

ORIGINALES

Mapea Ciudad Real: una experiencia de mapeo de activos para la salud en la comunidad

Fernando Abadín López. CS Collado Villalba Estación. Madrid.

Francisco Javier Gómez. Técnico de Salud Pública de la Gerencia en Atención Integrada de Ciudad Real.

Para contactar:

Fernando Abadín López: ref_fal@hotmail.com

RESUMEN

Objetivos: crear un grupo promotor multiprofesional, formar a los residentes de Medicina Familiar en salud comunitaria, identificar activos que contribuyan a mejorar o preservar la salud poblacional e incluir dichos activos en un mapa *on-line*.

Métodos: identificación de activos mediante técnicas cuantitativas (fichas de activos recogidas en buzones físicos y *on-line*) y cualitativas (observación directa y en bases de datos, mapa mudo, entrevistas en profundidad y grupo focal con las asociaciones).

Resultados: se identificaron 1.350 activos: 75 activos físicos (espacios físicos, locales públicos o privados) y 1.275 asociaciones. Se creó un mapa de activos y se difundió en los centros de salud y en redes sociales.

El grupo focal con las asociaciones puntuó el nivel de salud percibida (media de 5,5), señaló su aportación a la comunidad (actividades de prevención, información, asesoramiento, voluntariado, intervención social) y mostró sus necesidades (descoordinación de recursos sociosanitarios, escasez de planes preventivos, falta de empatía de los profesionales).

Conclusiones: el proyecto de mapeo constituye un punto de partida que pretende fomentar el desarrollo de la salud comunitaria en Ciudad Real. Ha servido para conectar activos entre sí, ha aumentado la visibilidad de su trabajo diario y mejorado el conocimiento que tanto profesionales de la atención sociosanitaria como la población general tienen acerca de los recursos de salud de su comunidad.

Palabras clave: salud comunitaria, participación de la comunidad, desarrollo comunitario.

MAPEA CIUDAD REAL: HEALTH ASSET MAPPING IN COMMUNITY

Abstract

Objectives: create a multiprofessional promoter group, train family medicine residents in Community Health, identify assets that contribute to improve or preserve population health and include assets in an online map.

Methods: identification of assets using quantitative (asset cards collected in physical and online mailboxes) and qualitative (direct observation and in databases, silent map, in-depth interviews and focus group with associations) techniques.

Results: a total of 1350 assets were identified: 75 physical assets (physical spaces, public or private premises) and 1275 associations. An asset map was created and disseminated in health centres and on social networks.

The focal group with the associations scored the level of perceived health (average of 5.5), indicated its contribution to the community (prevention activities, information, counselling, volunteering, social intervention) and revealed its needs (lack of coordination of social and health resources, shortage of preventive plans, lack of empathy from professionals).

Conclusions: the mapping project is a starting point that aims to promote development of Community Health in Ciudad Real. It has served to connect assets to each other, increasing the visibility of their daily work and improving the knowledge that both social and healthcare professionals and the general population have about their community's health resources.

Keywords: Community Participation, Public Health, Social Planning.

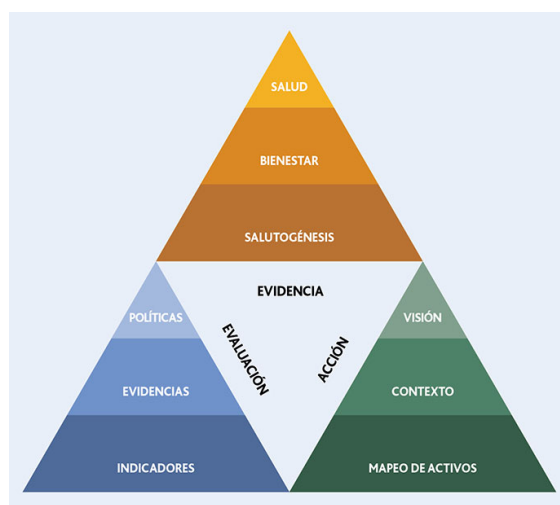
INTRODUCCIÓN

El objeto principal de los sistemas sanitarios es, en teoría, la salud de la comunidad, que puede definirse como la capacidad de adaptación positiva a los cambios del entorno en el ámbito colectivo, teniendo en cuenta los determinantes sociales existentes en cada comunidad¹. Sin embargo, en la mayoría de las zonas básicas de salud (ZBS), la estrategia que se aplica es la de solventar los problemas de salud y enfermedad por los que consultan de manera individual los pacientes en los centros de salud y servicios de urgencias.

