

## ORIGINALES

# Un plan de salud comunitario, ¿por qué y para qué?

**Carlos Roca Burillo.** Área Básica de Salud Lleida Rural Nord. Gestió de Serveis Sanitaris

**Mireia Astals Bota.** Área Básica de Salud Lleida Rural Nord. Gestió de Serveis Sanitaris

**Joana Garcia Hinojosa.** Área Básica de Salud Lleida Rural Nord. Gestió de Serveis Sanitaris

**Carmen Estela Abad.** Área Básica de Salud Lleida Rural Nord. Gestió de Serveis Sanitaris

### Para contactar:

Carlos Roca Burillo: [croca@comll.cat](mailto:croca@comll.cat)

## RESUMEN

La conexión entre profesionales de la Atención Primaria (AP) y la población de referencia es un instrumento esencial para prevenir y promover la salud.

**Objetivos.** La elaboración de un plan comunitario para:

- Informar en salud.
- Trabajar conjuntamente profesionales sanitarios y entidades comunitarias.
- Empoderar al individuo y a la comunidad como agentes de salud.
- Concienciar sobre hábitos saludables.

### Metodología.

Plan comunitario (PC):

- Diagnóstico de salud.
- Diseño y presentación.
- Evaluación y memoria.

Siguiendo el Plan de Salud 2011-2015 de la Generalitat de Catalunya, se prioriza:

- NEREU: sedentarismo y obesidad infantil.
- Salud y Escuela.
- Programa Paciente Experto: autorresponsabilidad y autocuidado.
- PAFES: Plan de Actividad Física, Deporte (*Esport*) y Salud.
- PAPSF: Programa Atención Primaria Sin Humo (*Fum*).
- Jornadas de Salud.
- Días mundiales.

### Resultados:

NEREU: dos ediciones. Charlas y talleres para 15 familias.

Salud y Escuela: cuatro cursos escolares tratando temas sobre sexualidad, consumo de drogas y alimentación.

Paciente experto: tres ediciones sobre tratamiento anticoagulante oral (TAO).

PAFES: caminatas populares, charlas, talleres y exposiciones.

PAPSF: charlas, talleres, programas de radio y exposiciones.

Jornadas de Salud: más de 100 actividades en cinco municipios.

Días mundiales: cinco ediciones.

**Conclusiones:** el PC estrecha el vínculo entre profesionales, entidades locales y comunidad, creando espacios de encuentro que facilitan la interrelación y la formación de grupos de pacientes. Evaluamos si la transmisión de información directa y participativa en temas de salud y la autorresponsabilización y el autocuidado son positivos en términos de calidad asistencial.

**Palabras clave:** prevención, empoderamiento, autocuidado, salud comunitaria.

## A COMMUNITY HEALTH PLAN: WHY AND WHAT FOR?

### Abstract

The connection between primary care professionals and the reference population is an essential tool for the prevention and promotion of health.

### Objectives

To develop a community plan:

- To report on health.
- To enable health professionals and community organisations to work together.
- To empower the individual and community as health agents.
- To raise awareness of healthy habits.

### Methodology

Community Plan (CP):

- Health diagnosis.
- Design and presentation.
- Evaluation and memory.

Following the Health Plan 2011-2015 of the Catalan Government, the following are a priority:

- NEREU: Physical inactivity and childhood obesity.
- Health and School.
- Expert Patient Program: Self-responsibility and self-care.
- PAFES: Plan of Physical Activity, Sport and Health.
- PAPSF: Primary Care Without Smoke Program.
- Health Days.
- World Days.

#### **Results / Intervention**

NEREU: Two editions. Talks and workshops for 15 families.

Health and School: Four school courses covering topics about sexuality, drug consumption and feeding.

Expert Patient: Three editions of Oral Anticoagulant Therapy (OAT)

PAFES: Popular hikes, talks, workshops and exhibitions.

PAPSF: Talks, workshops, radio programs and exhibitions.

Health Days: More than 100 activities, in five municipalities.

World Days: Five editions.

#### **Conclusions**

The CP strengthens the relationship between professionals, local bodies and the community, creating meeting spaces that facilitate the interaction between and training of groups of patients.

We evaluate if the transmission of direct and participatory information on health issues, self-responsibility and self-care are positive in terms of the quality of the healthcare received.

