de equipo, análisis de los incentivos en los servicios de cirugía de la cláusula 7, entre otros.

12. Categorización de cirugías

De manera transitoria se utilizará la categorización de cirugías acordada en ASSE que se adjunta en el anexo. Se define un plazo inicial de 90 días para realizar los ajustes que se consideren necesarios, y posteriormente una vez al año deberá volver a evaluarse para realizar las modificaciones que sean necesarias de acuerdo a la evolución propia de la disciplina.

13. Régimen de suplencias

Durante el período que dure la transición, aquellos trabajadores que suplen de manera temporaria y parcial al profesional que tiene un cargo titular de alta dedicación, se rigen bajo el régimen de trabajo establecido en el laudo del año 1965 en lo que respecta a condiciones de trabajo y salarios.

En los casos que la suplencia sea por el total de horas mensuales del cargo de alta dedicación se aplica el régimen de trabajo y valor hora del NUEVO RÉGIMEN DE TRABAJO MÉDICO.

Cuando todos los médicos titulares de la misma especialidad dentro de la institución trabajen bajo el nuevo régimen de trabajo médico, las suplencias pasarán a regirse también bajo el nuevo régimen en lo que respecta a salarios, pero las actividades pueden ser fragmentadas de acuerdo a las necesidades de servicio.

14. COMPATIBILIZACIÓN DE LOS CARGOS DE ALTA DEDICACIÓN CON LA ACTIVIDAD DOCENTE EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UDELAR.

14.1. Se ratifica para estos cargos el marco general del nuevo régimen de trabajo médico en lo que refiere a la compatibilización con la actividad docente, que se transcribe a continuación.

14.2. El Consejo de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, con fecha 12 de marzo de 2013 resuelve generar mecanismos de compatibilización de los cargos de alta dedicación médicos acordados en el Consejo de Salarios en 2012 con los cargos docentes y la realización de postgrados, considerando entre otras cosas "4. Que la calidad técnica de los docentes y postgraduados de la Facultad de Medicina es ampliamente reconocida en las instituciones asistenciales públicas y privadas. 5. La necesidad de la Facultad de Medicina de aumentar su plataforma docente. 6. La necesidad de compatibilizar los cargos de alta dedicación en instituciones

privadas con la carrera docente en la Facultad de Medicina, en el entendido que existe un beneficio compartido, para la Facultad, las instituciones y los profesionales." Asimismo, el Consejo resuelve solicitar la integración de la FMED a la CAM a los efectos de cumplir con los propósitos plasmados en la resolución.

- 14.3. En el caso de médicos de alta dedicación que accedan a un cargo docente durante el período de su desempeño en la institución, permitir una flexibilización en la carga horaria de su cargo de alta dedicación, a los efectos del desempeño de ambos cargos, siempre que se verifique en la Facultad de Medicina una adecuación horaria en las mismas proporciones; ajustándose el pago de manera proporcional a las horas efectivamente realizadas en la institución o empresa de salud que desempeñe su actividad.
- 14.4. En el caso de docentes que, en el marco del desempeño de un cargo de alta dedicación, tenga estudiantes de pre o postgrados a cargo en una de las instituciones asistenciales, se podrá computar dicha carga horaria al cargo docente.
- 14.5. En el caso de estudiantes de postgrado que, en el marco del cumplimiento de un cargo de alta dedicación, en dicha institución existan tutores acreditados, se podrá computar dicha carga horaria al postgrado. Al mismo tiempo, las instituciones podrán computar estas horas al cargo de alta dedicación. Esta disposición no incluye a los Residentes en tanto están imposibilitados por Ley de desempeñar cargos por fuera del sistema de residencias médicas.
- 14.6. A los efectos de la autorización correspondiente, los médicos de alta dedicación deberán presentar ante la institución que lo contrata la siguiente documentación:
- Carta intención en la cual se plantee los ajustes horarios a realizar.
 - En cualquier caso los ajustes horarios no podrán comprometer más del 25% de la carga horaria definida en el cargo.
 - Constancia expedida por la Facultad de Medicina donde se haga constar que desempeña un cargo docente o de postgrado. Dicha constancia se deberá acompañar del volumen horario total y la reducción aprobada a los efectos de verificar su compatibilidad.
- 14.7. En el caso de aquellos CAD que se adscriban al régimen de Compatibilización de los cargos de alta dedicación con la actividad docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, las restricciones de la carga horaria contenidas en los acuerdos respectivos de cada especialidad se aplicarán proporcionalmente a la cantidad de horas que desempeñe en la institución.

15. Cómputo de los cargos para la meta 4.

Los cambios al nuevo régimen deberán realizarse a través de las UBaq. Los cargos no podrán ser contratados uno a uno sino que deberán contratarse o convertirse de a una UBaq, es decir 2 cirujanos de equipo y un jefe de equipo. Los cargos pertenecientes a la UBaq conforman un equipo y deben realizar la actividad quirúrgica como tal. En las instituciones de menos de 50.000 afiliados que se adscriban al régimen excepcional, la

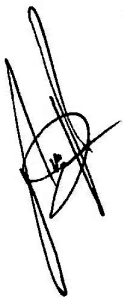
unidad mínima de contratación es de dos cirujanos adscriptos al mismo equipo quirúrgico y en las de menos de 25.000 un cirujano.

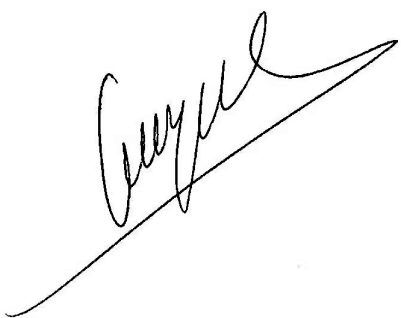
16. El presente acuerdo podrá ser objeto de análisis durante los primeros seis meses siguientes a su firma, período durante el cual se podrá modificar su contenido e incorporar aspectos que mejoren su aplicación. Durante el período de observación mencionado las instituciones no estarán obligadas a incorporar CAD de cirugía pero aquellas que lo hagan tendrán el derecho de acogerse a las modificaciones que surjan del período de observación una vez que haya vencido el mismo. Con posterioridad a este período, deberá evaluarse al menos una vez por año para incorporar los ajustes necesarios que surjan de su implementación.



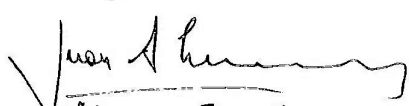
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

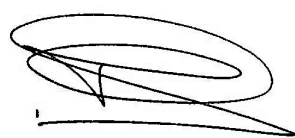
DIF







PLACES


ANTONIO ENEVILLA





MER.


C. PROMANÉ
D. SP.


MARTÍN
SNU


RSP


CES

