



Números publicados

Búsqueda documentos

## ORIGINALES



### **Influencia del género en el conocimiento, percepción y abordaje de las prácticas tradicionales perjudiciales: Mutilación Genital Femenina**

Fátima *León-Larios*,<sup>1</sup> Rosa *Casado-Mejía*<sup>2</sup>

(1) Ayudante. (2) Profesora Colaboradora. Departamento Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, España

Correspondencia: Fátima León Larios. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Edificio Enfermería II, Despacho N° 7. Avenida Sánchez Pizjuán s/n, 41009 Sevilla, España

Manuscrito recibido el 22.2.2011  
Manuscrito aceptado el 12.7.2012

**Evidentia 2012 oct-dic; 9(40)**

#### **Cómo citar este documento**

León-Larios, Fátima; Casado-Mejía, Rosa. Influencia del género en el conocimiento, percepción y abordaje de las prácticas tradicionales perjudiciales: Mutilación Genital Femenina. Evidentia. 2012 oct-dic; 9(40). Disponible en: <[http://0-www.index-](http://0-www.index-f.com.fama.us.es/evidentia/n40/ev7898.php)

[f.com.fama.us.es/evidentia/n40/ev7898.php](http://0-www.index-f.com.fama.us.es/evidentia/n40/ev7898.php)> Consultado el

#### **Resumen**

Justificación: Los procesos migratorios existentes en las sociedades contemporáneas visualizan pautas culturales diferentes y para las que los profesionales sanitarios pueden no tener competencia cultural para su abordaje. La Mutilación Genital Femenina es un problema emergente, minoritario, pero que no debería ser obviado.

Objetivo: Explorar la influencia del género en el conocimiento, percepción y abordaje de la

**Abstract** (Influence of gender on knowledge, perception and approach to harmful traditional practices: Female Genital Mutilation)

Justification: The existing migration processes in contemporary societies display different cultural patterns and for which health professionals may not have the cultural competence to deal with. Female genital mutilation is a minority emerging problem, but one which should not be ignored.

Objective: To explore the influence of gender

Mutilación Genital Femenina.  
Diseño: Estudio cualitativo. Se han realizado 3 grupos de discusión.  
Resultados principales: Existe un desconocimiento generalizado del fenómeno. Se ha observado una clara influencia del género en el fenómeno según su género. Asimismo, los profesionales varones identifican una mayor dificultad para el abordaje. Las matronas mujeres se sienten más capacitadas para el afrontamiento del problema.  
Conclusiones: Es necesaria incrementar la formación de los y las profesionales matronas en el fenómeno de la MGF teniendo en consideración la influencia del género. La difusión de protocolos y guías facilitaría el abordaje.  
**Palabras clave:** Mutilación genital femenina/ Influencia de género/ Competencia cultural/ Matronas/ Atención Primaria.

on knowledge, perception and approach to Female genital mutilation.  
Design: Qualitative study. There were three discussion groups.  
Main results: There is a widespread ignorance of the phenomenon in both midwifery and midwives. A clear influence of gender on the phenomenon according to its type was observed. Likewise, male professionals identify a greater difficulty in their approach. Female midwives are more qualified for coping with the problem.  
Conclusions: It is necessary to increase the training of both female and male professional midwives in the phenomenon of FGM by taking into consideration the influence of gender. The diffusion of protocols and guidelines would facilitate the approach.  
**Key-words:** Female genital mutilation/ Influence of gender/ Cultural competence/ Midwives/ Primary Health Care.

## Introducción

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es un problema emergente en nuestro país que no debe obviarse. Los datos avalan que no será un problema inusual en los próximos años. Según un estudio de Bledsoe (2005) 1730 niñas gambianas con edades en riesgo de sufrir MGF residían en nuestro país a fecha 1 de enero de 2005. Andalucía es la cuarta comunidad autónoma con más población procedente de países donde se practica la MGF.<sup>1</sup>

La existencia de flujos migratorios de población subsahariana en los últimos años hace que el abordaje de la MGF sea una cuestión perentoria y socialmente necesaria. La fecundidad de las mujeres africanas está en aumento por lo que es evidente que es un problema emergente que se sobredimensionará en los próximos años y para el que hay que disponer de estrategias de abordaje de prevención.<sup>2-4</sup>

El creciente aumento demográfico de mujeres procedentes de países subsaharianos trae como consecuencia que, a pesar de que en nuestro país no se practique la MGF a las mujeres, exista un riesgo en nuestra sociedad que las hijas de estas mujeres mutiladas lo sean ellas también. Se trata, por tanto, de un problema de salud que va más allá del marco asistencial atravesando el campo de los derechos humanos. A la luz de esto, se vislumbra necesario un abordaje transcultural de estas prácticas tradicionales que vejan a la mujer y la discriminan.<sup>3-4</sup>

Al introducir la perspectiva de género se está partiendo de la base que los sexos tienen significados y valoración cultural y social diferente y jerarquizada, que marcan las relaciones entre hombres y mujeres, unas relaciones de poder/subordinación que están determinando la vida y la salud de hombres y mujeres.<sup>5-6</sup> La MGF es uno de los hechos más sangrantes de la opresión de las mujeres en el sistema patriarcal.

Estudios previos han puesto de manifiesto que los profesionales sanitarios no disponen de la competencia cultural necesaria para abordaje de este fenómeno.<sup>7-10</sup>

El objetivo principal de este estudio es explorar el fenómeno de la MGF entre los profesionales matronas y matrones que trabajan en los centros de atención primaria de salud de la provincia de Sevilla desde un abordaje de género.

## Metodología

La metodología desarrollada para la realización de este estudio es la cualitativa. La metodología cualitativa permite estudiar los fenómenos en su contexto natural y encontrar el sentido o la interpretación a partir de los significados que las personas les conceden. Por tanto, se recurre a esta metodología para la interpretación y análisis de los discursos y motivaciones en cuanto a dimensiones inseparables e imprescindibles para el conocimiento en profundidad de los fenómenos y actividades humanas.<sup>11</sup>

El análisis del discurso trata de aprehender el sentido global del texto para a partir de dicha comprensión pasar a proceder a análisis más detallados. Considera que el todo es más que la suma directa de las partes e inicia su análisis con el intento de comprensión de dicho todo, de la totalidad del texto. Considera que el sentido del lenguaje procede de su uso social, de la intencionalidad con que es enunciado por unos y otros actores. El lenguaje es más abierto presentando diversas líneas de sentido y significación en función de los contextos sociales de su uso.<sup>12</sup>

La unidad de observación han sido los y las profesionales de salud matronas que trabajan en los centros de atención primaria de salud (APS) de Sevilla y su provincia.

Se han realizado 3 grupos de discusión de 8 miembros, atendiendo a criterios de heterogeneidad (años de experiencia, distrito sanitario y características de la población que atienden) y homogeneidad intragrupal (sexo y profesión) alcanzándose la saturación de la información. Se ha seguido un muestreo intencionado y razonado, elegido según criterios de representatividad, acceso y tiempo.

Los grupos de discusión se distribuyeron de la siguiente forma con la ayuda de una informante privilegiada (matrona de larga trayectoria asistencial en la atención primaria de salud) GD1: matronas de centros de APS de Sevilla capital; GD2: matronas de centros de atención primaria de la provincia de Sevilla; GD3: matrones de centros de APS. Hubo 3 matronas que rehusaron su participación por motivos de disponibilidad horaria. [Tabla 1].

**Tabla 1.** Perfil de los y las participantes en los grupos de discusión

GD1 Matronas Distrito Sevilla			GD2 Matronas provincia			GD 3 Matrones Sevilla y		
Categoría	Edad	Experiencia profesional	Distrito	Edad	Experiencia Profesional	Distrito	Edad	Ei Pi
Matrona	54	30	Aljarafe	44	22	Norte	52	
Matrona	56	28	Aljarafe	47	17	Norte	54	
Matrona	30	2	Norte	55	26	Sur	49	
Matrona	33	5	Norte	56	29	Sur	56	
Matrona	50	22	Sur	51	23	Sur	51	
Matrona	53	16	Sur	53	18	Sevilla	31	
Matrona	49	19	Aljarafe	29	1	Osuna	35	
Matrona	43	16	Norte	57	30	Sevilla	36	

Las sesiones tuvieron una duración de 60 minutos en una sala ajena a los centros de trabajo de los participantes. Los grupos de discusión tuvieron lugar durante los meses de octubre a diciembre de 2009. Inicialmente se les hacía entrega de un documento escrito con el propósito del estudio donde se le pedía su colaboración y consentimiento informado de participación garantizándoles en todo momento la confidencialidad de los discursos vertidos durante su participación.

Las cuestiones abordadas durante la sesión de participación en los grupos de discusión fueron: tipos de MGF, países donde se practica, motivos de la práctica, población de riesgo, existencia de protocolos, leyes, actuación ante un caso, experiencias profesionales, influencia del género del profesional, formación/información previa, interés social de la MGF.

La corriente de análisis de discurso ha sido la empleada para el estudio de los textos. El análisis de las categorías se ha realizado a nivel semántico y pragmático. Las categorías han sido clasificadas según conocimientos, experiencias previas, influencia del género y existencia de protocolos/guías de actuación.

El análisis a nivel semántico se ha hecho relacionando el significado que las personas confieren a las categorías de análisis que son objetos de interés, y poniendo en relación los fragmentos de textos categorizados con el contexto, alcanzando así el nivel pragmático.<sup>13</sup>

En este estudio ha participado un grupo de investigadoras que ha permitido realizar un *triangulación* tanto de investigadoras como de visiones disciplinares en la comprensión del objeto de estudio, abordándose desde la Matronería, Enfermería, Estudios de Mujeres y de Género, la Salud Pública, los Cuidados Transculturales, y la Antropología Social y Cultural.

## Resultados

De la interpretación global de los textos resultantes de los grupos de discusión se desprenden los siguientes resultados ordenados por categorías:

### *Conocimientos sobre la práctica de la Mutilación Genital Femenina*

Las matronas creen disponer de la información/formación necesaria para el abordaje del problema en la consulta,

*"Sí, sí, yo sí sé lo que es" (matrona GD1), también compartido por el grupo de los matrones.  
"Sí, claro que sabemos lo que es" (matrón GD3)*

No obstante, cuando se les pide que definan el concepto de MGF tanto las matronas como los matrones lo hacen de forma incompleta, ya que reducen el concepto sólo al tipo 1 de MGF, la extirpación de clítoris. En sus definiciones no identifican el tipo 2 que incluye la extirpación de labios menores, ni el tipo 3 conocido como "infibulación" en el que se extirpan los labios mayores, menores y el clítoris. Se puede apreciar en los textos de los grupos de discusión:

*"Es la ablación del clítoris" (matrona GD1)  
"Yo creo que sólo es el clítoris" (matrón GD3)  
"La infibulación... lo he oído, pero yo no sé lo que quiere decir" (matrona GD1)  
"Yo tampoco sé lo que es" (matrona GD1)*

Cuando en el grupo de discusión se aborda la justificación cultural que se da a la MGF en los países donde es una práctica tradicional, las/los participantes la identifican como parte de la tradición y de unas creencias religiosas. Tanto las matronas como los matrones atribuyen la práctica a las mismas causas:

*"Por tradición y religión" "Aunque pesa más la religión" (matrona GD1)  
"Por motivos higiénicos seguro que no", "No, no, seguro", "es más por religión" (matrona GD1)  
"Las causas son culturales y religiosas" (matrona GD2)  
"Ni se hace por higiene, ni por estética, ni nada de eso" (matrona GD2)  
"Son interpretaciones libres del Corán" (matrón GD3)*

Al realizar grupos de discusión con matronas mujeres y hombres, se abordó el tema de si la MGF podría ser considerada una circuncisión femenina tal como existe una circuncisión

masculina. Se pretendía poner de manifiesto si había diferencias entre la percepción de hombres y mujeres. Tras el análisis de los textos se observa que tanto las matronas como los matrones piensan de la misma forma al respecto.

*"En el varón es por limpieza e higiene, sí puede tener una explicación, pero la femenina no tiene ninguna explicación" (matrona GD2)*

*"No tiene nada que ver, aquí lo que se quiere es que la mujer no sienta placer para que estén sometidas al varón" (matrón GD3)*

En la identificación de países donde se tiene lugar la práctica de la MGF tanto en los grupos de matronas como de matrones se observa un patente desconocimiento al respecto. Los países de los que se hablaron que tenía lugar esta práctica no eran del todo correctos, algo que llegó incluso a crear confusión dentro del grupo ya que se pensaba que al ser referidos por otras compañeras y la moderadora no hacer correcciones realmente eran países donde se practicaba (dado que se produjo esta situación, la moderadora rehusó intervenir en ese momento, para no interferir en la dinámica del grupo, una vez finalizada la técnica se aclararon los conceptos).

*"Creo que Marruecos no es de los países donde más mutilación se hace, pero seguro que hay" (matrona GD1)*

*"En Egipto donde más, pero también en Senegal, Marruecos, porque en Marruecos también se hacen" (matrona GD2)*

*"Yo no te sé decir exactamente en qué países se practica la ablación" (matrón GD3)*

#### *Experiencias profesionales*

La detección de casos es referida como poco habitual:

*"Yo nunca he tenido ningún caso" "Ni yo" "eso aquí no llega" "es que cuando exploras a una mujer no se te ocurre buscarle el clítoris" (matronas GD1)*

*"Yo nunca he visto ningún caso, a pesar, de que he visto mujeres de países donde se hace" (matrón GD3)*

Las matronas identifican dificultad para el abordaje del fenómeno en la consulta atribuyendo la barrera idiomática como principal problema:

*"La comunicación es terrible" "es muy difícil de abordar este tema, por la comunicación" (matronas GD1)*

Mientras que los matrones detectan la dificultad en el abordaje en la consulta relacionado con la reacción de la familia ante la denuncia de un posible caso:

*"Yo hablaría con la mujer, aunque no creo que consiguiera nada" (matrón GD3)*

La formación recibida es percibida como escasa y considerada como poco presente en los discursos habituales de la práctica profesional y formativa:

*"Es un tema que no se toca" (matrona GD2)*

#### *Protocolos, guías de actuación y legislación*

Algo parecido ocurre con el conocimiento de protocolos o guías de actuación ante la detección de casos dentro del marco asistencial:

*"A mí nadie me ha comentado nada de que haya un protocolo" (matrona GD2)*

*"Somos profanos en la materia, materiales ninguno" (matrón GD3)*

La legislación autonómica y nacional sobre MGF no es conocida, así como tampoco en los países de origen:

*"Yo no sé cómo está el tema de la legislación al respecto, yo no sé vosotras..." (matrona GD1)*

*"¿Pero eso está legislado? Yo no lo sé" (matrona GD2)*

### *Influencia del género*

La percepción de que la matrona es un profesional cercano a la mujer y adecuada para el abordaje del fenómeno en la consulta está presente tanto en mujeres como hombres:

*"Las matronas sin duda somos las mejores situadas porque la mujer viene a nosotras a hacerse los controles de embarazo y nosotras tenemos que explorarla" (matrona GD1)*

*"Ante este tema la mujer matrona es la mejor porque las mujeres se niegan totalmente a los hombres, a que la vean" "Hay una afinidad de género total entre mujeres" (matrona GD2)*

Existen discrepancias entre hombres y mujeres por si el hecho de ser mujer condiciona favorablemente para la práctica profesional:

*"Las mujeres tenemos una capacidad de empatía que dudo mucho que la tenga un hombre" (matrona GD2)*

Sin embargo, la percepción de los matrones es otra:

*"Desde el punto de vista del profesional, una mujer es tanto como un hombre varón, pero para ellas (se refiere a las mujeres pacientes) es diferente, ellas prefieren una mujer" (matrón GD3)*

Se asume que cuando se tienen en cuenta los deseos de la paciente, los matrones parten de una posición distinta en comparación con las mujeres matronas:

*"Con las inmigrantes estamos en desventaja con las matronas mujeres, ellas no quieren hombres, pero yo creo que yo no pueda abordarlo igual que una mujer" (matrón GD3)*

Algo también corroborado por las matronas:

*"Ellas mujeres, buscan una mujer" (matrona GD2)*

## **Discusión**

Este es el primer estudio que se realiza sólo con matronas, hecho que también se acepta como limitación del estudio al no incluir otros profesionales sanitarios de atención primaria de salud. La muestra constituida por matronas viene motivada por los datos que avalan que el principal motivo de consulta de mujeres inmigrantes es recibir asistencia ginecoobstétrica.<sup>2</sup> En el estudio llevado a cabo por Tammadon, 7 profesionales de salud que participaron (4 matronas, 2 pediatras y 1 ginecólogo) afirmaban haber detectado casos de MGF, de aquí que se considere a las matronas profesionales de primera línea para el abordaje.<sup>10</sup>

La autopercepción de saber qué es la MGF ha sido preguntada en un estudio de corte cuantitativo donde el 29% de las matronas afirmaba conocer en qué consistía, aunque en este estudio no se confirmaba si realmente había una correlación entre el creer que se conoce el fenómeno y el conocerlo realmente, algo que ha quedado claro en este estudio al considerar ambos de forma cualitativa.<sup>10</sup>

En 2002 se realizó un estudio en hospitales en Suecia con matronas empleando la metodología cualitativa. Se definió la dificultad encontrada por las matronas en su práctica asistencial motivada por los problemas de comunicación y por no saber cómo tratar a una mujer que ya ha sido sometida a la MGF,<sup>15</sup> algo que también se ha identificado en este estudio con discursos como este:

*"Y lo ves y ¿qué haces?, le preguntamos?, si ya no se puede hacer nada"; "la comunicación es terrible, no te entiendes, como para hablar encima de MGF" "es muy difícil abordar este tema por la comunicación" dicen (matronas GD1)*

La falta de protocolos para matronas también aparece como carencia en otros países<sup>15</sup> tal como se ha recogido en los discursos de los grupos de discusión. El estudio sueco señalaba que la ausencia de guías de actuación en cada caso específico impedía un abordaje efectivo del problema.

La necesidad de guías de actuación, a semejanza de otros países, también ha sido destacado en otros estudios europeos en los que se insta a tomar como ejemplos los protocolos diseñados por países con una larga tradición de población migrante.<sup>9,16</sup>

Ya en el estudio realizado en Suecia<sup>15</sup> con profesionales de atención primaria se concluía que existía la sensación de que la MGF no era un problema frecuente en las consultas. En los grupos de discusión detectábamos esta misma carencia:

*"Eso aquí no llega" (matrona GD1)*

En otros estudios se identificó el género como una barrera para el abordaje del problema. En un estudio llevado a cabo en Suiza las mujeres inmigrantes afirmaban que el género del profesional que les atendía les influía, ya que ellas preferían ser atendidas por mujeres.<sup>16</sup> Esta percepción es compartida por las matronas de nuestro estudio, impresión compartida por los matrones:

*"Ellas mujeres, buscan una mujer" (matrona GD2)*

*"Con las inmigrantes estamos en desventaja con las matronas mujeres, ellas no quieren hombres pero yo no creo que yo pueda abordarlo igual que una mujer" (matrón GD3)*

Sin embargo, no podemos constatar que existan diferencias de género en la formación de las matronas. En el estudio llevado a cabo en Cataluña<sup>14</sup> las mujeres identificaban mejor que los hombres las características de la MGF y mostraban una actitud más empática con la mujer en el abordaje probablemente porque como afirma Marcela Lagarde,<sup>17</sup> la condición de género nos atraviesa a todas. También se encontraron diferencias significativas en cuanto al interés, hecho que nosotros no hemos podido constatar.

Entre las limitaciones de este estudio se ha admitir que el número total de la población (80 matronas) es pequeña, a pesar de haber tomado inicialmente una población entera: matronas de atención primaria de la provincia de Sevilla. Por lo que se plantea como necesidad para futuros estudios el ampliar los colectivos de profesionales participantes en el estudio tal como se han hecho en otros estudios: enfermeras/os, ginecólogos/as, pediatras, médicos/as de familia y trabajadores/as sociales y así conseguir una muestra más numerosa y representativa de la totalidad de profesionales de Atención Primaria de Salud de la provincia de Sevilla.

Tampoco se ha podido comprobar con este estudio si la detección de los casos en la consulta se produjo tras la formación recibida o posteriormente. Esto unido al bajo porcentaje de casos detectados en la consulta no permite tipificar si la formación específica ayuda para la detección de casos. Una nueva vía de investigación podría ser repetir este estudio tras haber impartido unas sesiones formativas a profesionales de la salud de los distintos distritos de atención primaria de la provincia de Sevilla y transcurrido un tiempo valorar si la detección de mujeres con MGF en consultas ha aumentado.

Las limitaciones del estudio se derivan básicamente de la metodología cualitativa elegida que no permite extrapolar los resultados, y cuya asepsia se cuestiona con frecuencia por el peligro de exceso de subjetividad. La rigurosa descripción del proceso metodológico y triangulación de investigadoras y disciplinas, así como haber llegado al nivel de saturación salvan esta cuestión, proporcionando al estudio fiabilidad y validez.

## **Bibliografía**

1. Bledsoe C, Houle R, Sow P. High Fertility Gambians in Low Fertility Spain: The Dynamics of Child Accumulation across Transnational Space. *Demographic Research Review* 2007; 16(12):375-412.
2. García Galán R y cols. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Sevilla: Junta de Andalucía; 2007.
3. Toubia N. Female genital circumcision as a public health issue. *N Engl J Med.* 1994; 331:712-716.
4. Little CM. Female genital circumcision: medical and cultural considerations. *J Cult Divers.* 2003; 10:30-34.
5. Velasco Arias S. Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer; 2006.
6. Sau V. Diccionario ideológico feminista II. Barcelona: Icaria; 2001.
7. Sörman- Nath Y. Nobody asked me: Views and Experiences of FGM among Somalian Youth in a Stockholm Suburb. Stockholm: Foundation of Women's Forum; 2000.
8. Berggren V. Female Genital Mutilation: Studies on primary and repeat genital cutting. Department of Public Health Sciences. Division of International Health (IHCAR), Stockholm: Karolinska University Press; 2005.
9. Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with Genital Mutilation. *Healthcare for women International.* 2006; 27:362-378.
10. Tammaddon L, Johnsdotter S, Liljestrand J, Essén B. Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care Women.* 2006; 27:709-722.
11. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión en grupo. En: García Ferrando M, Ibañez J, Alvira F, eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación.* Madrid: Alianza Editorial; 1986. p. 153-185.
12. Conde F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la Historia de la Medicina. *Revista Española de Salud Pública.* 2002; 76(5):395-408.
13. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage Handbook of Qualitative Research.* California: Sage Publications Inc; 2005.
14. Kaplan A y cols. Perception of primary Health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research.* 2009; 9:11.
15. Widmark C, Tishelman C, Ahlberg B. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery.* 2002; 18(2):113-125.
16. Thierdelfer C, Tanner M, Kessler Boadiang C. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health.* 2005; 15(1):86-90.
17. Lagarde M. *Los cautiverios de las mujeres: Madres, esposas, monjas, putas, presas y locas.* 2ª ed. Madrid: Ed. Horas y horas; 2011.



---

[DEJA TU COMENTARIO](#)   [VER 0 COMENTARIOS](#)

[Normas y uso de comentarios](#)

Nombre:

e-mail:



Comentario:



Enviar

Introduzca el  
código de la  
imagen y pulse  
Enviar

---

[Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca Cantárida](#) | [Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [guid-INNOVA](#) | [Casa de Mágina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax:  
+34-958-293304 