**Key words:** prevention, empowerment, self-care, community health

## **INTRODUCCIÓN**

Las actividades comunitarias (AC) son intervenciones grupales que presentan características, necesidades o intereses comunes, dirigidas a promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje y decisión de sus prioridades en los propios problemas, demandas o necesidades de salud<sup>1</sup>. Existe evidencia sobre su efectividad en fomentar la implicación de los individuos, mejorar los hábitos de estilo de vida<sup>2,3</sup>, estimular la aceptación de ciertos cribados<sup>4</sup> o favorecer la adherencia terapéutica<sup>5</sup>.

Actualmente, se tiende hacia una medicina sustentada por cuatro pilares: predictiva, preventiva, personalizada y participativa<sup>6</sup>.

La conexión entre los sanitarios de una área básica de salud (ABS) y su población de referencia es un elemento fundamental de prevención y promoción de la salud, que favorece una óptima transmisión de información de calidad en salud y permite valorar la necesidad de realizar cambios que mejoren la salud de las comunidades, integrando las intervenciones de salud pública y la AP. El fenómeno de retroalimentación en este proceso, en constante evolución, es fundamental para replanificar y adecuar las actuaciones.

Las AC son un elemento de la calidad global del equipo de AP<sup>7</sup>, alineado con las actuales políticas sanitarias. Trabajar con y en la comunidad conciencia de que los equipos de AP forman parte de ella<sup>8</sup>.

Es necesario avanzar en el diseño del modelo de la atención centrada en el individuo; las personas son más activas y reclaman más capacidad de decisión sobre los temas que afectan su salud, tanto a nivel comunitario como individual. La implicación de las personas en el proceso de salud-enfermedad requiere el compromiso de los ciudadanos, la dinamización del tejido social, las organizaciones y los profesionales y el fomento de la autorresponsabilización y el autocuidado, que conduce a un incremento de la autonomía personal y grupal y un mayor cumplimiento. Las comunidades se constituyen como agentes de cambio, por su capacidad de empoderamiento y de participación en el diseño del modelo de atención a la salud, y, en consecuencia, la reorientación comunitaria debería conducir a la implicación de los pacientes en la gestión de su salud y contribuir a la racionalización de la utilización de los recursos asistenciales del sistema<sup>9</sup>.

Hace unos años que se intenta evaluar el efecto en la salud de las iniciativas locales. Por ello se han ido desarrollando guías para analizar la repercusión de las actuaciones que se dirigen a los implicados en la planificación, desarrollo o seguimiento de cualquier iniciativa (plan, programa, actuación) que implique el medio local y que suponga una oportunidad para aprovechar el entorno promocionando la vida saludable. Su intención abarca desde situar la salud en la planificación urbanística, poniendo de relieve los principales determinantes de salud afectados por esta área, hasta desarrollar métodos y herramientas que servirán para valorar la incidencia de las iniciativas locales sobre esos determinantes.

Un ejemplo práctico es el método propuesto por la guía de Udalsarea<sup>10</sup>, que incorpora cuestionarios e identifica prospectivamente los posibles efectos de una iniciativa sobre la salud y la calidad de la vida de las personas y del análisis de la información recogida, optimiza la elección de las alternativas en la toma de decisiones a los responsables de la planificación y desarrollo urbano y sostenible.

De todo ello se entrevistó que no es una tarea sencilla. Para ello, y en el ámbito de la cronicidad, el Sistema Nacional de Salud (SNS) publicó en 2015 una guía con el objetivo de establecer un marco común para la implementación local de la estrategia de promoción de la salud y prevención<sup>11</sup>. Para llevarlo a cabo propone una adherencia voluntaria de los ayuntamientos a la estrategia, constituir una mesa intersectorial y una identificación de recursos comunitarios locales, puesto que, teniendo en cuenta el enfoque de determinantes sociales de la salud, ganar salud trasciende a muchos sectores más allá del sanitario. Comprende niveles de desarrollo en pro de que las herramientas puedan adaptarse en función de las características y del trabajo previo realizado en acciones de salud, posibilitando la ordenación y priorización con criterios de efectividad<sup>12</sup>.

## **OBJETIVOS**

La concreción de un PC aplicable en el ámbito del ABS para:

- Transmitir información en salud de calidad a la comunidad.

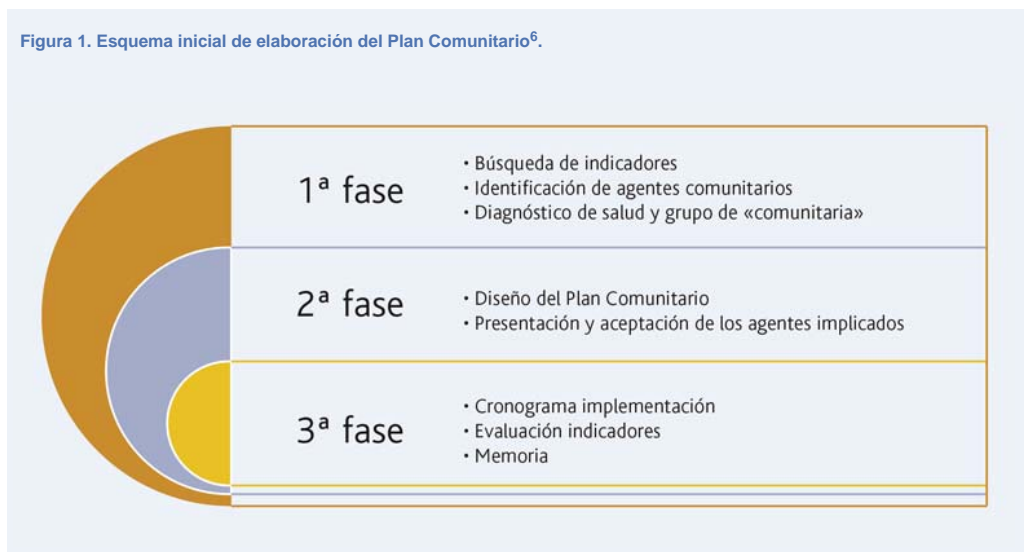
- Concienciar sobre la importancia de los hábitos de vida saludable.
- Implicación del tejido asociativo; conseguir un trabajo conjunto, coordinado y participativo entre profesionales de la salud y entidades locales y asociaciones comunitarias.
- Empoderar al individuo y a la comunidad como principales agentes de su salud.
- Impulsar las decisiones compartidas basadas en el diálogo entre agentes, combinando la evidencia científica con las preferencias y los valores de los pacientes y de las organizaciones sociales.
- Contribuir a la atención integrada dirigida a prevenir y promover la salud, y usar eficientemente los servicios sanitarios.

## METODOLOGÍA

Se inicia con la concreción del PC propio<sup>13</sup> coincidente temporalmente con la acreditación del ABS siguiendo criterios EFQM y el Decreto 86/2014, de la Generalitat de Catalunya.

Elaboración en el período 2013-2014 en tres fases (figura 1):

1. Búsqueda de indicadores de salud locales con el diagnóstico de salud correspondiente y la identificación de los agentes sociales comunitarios, como son los actores, los grupos de interés y la red social. Creación del grupo de AC del equipo, siendo relevante su líder o referente.
2. Diseño y presentación al equipo de AP y, posteriormente, a la comunidad de referencia. Consolidación del grupo de AC.
3. Evaluación del plan y elaboración de la memoria anual de AC. Evolución y adaptación anual del mismo<sup>14</sup>.



La actividad de los grupos de trabajo del equipo de AP y su esfuerzo de concreción, liderados por el comité de calidad del ABS, es clave en el éxito del PC.

Se priorizan los ejes generales de interés, según necesidades detectadas y objetivos del Plan de Salud 2011-2015 de la Generalitat de Catalunya:

1. Materno-infantil.
2. Niños y adolescentes.
3. Adultos.
4. Tercera edad.
5. Atención a la cronicidad.
6. Nuevas tecnologías y salud.

Los programas priorizados según el Plan de Salud de la Generalitat de Catalunya en nuestra experiencia han sido:

1. NEREU:

- Dirigido a prevenir el sedentarismo y la obesidad infantil implantando conductas saludables en actividad física y alimentación.
- Actores: niños, familias, profesionales del ABS; profesional de enfermería, que es impulsor y referente del programa; el resto de integrantes del servicio de pediatría y profesionales licenciados en actividad física y deporte. Apoyo de las instituciones provinciales.

2. Salud y Escuela:

- Potencia la coordinación de los servicios educativos y sanitarios en acciones de promoción de la salud y de atención al alumnado.
- Ejes de actuación: salud mental, afectiva y sexual, prevención del consumo de drogas y del desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, entre otros.
- Actores: enfermera referente del programa como profesional de enlace con la comunidad educativa, alumnos de ESO, profesorado y otros profesionales (figura 2).

**Figura 2. Ejemplos de actividades de Salud y Escuela.**



### 3. Programa Paciente Experto (atención especial a las patologías crónicas):

- Potencia la autorresponsabilidad de los pacientes y el autocuidado mediante la transferencia y el intercambio de conocimientos entre el paciente experto y el resto de los pacientes.
- Actores: paciente experto y grupo de pacientes que comparten una patología y profesionales referentes del ABS.

### 4. PAFES:

- Promociona el ejercicio físico en todos los grupos de edad, fomentando diversas actividades (figura 3).
- Participan grupos de pacientes, profesionales referentes de la ABS y entidades locales.

**Figura 3. Caminatas saludables y otras actividades del programa PAFES.**



### 5. PAPSf:

- Trabajo conjunto entre grupo de pacientes, profesionales referentes de la ABS y entidades locales (figura 4).

**Figura 4. Principales programas o planes comunitarios**



### 6. Jornadas de salud:

- Fomentar el autocuidado de la población. Trabajar conjunta, coordinada y participativamente entre profesionales, entidades y asociaciones. Apoyo imprescindible de los ayuntamientos de la zona, la implicación directa de los profesionales de salud del ABS y la colaboración de las entidades locales.
- Temas: salud pública y hábitos saludables, salud reproductiva y sexual, solidaridad y salud, urología, cardiología y riesgo cardiovascular, dermatología, endocrinología, genética, geriatría y cuidados paliativos, hematología, neumología, neurología, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, psicología, pediatría y salud escolar, aparato locomotor, salud y toxicomanías.

### 7. Celebración de días mundiales: Alzheimer, ejercicio físico, fibromialgia, sin tabaco, violencia de género, etc. Las asociaciones son primordiales para concretar y actualizar los días mundiales.

### 8. Otras actividades:

- Charlas en centros educativos.
- Grupos de crianza, masajes a bebés y preparación al parto.
- Participación en programas de radio locales.

La última etapa y no menos importante fue la colaboración municipal y de las entidades locales en su concreción, análisis y posterior difusión.

## RESULTADOS

- Programa NEREU: 2 ediciones (cursos 2014-2015 y 2015-2016), 15 familias, 22 charlas y 3 talleres por edición. Actividades realizadas en la sala de educación sanitaria del ABS y en locales/equipamientos municipales. Ya se ha iniciado la edición 2016-2017.
- Programa Salud y Escuela: 4 cursos escolares (desde el curso 2012) en los que se realizan 12 charlas de sexualidad, 4 de alcohol y 4 de alimentación por curso. Incluye la consulta semanal en el centro educativo de la enfermera referente.