Este modelo, basado en el déficit, se centra desproporcionadamente en los enfoques que proponen la solución de la patología en cuestión², potenciando el consumismo, la medicalización y la dependencia del sistema sanitario y de los servicios sociales³. Implica, consecuentemente, el ofrecimiento de una cartera de servicios y la evaluación de su eficiencia midiendo resultados en salud.

El modelo de activos desarrollado por Morgan y Ziglio en 2007 fue propuesto como una manera de revitalizar elementos relacionados con las acciones, las evidencias y las evaluaciones en promoción de salud y aporta una perspectiva que fomenta la reorientación de la propia comunidad según el contexto, centra los recursos en aquello que mejora la salud, potencia la equidad y fortalece sus decisiones sobre la raíz de las causas⁴ (figura 1). En primer plano se pone la capacidad de generar salud (perspectiva salutogénica)⁵, en vez de la de paliar la enfermedad. Según este modelo, un activo para la salud es cualquier recurso de la comunidad que fortalece la habilidad de las personas, grupos o poblaciones para mantener y mejorar su salud y bienestar⁴. Además, en contraste con el modelo tradicional, contempla la existencia de otros determinantes de salud al margen de los puramente biológicos (por lo cual la salud de la comunidad está directamente influida por factores sociales y económicos, además de los puramente biológicos y ambientales) y transforma a los pacientes en auténticos vectores de salud promoviendo que la población sea coproductora más que simple consumidora de recursos de salud, y contribuye a disminuir la excesiva dependencia de la población de las instituciones sanitarias.

Figura 1. Modelo de activos para la salud pública



Modificada de: Cofiño R, et al.³

La elevada presión asistencial que soporta el equipo de Atención Primaria puede ser el motivo que explique la mínima actividad en áreas de atención a la familia y a la comunidad, como los programas de prevención y promoción de la salud llevados a cabo desde la Atención Primaria¹. La docencia en lo que a salud comunitaria se refiere es escasa o nula en las facultades de medicina, algo mayor en enfermería, y tampoco existe ese enfoque comunitario en cuanto a la residencia de los médicos de familia en formación. En cuanto a los profesionales de salud pública, son diversos y suelen estar alejados de los centros de salud. La coordinación entre ambos profesionales es vital para potenciar el desarrollo de intervenciones en salud comunitaria⁶. La escasa orientación comunitaria real de la Atención Primaria y la marginalidad de los servicios de salud pública contribuyen a la fragmentación del sistema sanitario⁷. Una posible área de mejora que favorecería al acercamiento de la comunidad al conjunto de los profesionales sanitarios es la formación de especialistas con un mejor perfil comunitario⁷.

El mapeo de activos se postula como una herramienta necesaria para comenzar a realizar actividades en la comunidad y busca un enfoque de salud positiva, que intenta descubrir aquello que aporta salud, en vez de aquello que causa enfermedad. Si no conocemos los recursos de los que dispone nuestra comunidad, no podremos emplearlos adecuadamente ni darles la difusión necesaria para que lleguen al mayor número de personas. Además, entre los beneficios del mapeo, se incluye la posibilidad de prescripción social en consulta y la labor de visibilizar e interconectar los activos para la salud entre sí.

Buscando antecedentes de actividades comunitarias en nuestra ZBS, nos encontramos con la existencia durante la década de 1990 de un consejo o mesa de salud, donde diferentes representantes de la sociedad civil mantenían reuniones periódicas con representantes de los profesionales dedicados a la asistencia sociosanitaria a modo de «mesa comunitaria». Los motivos por los que dejaron de reunirse no están bien dilucidados. Si bien no hemos encontrado experiencias de mapeo de activos en la provincia de Ciudad Real, sí podemos citar otros ejemplos a nivel nacional, como los primeros mapeos desarrollados por el Observatorio de Salud de Asturias³ o Mapeando Carabanchel Alto⁸.

OBJETIVOS

1. Crear un grupo promotor multicéntrico de diferentes centros docentes (Centro de Salud 1 y 3, Servicio de Medicina Preventiva del Hospital General Universitario de Ciudad Real, Dirección General de Salud Pública de Ciudad Real) coordinado por la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria.
2. Coordinar a los diferentes profesionales de atención sociosanitaria para la realización de un mapeo de activos para la salud.
3. Formar a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria involucrados en el proyecto en la metodología de mapeo de activos para la salud.

4. Realizar un mapeo de activos para la salud de forma participada y trabajando en red con los diferentes recursos.

MÉTODOS

Estudio de investigación cuantitativa y cualitativa en el que se mapean los activos en salud desde diciembre de 2017 a mayo de 2018 en dos de las tres zonas de salud básicas existentes en Ciudad Real capital. Dado que la limitación de estas zonas no era operativa, se decidió ampliar a todo el municipio de Ciudad Real capital, y se cubrieron las tres zonas básicas de salud. Se planeó un cronograma para la realización del proyecto en el cual se delimitaban los periodos de las diferentes fases (tabla 1).

Tabla 1. Cronograma

TAREA	AÑO			2017			2018			
	D	E	F	M	A	M	D	E	F	
Curso de salud pública y comunitaria	X	X								
Reunión con trabajadoras sociales	X	X	X							
Rotación de los residentes en los servicios de salud pública y medicina preventiva			X	X						
Presentación del buzón <i>on-line</i> mediante métodos <i>on-line</i> (redes sociales, correo electrónico)		X	X	X	X					
Exposición del proyecto y presentación del buzón físico en el centro de salud		X								
Recogida de datos		X	X	X	X					
Redacción informe final/resultados							X	X		
Comunicación/lectura en sesión de residentes del hospital y en sesión docente de Centro de Salud 1										X

Inicialmente se realizó la formación de los dos residentes encargados de llevar a cabo el proyecto, pertenecientes a los Centros de Salud 1 y 3 de Ciudad Real. Estos realizaron una rotación por los servicios de salud pública y medicina preventiva (Secciones de Promoción de la Salud y Epidemiología) y recibieron un curso por parte de los profesionales del servicio de preventiva y de salud pública para su capacitación en herramientas de salud comunitaria. El curso consistió en cuatro sesiones formativas durante cuatro viernes consecutivos, en los que se abordó: la búsqueda de activos para el abordaje comunitario en Atención Primaria; los tipos de estudios en la comunidad; nociones de salud pública y salud comunitaria, y nociones de promoción y educación para la salud. Cabe mencionar que el material didáctico utilizado en este curso (al igual que otros documentos generados durante la realización del proyecto) se alojó en la dirección web de la unidad docente para facilitar el acceso a esta información a residentes y resto de profesionales interesados en el mapeo.

Paralelamente, se creó un grupo promotor que incluía representantes de los distintos profesionales implicados en la atención sociosanitaria (dirección médica, servicio de salud pública, unidad de calidad, trabajadoras sociales, médicos de atención familiar y comunitaria, medicina preventiva y servicio de investigación, docencia, formación, calidad y biblioteca) que enfocaron las acciones a realizar basándose en el cuestionario Wakefield⁹ para delimitar las fases del proyecto. El proceso mediante el que se contactó con los recursos institucionales se realizó mediante correo institucional desde la unidad docente y fue llevado a cabo por el técnico de salud pública de la Unidad de Investigación, Docencia, Formación y Calidad de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Estos agentes fueron los encargados de hacer el trabajo de campo mediante técnicas de exploración cuantitativa y cualitativa. Se realizaron un total de seis técnicas que se enumeran a continuación.

- 1. Observación:** durante la práctica diaria de los residentes y en las reuniones que se mantuvieron entre residentes, trabajadoras sociales y técnico de salud pública, se observaron comportamientos de las personas, utilización y disposición de recursos en la comunidad.
- 2. Fichas de activo de salud:** se recogieron de forma anónima en dos buzones físicos puestos en el área administrativa de los dos centros de salud a los que pertenecían los residentes implicados en el proyecto y de forma virtual en el buzón *on-line*, usando la tecnología de formularios Google. Además de haber fichas colocadas al lado de los buzones para que fueran rellenadas por la población, se repartieron fichas entre los médicos de los centros de salud para que pudieran rellenarse en la misma consulta a medida que se iban descubriendo recursos, depositándose luego estas fichas en el buzón o entregándolas directamente a los residentes implicados en el proyecto. Tanto en los buzones físicos como en el buzón *on-line*, las variables de los datos obtenidos catalogaba el activo para la salud en: a) recursos de asociaciones/organizaciones; b) espacios físicos; c) locales públicos, y d) locales privados.
- 3. Mapa mudo:** durante la primera reunión que mantuvieron los dos residentes con las dos trabajadoras sociales de sus respectivos centros, se presentó un mapa de las calles de la zona en los que se identificaron someramente los activos para la salud que estas consideraban más importantes por la frecuencia con la que referían estos activos en las consultas de trabajo social.
- 4. Bases de datos:** se consultaron de forma sistemática los catálogos, webs, redes sociales y otras bases de datos disponibles a nivel local, provincial y autonómico.
- 5. Entrevista en profundidad a agentes clave:** entrevista cara a cara en las que el residente preguntó sobre la tarea que los agentes clave llevaban a cabo y que podían ser importantes para la comunidad (mejoras, aspectos positivos de su tarea, etc.).
- 6. Grupo focal con las asociaciones:** encuentro entre 19 representantes de asociaciones seleccionadas por el grupo promotor, en el cual se identificaron activos para la salud, se valoró su autopercepción de salud y se les preguntó acerca de lo que aportaban a la comunidad y cuáles eran sus necesidades

percibidas. En cuanto al proceso de captación, se contactó con ellos mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas a los datos oficiales de las asociaciones, respetando su voluntariedad de participar. En este primer contacto se les pasó un formulario previo al encuentro para ir preparando la reunión y obtener información acerca de nuevos activos para incluir en el mapa (tabla 2).

Tabla 2. Formulario cerrado previo a la reunión del grupo focal

¿Conoce algún activo en su barrio o comunidad? Responda Sí o NO
¿Podría enumerar 10 activos y su ubicación en el municipio de Ciudad Real que crea que le aportan salud?
¿Sabría detallar el tipo de recurso que es cada uno de ellos: individual, asociación formal, físico, económico, cultural, institucional u otro?
¿Sabría detallar qué le aportan a usted esos activos?

La reunión se llevó a cabo en una sala polivalente del Hospital General Universitario de Ciudad Real, y se contó con la ayuda del Servicio de Información y Atención, así como con la presencia de la subdirectora médica del hospital universitario. Dado el número de representantes que asistieron, fue necesario hacer dos grupos (de 8 y 11 representantes de asociaciones respectivamente, acompañados de dos observadores y un moderador por grupo, pertenecientes al grupo promotor). El moderador dirigió la sesión con preguntas estímulo semiestructuradas, orientadas a definir una serie de dimensiones: conocimiento de activos para la salud, salud percibida a nivel general (se midió en una escala numérica del 1 al 10), aspectos positivos que aportan a la comunidad y necesidades encontradas desde el punto de vista de la asociación que representaban. Tras el encuentro, se volvió a reunir el grupo promotor para la elaboración de un informe redactado por los observadores de los dos grupos, del cual se extrajeron las conclusiones y los nuevos activos descubiertos con esta técnica. No hubo una siguiente reunión con las asociaciones, y estas no participaron en la evaluación del grupo focal, pero sí se les transmitió las conclusiones de la reunión por correo electrónico.

Los activos identificados a partir de todas las técnicas se incluyeron en el mapa de activos realizado sobre una plantilla de Google Maps (figura 2), al cual se puede acceder desde la página web de la unidad docente.

RESULTADOS

El grupo promotor multidisciplinar estaba formado por los dos residentes y las dos trabajadoras sociales de los Centros de Salud 1 y 3, el técnico de salud pública del Servicio de Investigación, Docencia, Formación y Calidad, y dos profesionales del Servicio de Información y Atención al Usuario del Hospital General Universitario de Ciudad Real. La participación de profesionales de la Dirección Médica, la Dirección Provincial de Salud Pública y del Servicio de Medicina Preventiva fue activa y estuvo presente en diferentes fases del proyecto, aunque no formaron parte del grupo promotor.

En cuanto a las técnicas utilizadas mediante los buzones físicos, se recogieron un total de 45 fichas de activos y tan solo dos fichas en el buzón *on-line*. El resto de activos se identificaron mediante la observación directa y la consulta de las bases de datos por parte de los residentes, y mediante la realización de las demás técnicas cualitativas (mapa mudo, entrevistas en profundidad y grupo focal con las asociaciones). El mapa mudo, realizado en la primera reunión entre residentes y trabajadoras sociales, logró identificar 14 activos. Se realizaron dos entrevistas, una a la trabajadora social y otra a una médica de familia del centro de salud. Cabe destacar que no se hicieron entrevistas a otros profesionales, como administrativos o enfermeras, y que las entrevistas carecían de guion previo.

En el grupo focal, aparte de identificarse activos mediante los formularios previos a la reunión, se señalaron aspectos positivos que aportan a la comunidad (actividades de prevención, información, asesoramiento, voluntariado, intervención social, etc.) y las necesidades que percibían (déficit y descoordinación de recursos sociosanitarios, mayor énfasis en planes preventivos, atención deficiente y falta de empatía de los profesionales de salud). Esta información fue recogida por los observadores presentes en cada grupo.

En cuanto a la valoración de su autopercepción de salud mediante una escala numérica del 1 al 10, los resultados arrojaron una puntuación media de 5,5 (dado que la mayoría de las asociaciones participantes representaban a colectivos de personas afectadas por algún tipo de patología). Además, se hicieron varias propuestas de mejora, como la creación de recursos intermedios (vivienda, empleo, apoyo a familias), mejorar la coordinación entre los activos mediante una plataforma de encuentro entre asociaciones, potenciar el ocio alternativo (ofreciendo a nuestros jóvenes opciones diferentes al alcohol y drogas), favorecer el voluntariado (haciendo hincapié en el intercambio generacional), etc.

En total se identificaron 1.350 activos de salud, que se clasificaron según se tratara de: a) recursos de asociaciones/organizaciones; b) espacios físicos; b) locales públicos, y d) locales privados. De los 1.350 activos de salud identificados, 75 eran activos físicos (espacios físicos, locales públicos o privados) y 1.275 eran asociaciones. Se incluyeron todos los activos físicos identificados en los buzones y en el grupo focal y las asociaciones que tenían un espacio físico concreto de reunión o atención a la población. Las asociaciones que carecían de ello no fueron incluidas por no poder situarlas en el mapa. La inclusión de los activos fue revisada por los residentes encargados del proyecto para evitar duplicidades y corroborar la información recogida en las fichas de activos, previamente a la reunión con el grupo promotor. Una vez consensuado por el grupo promotor los activos que se debían mapear, se incluyeron un total de 102 (tabla 3).

Tabla 3. Activos identificados según el tipo en el municipio de Ciudad Real

Figura 2. Mapa *on-line* de activos en salud de Ciudad Real

Tipo de activo	N
Asociación de pacientes	11
Institucional	7
Asociación (ONG)	2
Deporte	21
Educativo	4
Espacio físico (plaza)	2
Parques	15
Profesional sanitario	5
Salud	23
Tercera edad	12
Total	102



Por último, se dio visibilidad al mapa a través de internet en redes sociales y mediante correo institucional a los profesionales sanitarios del área. Cuando se terminó el mapeo, se reunió el grupo promotor para realizar un informe, donde se desarrollaron los resultados del mapeo y del resto de técnicas usadas en el estudio¹⁰.

DISCUSIÓN

El proyecto de Mapea Ciudad Real constituye un punto de partida que pretende fomentar el desarrollo de la salud comunitaria en Ciudad Real. Por una parte, el mapeo se engloba en un proyecto más grande (Mi Comunidad en la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real), perteneciente al Servicio de Investigación, Docencia, Formación y Calidad. Por otra parte, se propone formar a los residentes en salud comunitaria con ayuda del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Entre las principales dificultades encontradas, que son aspectos a mejorar o a prever en futuros proyectos de estas características, se encuentran:

- La escasa proporción de activos identificados secundariamente a la participación ciudadana (la mayoría fue identificada por miembros del grupo promotor, principalmente los residentes). Esta reducción tan llamativa del número de activos incluidos con respecto a los identificados puede deberse a la inclusión inicial de todas las asociaciones registradas en el municipio de Ciudad Real, cuando muchas de ellas están obsoletas o son poco activas.
- La puesta en práctica la metodología de Wakefield⁹ precisa de más tiempo para su implementación, tras el mapeo, como una reorientación de la forma de trabajar a nivel local y de una formación intensa de los diferentes agentes de salud.
- Para la valoración de la autopercepción de salud, la mayoría de las asociaciones seleccionadas son asociaciones de pacientes. Tras el muestreo aleatorio inicial y por la dificultad de contactar con algunas asociaciones, participan las más accesibles, así como las más proactivas. Este potencial sesgo de selección resta representatividad de la comunidad, pero a cambio logra realizar un encuentro con 19 representantes de asociaciones.
- Existe un bajo número de fichas de activo obtenidas mediante el buzón *on-line*, probablemente por la obligación de registrarse en el sistema para poder rellenarlas y/o por la baja difusión del proyecto mediante redes sociales *on-line*.
- Aunque inicialmente estaba previsto incluir los activos en el mapa LOCALIZA (aplicación web de libre acceso del Ministerio de Sanidad, que se enmarca dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud), la demora en la adhesión del municipio de Ciudad Real a la Estrategia condicionó que se registraran de manera alternativa en la aplicación de Google Maps para poder cumplir el cronograma, y así acceder desde la página web de la unidad docente.

Como fortalezas identificamos que ha servido para conectar a activos entre sí, así como para aumentar la visibilidad del trabajo diario de las asociaciones incluidas y facilitar la expresión de sus opiniones. También el conocimiento de los activos ha permitido comenzar a prescribirlos desde la consulta, ahorrando tiempo y recursos para obtener esta información. Además, el compromiso de adhesión a medio plazo a la Estrategia de Promoción de la Salud y la continuidad en los años próximos del proyecto Mi Comunidad en la Unidad Docente auguran un futuro prometedor en este campo.

Por los resultados obtenidos (el trabajo en red multidisciplinar, la formación de residentes en la competencia comunitaria, la interacción entre los activos incluidos en el proceso y la prescripción social de los activos registrados) y por los compromisos consistoriales de adhesión a la Estrategia y la consiguiente constitución de una mesa intersectorial y de la Unidad Docente de Formación en la competencia comunitaria en los próximos años, podemos considerar que el mapeo de activos para la salud es una excelente herramienta para mirar con optimismo la salud comunitaria en Ciudad Real.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Romero FJ, Chacón Caso P, Casado Vicente V, Cerezueta F. Percepción de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el programa formativo de la Especialidad. *Rev Clin Med Fam.* 2012;5(1):17-24.
2. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: EASP; 2013.
3. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, Paredes-Carbonell JJ, et al. Informe SESPAS 2016. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30(Supl 1):93-8.
4. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.* 2007;Suppl 2:17-22.
5. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11:11-8.
6. Pasarín Rúa MI, Miller R, Segura Benedicto A. Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Aten Primaria.* 2008;40(3):115-7.
7. Martínez Ferrer MS, Segura Benedicto A. Situación y perspectivas laborales de los técnicos de salud de atención primaria de Cataluña. *Gac Sanit.* 2007;21(3):261-3.
8. Mapeando por Carabanchel Alto [Internet]. España. [Consultado: 2018 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://mapeandoporcarabanchelalto.blogspot.com/>.
9. Growing communities from the inside out. Piloting an asset based approach to JSNAs within the Wakefield District: methods and findings. [Internet.] NHS Wakefield District. [Consultado: 2018 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.champspublichealth.com/writedir/880cWakefield%20Growing%20Communities%20from%20the%20Inside%20Out%20-%20JSNAs%20in%20the%20Wakefield%20District.pdf>.
10. Felt E, Carrasco JM, Vives-Cases C. Metodología para el desarrollo de un resumen de evidencia para políticas en salud pública. *Gac Sanit.* 2018;32(4):390-2.

Volver

Fecha de recepción: 16 de mayo de 2018 Fecha de aceptación: 23 de septiembre de 2018

Mapea Ciudad Real: una experiencia de mapeo de activos para la salud en la comunidad

Fernando Abadín López y Francisco Javier Gómez

Comunidad Febrero 2019;21(1):2

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar