



SALUD, EQUIDAD Y ASEGURAMIENTO UNIVERSAL PARA LOS MÁS POBRES Papel de Trabajo M.E.I.L. , Nro. 07

HEXAGON CONSULTORES,¹

Enero 31, 2006

PRESENTACION:

Hexagon Consultores con el auspicio de la Cooperación Suiza para el Desarrollo pone en su consideración el séptimo número del Memorando Económico de Investigación Legislativa M.E.I.L. El propósito del M.E.I.L. es presentar un análisis económico claro, objetivo e imparcial de las leyes, proyectos de ley, reglamentos a leyes y decretos que están en debate y que, de ser aprobados, tendrán efectos sobre el bienestar de la población, especialmente de la más vulnerable. Como en la primera entrega, Usted y un grupo de aproximadamente 1.500 destinatarios selectos, pertenecientes a los tres poderes del Estado, medios de comunicación, universidades y centros académicos, ONGs, organismos de cooperación, Iglesias, líderes y analistas, han recibido y recibirán un resumen de nuestros papeles de trabajo y análisis sobre temas relacionados con lo económico y lo social. Le invitamos a visitar la página www.hexagon.com.ec, donde Ud. podrá participar en los foros virtuales sobre cada temática, con sus comentarios, opiniones y recomendaciones sobre los temas en discusión. Sus opiniones sobre nuestros primer y segundo números ya constan y han sido electrónicamente sistematizadas y serán trimestralmente enviadas a usted por medio electrónico a manera de alcance a los correspondientes documentos de análisis. Asimismo, este análisis más extenso del tema ha sido puesto en sus manos a través de nuestra página web y/o correo electrónico. Esperamos que este documento y el foro virtual constituyan, con su participación y uso, una herramienta y un espacio para la discusión informada y técnica sobre los temas legislativos de mayor debate en Ecuador.

LOS EDITORES

Introducción

Esta séptima entrega del Memorando Económico de Investigación Legislativa (M.E.I.L.) analiza la economía y regulación del Sector Salud de Ecuador que resulta clave abordar con miras a un efectivo cumplimiento de los Objetivos del Milenio, en particular en lo relativo a la equidad en el acceso (a través del aseguramiento a los servicios de salud de la población).

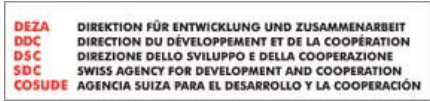

El tema central tratado en este informe es la necesidad económica de proceder a estudiar reformas jurídicas al sector que faciliten el financiamiento, operatividad y éxito del Programa de Aseguramiento Universal de la Salud (PROAUS), proyecto bandera del actual gobierno como parte de la agenda para el pago de la deuda social "Por un Ecuador Solidario", y cuya primera fase de implementación inicia, precisamente, el mes próximo.

El enfoque que de este séptimo número de M.E.I.L. parte del fracaso de varias reformas iniciadas en las décadas pasadas en el país (se muestran algunos indicadores de gestión y eficacia aún débiles). El que AUS no fracase dependerá, en buena parte, de la existencia de un marco jurídico que permita superar los obstáculos de economía política y administración de recursos que le serán generados durante su implementación por los distintos actores.

El objetivo de tratar este primer tema social de M.E.I.L. proviene de la necesidad de aportar con un punto de vista ciudadano informado que contribuya a que este proyecto no sea solo una bandera de gobierno, sino parte de una política de un Estado que necesita aseguramiento universal en salud. Quienes hacemos esta publicación esperamos aportar con ideas que protejan técnicamente un proyecto nacional que de seguro

¹ Publicación de Hexagon Consultores desarrollada con auspicio de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación, COSUDE, como parte del Proyecto M.E.I.L. El contenido de este documento puede ser libremente reproducido siempre y cuando se cite su procedencia. Las opiniones expresadas son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente el punto de vista de los auspiciantes.

Comentarios: 
WWW.HEXAGON.COM.EC

Auspicia:  
WWW.COSUDE.ORG.EC



estará pronto sujeto a los más diversos vaivenes políticos. Una reforma legal es, en ese sentido, una pieza importante que si bien no garantiza su supervivencia en el tiempo, al menos contribuye para poner cimientos fuertes y parar la casa en la roca institucional que el aseguramiento universal de salud amerita.

De este modo, en la primera parte de este informe se presenta un elemento jurídico clave no sólo para el éxito del AUS sino principalmente para enrumbar las acciones del sector. En la segunda sección, se evalúan los progresos así como también las inequidades persistentes en el Sector de la Salud, como una forma de informar el debate de los sectores políticos y ciudadanos. En base a dicho análisis, se propone una alternativa para mejorar la distribución de los recursos fiscales y llegar con mayor eficacia a quienes han quedado relegados de los avances en esta materia. Como siempre, le invitamos a que nos haga llegar sus opiniones, comentarios y sugerencias a través del foro disponible en nuestra página web: www.hexagon.com.ec.

Análisis Jurídico

La reforma del Sector de la Salud, durante la última década, ha tenido resistencias y ha generado conflictos entre sus propios actores y los de otros ámbitos (sociales y políticos). Estas pugnas se han originado en los diversos intereses que los distintos actores defienden. La falta de diálogo real y una propuesta aceptable, no sólo desde lo técnico, sino también desde lo político, jurídico, económico y administrativo, ha impedido conseguir cambios que apuntalen el cumplimiento de los objetivos consignados en la Constitución de la República y las leyes conexas.

Uno de los puntos más conflictivos ha sido la desconcentración del sistema de servicios del Ministerio de Salud Pública, al igual que la descentralización de los servicios financiados por el Gobierno Central y la Seguridad Social, principalmente. Otro segundo rubro de conflicto ha sido la necesidad y esfuerzo por mejorar la focalización de los gastos e inversiones.

Aunque la Constitución de la República, Artículo 42, manda que “el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección (...) y la posibilidad de acceso (...) a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”, ante la falta de un marco jurídico que la complemente en el “cómo” (por ejemplo, a través de la regulación estable de una iniciativa de largo plazo como el aseguramiento universal de salud), es evidente que no se ha cumplido.

No se requieren, a nuestro entender, cambios constitucionales para poner en marcha un sistema estable, pues el Artículo 45 de la Constitución dispone que el Estado organice un Sistema Nacional de Salud, a integrarse con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias que funcione de forma descentralizada, desconcentrada y participativa.

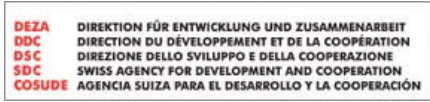

El mecanismo de Aseguramiento Universal de Salud puede partir, y de hecho, parte, de este mandato. Sin embargo, requiere soluciones jurídicas para conjuntar su estrategia, desde la Presidencia de la República y la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio (SODEM), con la estrategia de desconcentración, mecanismo por el que el nivel central del Ministerio de Salud Pública delega atribuciones y recursos a los niveles provinciales y locales y que a pesar de los tropiezos, ha avanzado con la regionalización de los servicios a través de las áreas de salud.

También se requiere definir jurídicamente los términos con los cuales se logrará coordinar los dos procesos anteriores con la descentralización de los servicios de salud que, gracias a la Ley de Descentralización, también ha tenido ciertos adelantos liderados, principalmente, por los gobiernos locales de Quito y Guayaquil, amén de otros cantones más pequeños pero con experiencias valiosas y recuperables.

Por lo demás, el Sector de la Salud continúa atomizado, lo que le impide garantizar la provisión de servicios, especialmente para los más pobres. De este modo, reformas jurídicas atadas al AUS, que vayan en el sentido de organizar los mecanismos específicos de coordinación y minimizar los costos de transacción del sistema nacional de salud son un elemento fundamental para garantizar el éxito de dicha iniciativa.

Colocando los elementos jurídicos en su lugar, y siendo básicamente una materia de política pública

Comentarios: 
WWW.HEXAGON.COM.EC

Auspicia:  
WWW.COSUDE.ORG.EC



prioritaria, el Aseguramiento Universal de Salud (AUS) es una ganancia de eficiencia que ha demostrado en países vecinos su capacidad para dar una vía estable con la cual la protección social en salud sea exigible para toda la población, especialmente para quienes están más expuestos y que son la mayoría.

Sin un marco jurídico complementario que sea estudiado desde las necesidades técnicas y propuesto con dichas bases a los actores políticos, por parte de los actores sociales interesados, los resultados y la sostenibilidad del programa podrán fracasar, aun cuando se cuente con un ente técnico empoderado al más alto nivel y cuya capacidad de influencia debería dirigirse a facilitar la gerencia de la operación (SODEM).

A nuestro entender, una tarea prioritaria para legitimar el rol de SODEM es la contribución al Consejo Nacional de Salud para organizar y proponer el desarrollo de una Ley Marco (elemento jurídico complementario). Si durante el año de vida que le queda al actual gobierno dicha Secretaría logra realizar este trabajo, tendrá más que justificada su existencia. De otro modo, sólo será una entidad más que se une al caos y pelea por un espacio más de interés, aumentando la atomización, reduciendo la cobertura, y alejándonos cada vez más del objetivo constitucional.

Análisis Económico

Con la firma de la Declaración del Milenio (Septiembre, 2000), Ecuador se comprometió a cumplir con cuatro metas relacionadas con la salud de la población: i) reducir en dos terceras partes, entre el año 1990 y el 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años; ii) disminuir la mortalidad materna en tres cuartas partes durante el mismo período; iii) detener y comenzar a invertir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA; y, iv) detener y comenzar a invertir, para el 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

Es evidente que el cumplimiento de estas metas depende en buena medida de los avances alcanzados hasta ahora pero también de las acciones actuales y futuras. Por lo tanto, en esta sección se analiza la evolución de los indicadores relacionados con dichas metas así como la manera cómo el Estado asigna y debiera asignar sus recursos (escasos) para mejorar el acceso y la calidad de los servicios provistos. Dentro de este punto, y como parte central de este informe, se presenta un análisis sobre el acceso de la población a los seguros de salud así como sobre el Programa de Aseguramiento Universal de Salud (PROAUS).

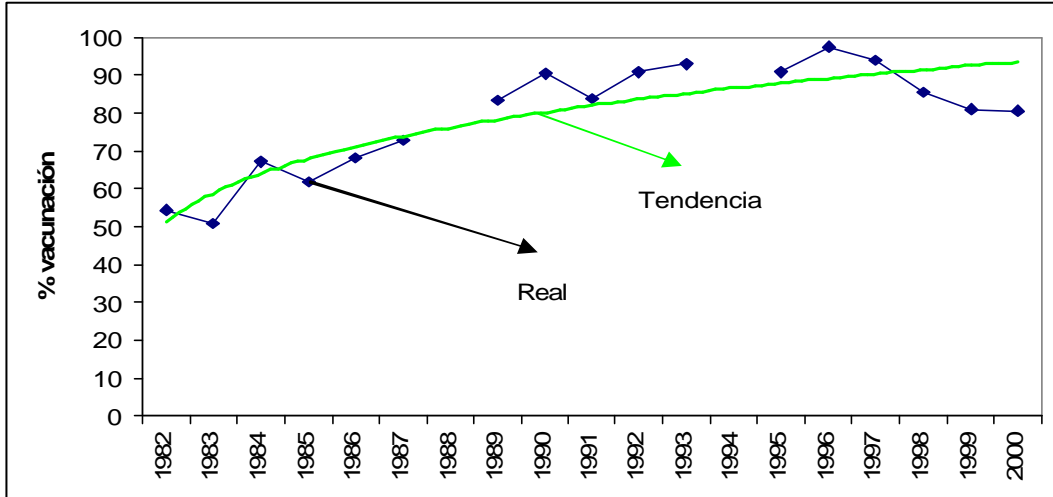
Aunque el desempeño del sector ha tenido altibajos, en parte por los conflictos laborales generados por los atrasos en los pagos de las remuneraciones y también por la difícil coordinación institucional para la prestación de servicios, existen avances que hay que destacar. Así, por ejemplo, la mortalidad infantil se ha reducido en alrededor del 70% durante las dos últimas décadas. Mientras en 1982, de cada mil nacidos vivos 50 fallecían; para el año 2003, la tasa de mortalidad infantil pasó a 15 por cada mil niños nacidos vivos.

Esta tendencia decreciente se atribuye en parte a las acciones de la estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)², a la prevención de enfermedades infectocontagiosas (a inicios de los años 80, el porcentaje promedio de cobertura de las vacunas básicas dirigida a la población menor de 5 años llegaba al 40% mientras que en el 2000 éste era del 80%, ver Gráfico 1), las campañas de concienciación del tratamiento de la diarrea, a las mejoras en los servicios de saneamiento y acceso a agua potable, y a un mayor acceso de las madres al sistema educativo. Algo similar ocurre con la tasa de mortalidad de la niñez que se ha reducido en casi un 50% entre los años 1991 y 2003, pasando de 40.7 a 22.7 muertes por cada 1000 nacidos vivos. (Ver Gráfico 2)

² MSP, Marco General de la Reforma Estructural del Sector Salud, 2005

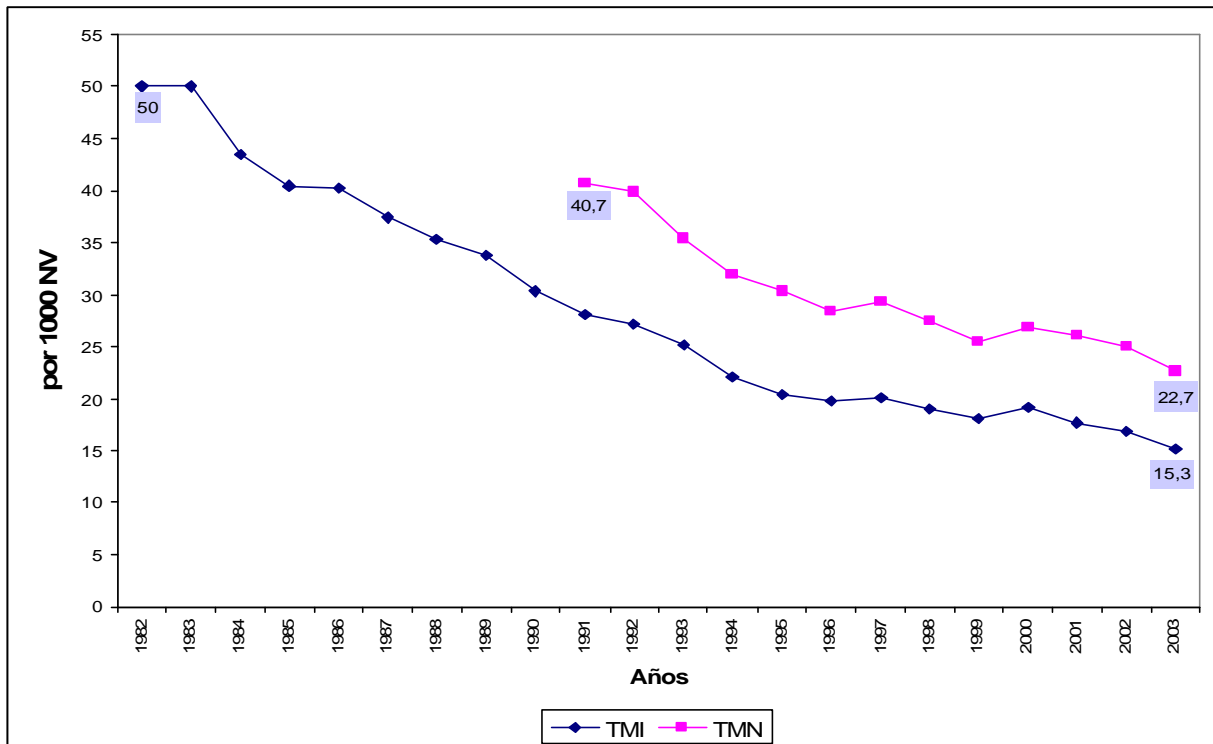


Gráfico 1
Evolución de la Cobertura de Vacunación
Ecuador 1982 -2000



Fuente: SIISE V4.0
 Elaboración: Hexagon Consultores.

Gráfico 2
Evolución de la Mortalidad Infantil y de la Niñez
Ecuador 1982 -2003



Fuente: INEC-Estadísticas Vitales 1982-2003
 Elaboración: Hexagon Consultores



La mortalidad materna también evidencia una tendencia a la baja pasando de 117.2 (en 1990) a 80 (en el 2000) mujeres fallecidas por cada 100 mil que dieron a luz a niños vivos. Es decir, durante los últimos diez años, la tasa de mortalidad materna se ha reducido en alrededor del 32%. Sin embargo, según el Ministerio de Salud (MSP), se debe ser cauteloso al considerar este indicador ya que en el país existe un sub-registro debido en parte a la inadecuada certificación de las causas de muerte en mujeres que estuvieron embarazadas o dieron a luz. Por tanto, el propio MSP estima que el índice de mortalidad materna real podría ser el doble del efectivamente registrado³.

En cambio, los indicadores sobre la incidencia del paludismo y el VIH/SIDA son claramente desalentadores. Entre los años 1996 y 2003, los casos de paludismo se han triplicado pasando de 12 mil a 52 mil respectivamente. "Esta situación se complica por la (...) resistencia a los medicamentos que, de acuerdo con resultados de últimas investigaciones *in vivo*, indican una resistencia por encima del umbral permitido"⁴. Según el propio MSP, este incremento se debe a la incapacidad de mantener controles efectivos de vectores, saneamiento básico y control de alimentos, especialmente entre los grupos marginados de las zonas periféricas urbanas y rurales. Empero, más preocupante aún es la dispersión del VIH/SIDA. Sólo entre 1990 y el año 2000, el número de casos en hombres se incrementó en 589% pasando de 70 a 482; pero, más sorprendente aún es el aumento de la incidencia de esta enfermedad en mujeres: casi 1200% pasando de 14 a 181 casos. Además, se debe tener en mente que en este caso existe una alta tasa de sub-registro, especialmente en los casos de mujeres.

Con los antecedentes descritos, se puede establecer las siguientes conclusiones con miras al cumplimiento de las metas al 2015:

Tabla 1
Avances en el Cumplimiento de los Objetivos del Milenio

Objetivo	Meta	Evolución	Cumplimiento
Reducir la Mortalidad Infantil	Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de 5 años	La tasa de mortalidad infantil registrada ha descendido en el país de 30,3 por 1000 nacidos vivos en 1990 a 18,5 por 1000 en el 2002.	Por buen camino. Se ha reducido al 18,5% siendo la meta planteada 10,1%.
Mejorar la salud materna	Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes	La tasa de mortalidad materna registrada descendió de 117,2 por 100.000 niños que nacieron vivos en 1990 a 80 por 100.000 en el 2000, lo que revela una tendencia a la baja.	Progresos pero con demora. La reducción ha sido cercana al 25% y no al 75% de la cifra de 1990
Combatir el paludismo y el VIH/SIDA	Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del paludismo	Desde 1996, año en el que se registraron 11.991 casos, hasta finales del año 2003, se registraron alrededor de 52.000 casos.	No ha avanzado. No se ha detenido ni reducido la propagación. Al contrario, se han prácticamente quintuplicado los casos
	Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA	Entre 1990 y 2000 los casos nuevos por año en hombres aumentaron de 70 a 482, con lo que la tasa de infección anual pasó de 7,8 por millón a 39,8.	Nada avanzado. La tasa de infección se ha quintuplicado y no existen estrategias concretas y directas de acción.

Fuente: MSP

Elaboración: Hexagon Consultores

Está claro que si se quiere mantener la tendencia favorable del índice de mortalidad infantil, acelerar las mejoras de la salud materna y revertir la tendencia del paludismo y del VIH/SIDA es urgente llevar a cabo un redireccionamiento del gasto en salud. En la actualidad, como lo muestra el Gráfico 3, casi la mitad de los

³ Ibid

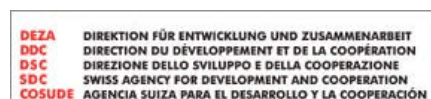
⁴ Ibid

Comentarios:



WWW.HEXAGON.COM.EC

Auspicia:

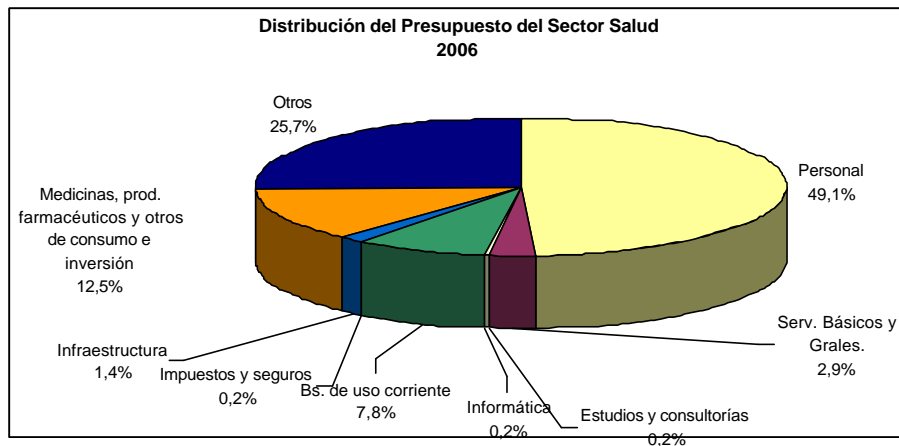


WWW.COSUDE.ORG.EC



recursos se destinan a salarios, mientras que en medicinas y productos farmacéuticos el 12,5% y en infraestructura sólo el 1,4% del presupuesto del sector.

Gráfico 3
Distribución del Presupuesto del Sector Salud 2006



Fuente: MEF

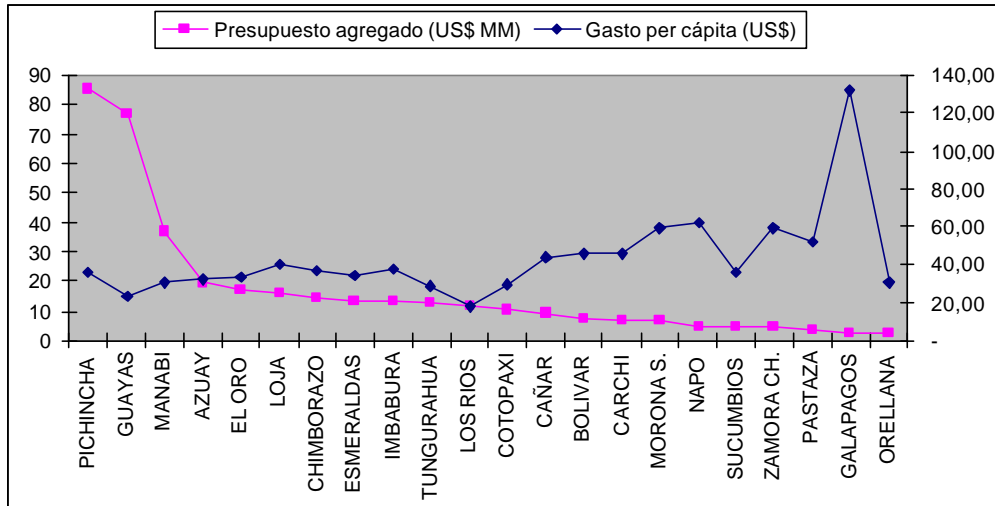
Este reordenamiento del gasto debería considerar además el número de habitantes de cada provincia así como el retraso relativo frente a otras provincias o con la media nacional para poder, precisamente, corregir los problemas. En la actualidad, como lo muestra el Gráfico 4, hay que provincias como Galápagos en las que cada uno de sus habitantes recibe hasta 3.4 veces más recursos que el promedio nacional.

Y es que, por ejemplo, aunque los indicadores a nivel nacional de la mortalidad infantil muestran avances, los de Carchi y Cotopaxi duplican la tasa nacional, mientras que Guayas, Pichincha y Azuay tiene tasas 30% menores que el promedio del país. Asimismo, existen marcadas diferencias en cuanto a mortalidad materna. Por ejemplo, mientras en Loja cada 135,6 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos fallecen, en la provincia de Los Ríos, esta cifra es prácticamente la tercera parte. Igual cosa sucede con la tuberculosis, mientras en Pichincha 21 de cada 100 mil personas presentan esta enfermedad, en Sucumbíos (cuya asignación presupuestaria es el 5% de la de Pichincha) la incidencia es 6 veces mayor (123 de cada 100 mil personas tiene este mal).

Lo mismo ocurre con la incidencia del paludismo. En Guayas el 0.2% de la población lo presenta y en Esmeraldas la incidencia es del 3.5% (el monto asignado a ésta última es el 17% del de Guayas). Aunque, es cierto que en Pichincha y Guayas se concentra la mayor parte de la población (alrededor del 47% del total nacional) no resulta razonable que el sistema de salud concentre los recursos en las zonas más adelantadas y urbanas y, por otro lado, privilegie la distribución del gasto desde una óptica curativa y no preventiva.



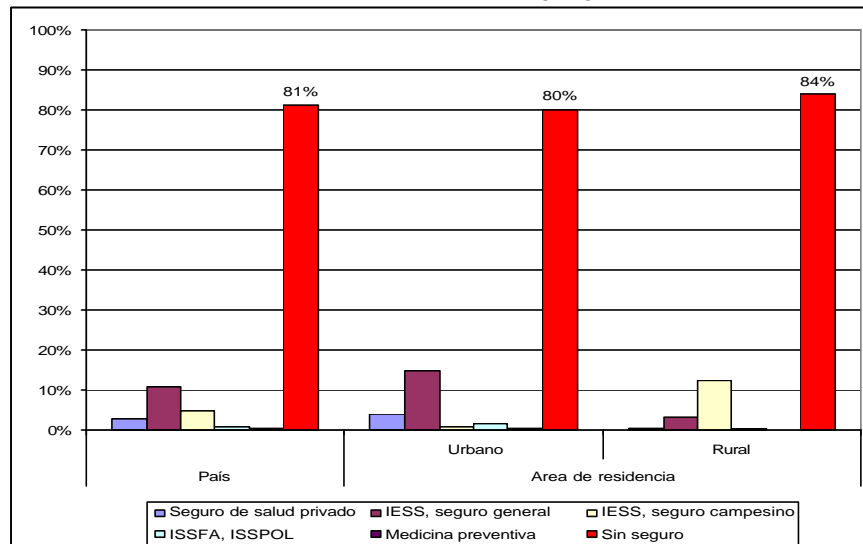
Gráfico 4
Presupuesto Agregado y Gasto per Cápita por provincia del Sector Salud 2006



Fuente: MEF

La dificultad para satisfacer las necesidades de salud de la población de forma gratuita, por parte del Ministerio de Salud, se agrava ante la ausencia de afiliación a algún seguro de salud de buena parte de la población. Como se muestra en el Gráfico 5, sólo 2 de cada 10 ecuatorianos cuenta con cobertura de aseguramiento de salud, situación que es aún más grave en las zonas rurales en donde, debido al déficit de servicios básicos como alcantarillado y agua potable, los problemas de salud son más recurrentes.

Gráfico 5
Población cubierta por Seguro de Salud
Por área de residencia e instituciones que proveen el servicio

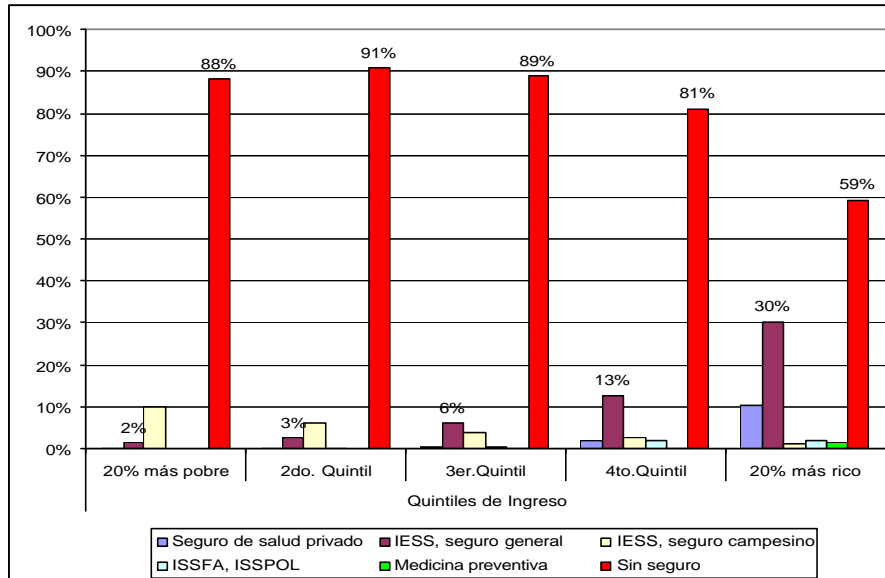


Fuente: INEC-SIEH-ENEMDU 2004
Elaboración: Hexagon Consultores

En el Gráfico 6 se muestran severas diferencias entre los quintiles. El segmento de población con más recursos (quintil 5) tiene una cobertura del 41% mientras los más pobres (quintil 1) tienen una cobertura del 12%, es decir casi 4 veces menos. Sólo quienes están dentro de los quintiles 4 y 5 tienen acceso a seguros privados de salud.



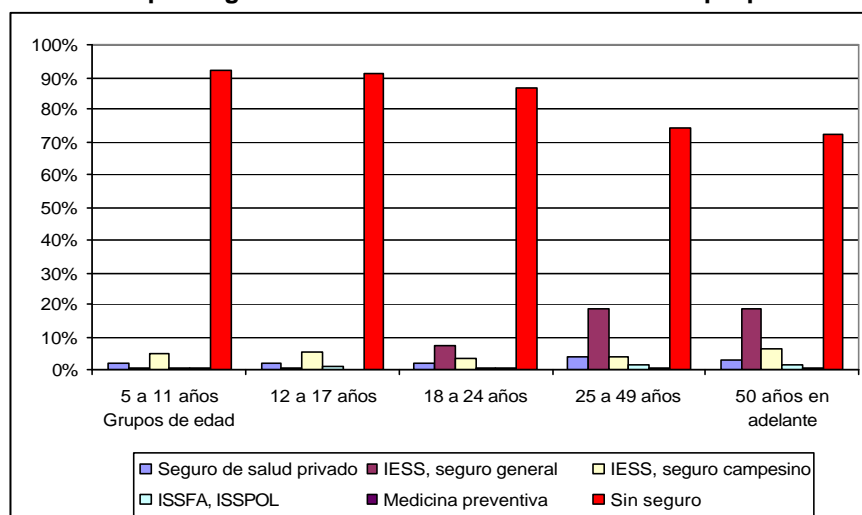
Gráfico 6
Población cubierta por Seguro de Salud
Por quintiles de ingreso e instituciones que proveen el servicio



Fuente: INEC-SIEH-ENEMDU 2004
 Elaboración: Hexagon Consultores

Como se evidencia en el siguiente gráfico, también es preocupante, por su vulnerabilidad, el número de personas mayores de 50 años con aseguramiento de salud ya que sólo 3 de cada 10 de ellos está cubierto por algún proveedor, público o privado. Preocupa también el que alrededor del 9% de las personas de 18 a 24 años y del 19% de las de 25 a 49 años está afiliado al seguro general del IESS por los problemas de financiamiento futuro de esta institución.

Gráfico 7
Población cubierta por seguro de salud Por edad e instituciones que proveen el servicio



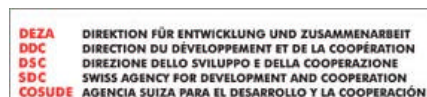
Fuente: INEC-SIEH-ENEMDU 2004
 Elaboración: Hexagon Consultores

Comentarios:



WWW.HEXAGON.COM.EC

Auspicia:



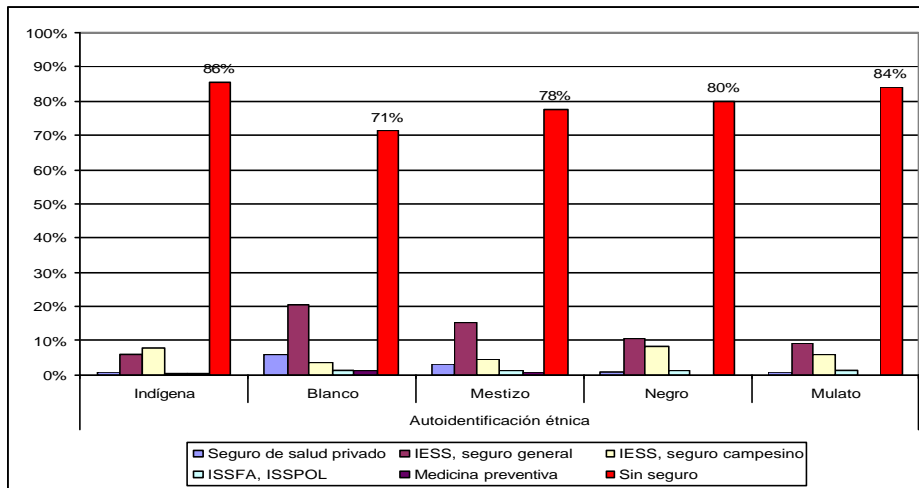
WWW.COSUDE.ORG.EC





Los más desprotegidos son los indígenas ya que cerca de 15 de cada 100 personas auto-identificadas como tales acceden a un seguro de salud. En cambio, casi 30 de 100 auto definidos como blancos y 22 de cada 100 de mestizos tiene cobertura.

Gráfico 8
Población cubierta por seguro de salud
Por etnia o auto identificación étnica e instituciones que proveen el servicio



Fuente: INEC-SIEH-ENEMDU 2004
Elaboración: Hexagon Consultores

Varias iniciativas, principalmente a nivel municipal entre las que se cuentan las de Quito, Guayaqui y Cotacachi, han buscado desarrollar sus propios y separados esquemas de aseguramiento de salud para corregir este déficit. Sin embargo, ninguna de éstas ha logrado aún consolidarse operativamente del todo. Por su parte, el Gobierno Central también ha buscado resolver el déficit de cobertura a través de su Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS). Este Programa, cuya plena ejecución está prevista para el año 2015, partirá con una cobertura de la población de los quintiles 1 y 2 no servida por los otros sistemas existentes, brindando un conjunto de servicios garantizados definidos en la Ley del Sistema Nacional de Salud.

La primera fase de ejecución del Programa comprende las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Pichincha (en este orden), y estará a cargo de la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio (SODEM), oficina adscrita a la Presidencia de la República. Y es precisamente esto último lo que mayor malestar ha generado entre los actores del sector. Sólo entre noviembre y diciembre del año pasado, hubo una paralización de enfermeras y tres movilizaciones de los trabajadores de la salud. Los argumentos en contra sostienen que existe una preocupación sobre cuál será el rol del Ministerio de Salud Pública, que es el ente rector de la salud pública y al cual le corresponde, por ley, la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Además, se pregunta si la SODEM no pasará a ser otro ente burocrático que, al terminar este Gobierno, tenga sus días contados.

Sin embargo, está claro que independientemente de cuál sea el organismo que ejecute el Programa, que por cierto debe contratar a alrededor de 4500 profesionales, otro fuente de discordia, deben sentarse las bases para la transparencia administrativa y técnica, y la rendición de cuentas. Sólo así, se podrá garantizar la sostenibilidad de esta necesaria iniciativa.



Conclusiones

El Ecuador podrá alcanzar los Objetivos del Milenio en el campo de la salud sólo si lleva a cabo dos reformas urgentes:

La primera es el fortalecimiento jurídico del rector del proceso asegurador nacional. Los roles del Ministerio de Salud y de la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio no deben ni pueden estar contrapuestos entre sí, así como tampoco debe el Ministerio competir con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) ni con los Municipios. En este sentido, una alternativa podría ser una reforma legal en la que todo proveedor de servicios de salud deba pasar por tener una licencia de aseguramiento o proveedor que sea emitida en conjunto entre la SODEM y el IESS, en el primer caso; y, en el segundo, entre la SODEM y el Ministerio. La competencia del SODEM podría ser descentralizada a los gobiernos locales. Esta reforma podría implementarse sólo vía reforma legal pues de por medio se tiene a la Ley de Seguridad Social, la Ley de Salud, la Ley de Descentralización, entre otras.

La segunda reforma tiene que ver con el fortalecimiento del proceso de financiamiento y rendición de cuentas a través de la creación de un fondo de salud para así evitar la dispersión de los recursos. En este caso, el fondo podría consistir en diversos sub-fondos administrados autónomamente (en el caso del IESS), desconcentradamente (en el caso de las áreas de salud del MSP) o descentralizadamente (en el caso de los recursos de los municipios vía transferencia). Todos estos fondos deberían tenerse en cuenta bajo una sola contabilidad y unas reglas generales de transparencia y focalización para que se rinda cuentas de ellos y para que se aumente el impacto y la calidad del gasto fiscal en salud. Además, es vital que la asignación de recursos considere también las necesidades insatisfechas de la población en términos de salud.

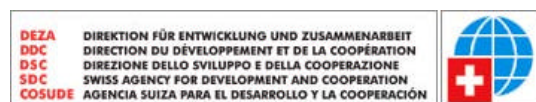
Si el país decidió entrar de lleno en el aseguramiento, algo inevitable debido a la demanda insatisfecha especialmente de los más pobres, y si los recursos como siempre son escasos, se requieren de reformas para mejorar la efectividad del gasto y su impacto. Este y los gobiernos siguientes deben estar conscientes de que lanzar una tremenda iniciativa como esta implica a futuro que el país la sostenga y la única forma es eliminando el desperdicio de recursos. La reforma del sector de la salud debe llegar más temprano que tarde.

Comentarios:



WWW.HEXAGON.COM.EC

Auspicia:



WWW.COSUDE.ORG.EC