- Programa Paciente Experto: 2 ediciones (desde 2014) para el tratamiento anticoagulante oral con la implicación de 15 usuarios. Las actividades se realizan en las salas de educación sanitaria de los diferentes consultorios del ABS. La edición 2016 del programa Paciente Experto se refiere al «paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)».
- Programa PAFES: actividad con 3 años de experiencia. Se han realizado 11 caminatas populares con 620 participantes; 6 charlas con 210 participantes; 5 talleres de marcha nórdica en los que han participado 20 pacientes y una exposición en un consultorio. Ciclos de actividades PAFES con periodicidad anual para todos los municipios del ABS. Actividades adaptadas a las características del municipio, de los participantes y de la entidad colaboradora en lo referente a: calendario (día y hora) o tipo.
- Programa PAPSF: 3 charlas con 80 participantes; 3 talleres con 80 participantes; 1 programa de radio y exposiciones en consultorios locales. Gestionado a través del profesional referente de tabaquismo. Periodicidad anual en los municipios más poblados desde 2013-2014.
- Jornadas de salud<sup>15</sup>: 12 ediciones en Alpicat, 7 en Torrefarrera, 3 en Rosselló, 2 en Corbins y 1 en Vilanova de la Barca. Constituidas por más de 100 actividades, la participación de 200 profesionales y con unos 150 asistentes por sesión. Destacan los temas tratados con un 20% en relación con la pediatría y la salud escolar, seguido con un 11% por salud pública y hábitos saludables. Esta actividad, decana de las AC en el ABS, se remonta al año 2004. Nació por el interés de dar forma a la colaboración entre el poder municipal, especialmente las concejalías de salud y social, y los profesionales sanitarios. Históricamente, se realizaban con periodicidad anual charlas o conferencias de temas diversos en los que participaban los profesionales sanitarios. Dichos profesionales acudían a los centros educativos o a las asociaciones como aportación comunitaria, pero a título individual. Evaluación de la edición 2016 mediante encuesta, según escala (0: nada; 1: poco; 2: bastante; 3: mucho), 23 encuestas válidas (74% mujeres, media 56,9 años). Ítems: importancia de los temas: 2,8/3; utilidad: 2,6/3; horario: 2,8/3; idoneidad del espacio físico: 2,7/3 y comprensión y claridad de los temas: 2,7/3. 87% recomendaría las actividades; 39% proponen otros temas y 9% apuntan elementos mejorables.
- Participación en 5 días mundiales por año y consultorio desde 2010.

## DISCUSIÓN

Nuestro centro de AP, hace unos años, se inició en la intervención comunitaria mediante actividades dirigidas a la prevención y la promoción de la salud.

Analizando las acciones realizadas, siguiendo la definición consensuada de AC<sup>16</sup>, no se cumplirían todos los criterios de inclusión, al menos en sus primeras ediciones; las AC se impulsaron, en un principio, desde los centros de salud de nuestro ámbito, y la comunidad fue implicándose en ellas de forma progresiva y aumentando su nivel de participación.

En nuestra experiencia, lo más valorado, por todos los agentes implicados, de este conjunto de AC es su evidente contribución a reforzar y estrechar el vínculo entre los profesionales de la AP, las entidades y las asociaciones locales y su comunidad de referencia. Una muestra de su aceptación es la amplia participación en las actividades en los distintos municipios, su mantenimiento y consolidación a lo largo de los años y los datos de su incipiente evaluación. La duración media de nuestras actividades supera estudios similares que la fijan en 4 años. La creación de estos espacios de encuentro ha facilitado la interrelación y la formación de grupos de pacientes con patologías afines, generándose grupos reducidos para la práctica de ejercicio físico y el intercambio de información sobre determinadas patologías.

Las AC suponen una oportunidad más para tratar los problemas de salud cuyo origen se sitúa en el entorno relacional, laboral o socioeconómico cuyo abordaje desde las consultas contribuye a aumentar la medicalización, dependencia e hiperdemanda en la población, además del desgaste e insatisfacción personal del profesional.

La inevitable dependencia al voluntarismo de los profesionales es una debilidad del programa en su implementación a largo plazo y en su replicación en otros territorios; una de las principales limitaciones de este tipo de procesos que, además, provoca inestabilidad, cansancio e interferencias en las tareas habituales. Urge plantear el modelo de reconocimiento del sistema sanitario a aquellos profesionales que fuera de su jornada laboral dedican parte de su tiempo a AC<sup>17</sup>.

Se constata que las AC son un pilar básico del sistema sanitario y así se refleja en titulaciones como «familiar y comunitaria», pero ¿es eso suficiente? Para impulsar la promoción de la salud, debemos revisar desde el nivel gerencial a los profesionales asistenciales, a fin de precisar más los roles comunitarios, mejorar la formación en dinámicas de trabajo en equipo y, todo esto, fomentado con mayor formalización y reconocimiento, y dedicando más recursos a investigación del impacto de estas intervenciones. Un cambio global que implica potenciar la AP, la salud pública y su coordinación para concretar en el empoderamiento en salud, la intersectorialidad, el trabajo en equipo, la creación de entornos saludables, la equidad en salud, la gobernanza territorial y la participación, como se apunta en estudios relevantes<sup>17,7</sup>.

Somos conscientes de las dificultades procedentes del sistema o de los propios profesionales para evaluar la efectividad de estas intervenciones<sup>7,18</sup> y su impacto en salud. Un elemento importante que hemos relegado por su complejidad metodológica, limitándonos a observar, más o menos subjetivamente, cómo nuestras intervenciones mejoraban los registros de vacunaciones, de actividad física, de dieta saludable o de cese del hábito tabáquico, todo ello relacionado, en parte, con una mejora del autocuidado de los pacientes.

Estamos evaluando si la transmisión de información contrastada por parte de los profesionales, directa y participativamente en temas de salud, genera un *feed-back* de la población de referencia en pro de la autorresponsabilización y el autocuidado en salud, con el resultado de transformar las demandas de nuestros usuarios hacia una mayor eficiencia del sistema sanitario y una mejora en la calidad asistencial<sup>7,19</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Disponible en: [www.pacap.net](http://www.pacap.net)
2. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bullete O, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:94-104.
3. Hoffman DJ. Early nutrition and adult health: Perspectives for international and community nutrition programs and policies. *Nutr Res Pract.* 2010;4:449-54.
4. Malaga AM, Salas D, Sala T, Ponce M, Goicoechea M, Andrés M, et al. Programa de cribado de cáncer colorrectal de la comunidad valenciana. Resultados de la primera ronda: 2005-2008. *Rev Esp Salud Pública.* 2010;84:731-43.
5. Winslade N, Taylor L, Shi S, Schuwirth L, Van der Vleuten C, Tamblyn R. Monitoring community pharmacist's quality of care: A feasibility study of using pharmacy claims data to assess performance. *BMC Health Serv Res.* 2011;11-12.
6. Wayt Gibbs W. Medicine gets up close and personal. *Nature.* 2014;506:144-145.
7. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria.* 2005;35(9):478-83.

8. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, López Fernández LA. Las AC en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de AC (PACAP). *Aten Primaria*. 2002;29(1):26-32.
9. Nebot C, Pasarin M, Canela J, Sala C, Escosa A. La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Aten Primaria*. 2016;48(10):642-8.
10. Gobierno vasco. Cuadernos de trabajo Udalsarea 21. Salud y Desarrollo Urbano Sostenible. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo. [Internet.] Abril 2014. Núm. 17. Disponible en: <http://www.udalsarea21.net/Publicaciones/ficha.aspx?IdMenu=892e375d-03bd-44a5-a281-f37a7cbf95dc&Cod=c7b41c06-c532-4925-a64b-06a248edcfc9&Idioma=es-ES&Tipo=>
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. [Internet.] Madrid; 2015. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia\\_implementacion\\_local.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf)
12. NHS London Healthy Urban Development Unit. Healthy Urban Planning Checklist 2014. London: London Healthy Urban Development Unit; 2014. [Internet.] Disponible en: <http://www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/04/Healthy-Urban-Planning-Checklist-March-2014.pdf>
13. Catalunya Gd. La salut comunitària a Lleida: un camí necessari per millorar la salut de les persones. Noticias. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Salut; 2015.
14. Arbusà I, Àvila A, Blay C, Brosa F, Cabezas C, Capellà G, et al. Propostes per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Grups de treball de la 4a Jornada del Pla de salut. Propostes. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Salut; 2015. Report No.: 1.
15. Roca C, Rodríguez R, Astals M, Mas L, Al-jouja L. Una dècada de Jornades de Salut. *Comunidad*. 2016;18(1):6.
16. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J, et al. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011;43:289-96.
17. Cabeza E, March S, Cabezas C, Segura A. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza... *Gac Sanit*. 2016;30(S1):81-6.
18. Macintyre S. Good intentions and received wisdom are not good enough: the need for controlled trials in public health. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:564-7.
19. March S, Jordán M, Montaner I, Benedé CB, Elizalde L, Ramos M, y el grupo del Proyecto frAC. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: proyecto frAC. *Gac Sanit*. 2014;28(4):267-73.

[Volver](#)

Un plan de salud comunitario, ¿por qué y para qué?

*Carlos Roca Burillo, Mireia Astals Bota, Joana Garcia Hinojosa y Carmen Estela Abad*

*Comunidad Mayo 2017;19(1):7*

ISSN: 2339-7896

## COMENTARIOS

### Dejar un comentario

0  
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar