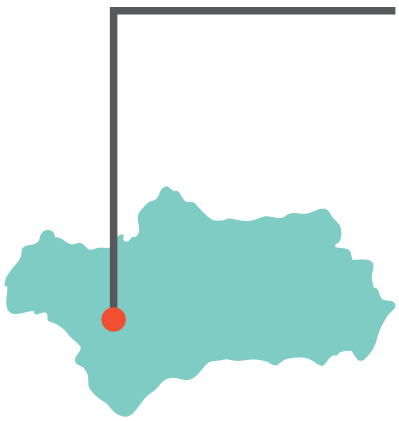
FANDACE - ANDALUCÍA
Daño Cerebral Adquirido

Una vida salvada
merece ser vivida
con dignidad



FANDACE es la Federación Andaluza de Daño Cerebral Adquirido. Se crea en enero de 2006 por las asociaciones andaluzas del movimiento asociativo del Daño Cerebral Adquirido (DCA) ante la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas y familias afectadas de forma organizada y conjunta.

Durante todo este tiempo, FANDACE ha ido creciendo y obteniendo mayores logros y resultados, lo que hace palpable la consolidación y el referente que suponemos en nuestra comunidad autónoma, a través de un duro trabajo día tras día.

Desde sus comienzos, la federación ha conseguido unificar actuaciones y dar los pasos para que las personas y familias afectadas de las diferentes provincias tengan la posibilidad de recibir una atención digna, necesaria, completa e igualitaria. Como hemos mencionado, a través de la lucha, el trabajo y el traslado de las necesidades del colectivo con DCA a los poderes públicos y privados.

OBJETIVOS_

• Integrar, cuidar, asistir y proteger a las personas afectadas por DCA en Andalucía.

• Hacer visible el Daño Cerebral Adquirido (DCA) ante la sociedad y los poderes públicos, dando a conocer los problemas, tanto sociales como sanitarios y en definitiva humanos, de los afectados.

• Luchar por los derechos de los afectados por DCA y por la cobertura de sus necesidades.

• Divulgar las necesidades tanto de los afectados como de sus familias.

• Trabajar las diferentes áreas de intervención en neuropsicología, logopedia, fisioterapia, ayuda a domicilio, terapia ocupacional, psicología, autoayuda o cualquier otra que se considere necesaria para lograr la calidad de vida y mejor recuperación posible de los afectados.

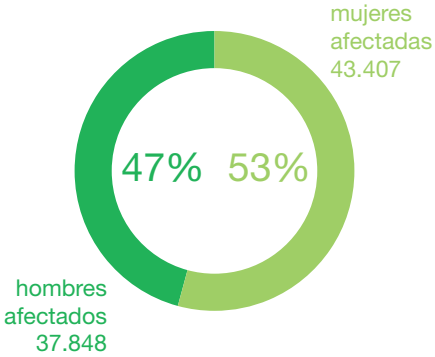
• Orientar, apoyar y formar a los familiares y cuidadores de afectados.

• Promocionar los servicios sanitarios, asistenciales, educativos, laborales, residenciales y sociales necesarios para cubrir las necesidades de los afectados.

• Crear servicios de información, estudio, planificación, asistencia personal, sanitaria, social y técnica necesarios.

El Daño Cerebral Adquirido

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es una lesión repentina en el cerebro. Se caracteriza por su aparición brusca y por el conjunto variado de secuelas que presenta según el área del cerebro lesionada y la gravedad del daño. Estas secuelas provocan anomalías en la percepción, alteraciones físicas, cognitivas y emocionales. En Andalucía hay más de 81.000 personas afectadas por un daño cerebral.



TIPOS DE DCA_

- ACV (Accidente Cerebrovascular). **ICTUS**
- TCE (**Traumatismos Craneoencefálicos**): es una lesión física o funcional del contenido craneal producida por un golpe bruscoPuede producir lesiones focales o difusas.
- **Tumores cerebrales**
- **Enfermedades infecciosas** del SNC (encefalitis, meningitis, etc.)
- **Hidrocefalia**: aumento patológico del líquido cefalorraquídeo en la cavidad craneal. Produce el aumento de la presión intracraneal.
- **Epilepsia**: Una crisis epiléptica es una descarga excesiva y sincrónica de una agrupación neuronal.
- **Anoxia cerebral** (falta de oxígeno en el cerebro) por ahogamiento, apnea, intoxicaciones, infarto de miocardio, etc.

_Nuestra misión

Apoyar a las personas con DCA y a sus familias en el ejercicio de sus derechos de ciudadanía y en su plena inclusión en la comunidad; reivindicando y promocionando la existencia de los recursos y servicios necesarios para facilitar que cada persona con Daño Cerebral tenga su mejor nivel de salud y la máxima calidad de vida.

_Nuestra visión

Seremos un movimiento asociativo amplio, fuerte y cohesionado; que conseguirá que el DCA esté presente en la agenda política y social de nuestra comunidad y que se le destinen los recursos necesarios para que las personas con DCA y sus familias tengan calidad de vida y ejerzan plenamente sus derechos de ciudadanía.

(Se adjunta extracto del estudio sobre prevalencia e incidencia del DCA en España y en nuestra comunidad autónoma).

Nota previa_

Los siguientes datos tienen su origen en las bases del Estudio de la situación y necesidades de las personas con Daño Cerebral Adquirido; elaboradas por FEDACE con el Real Patronato de la Discapacidad durante los años 2013-2015.

Destacamos a continuación los datos de incidencia (casos anuales) y prevalencia (casos totales) distribuidos por Comunidades Autónomas.

Los datos de incidencia son una estimación de la incidencia del accidente cerebrovascular (ACV), el traumatismo craneoencefálico (TCE) y la lesión anóxica a partir del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de hospitalización del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y corresponden al período 2010-2012. Dado que no todos los ingresos hospitalarios por ACV o TCE tendrán secuelas, ha sido necesario distinguir en el análisis de los códigos diagnósticos estudiados (y referenciados en el estudio) entre aquellos que tienen distintas probabilidades de secuela. En este resumen destacamos entonces los que el estudio indica como Con Probabilidad de Secuela (CPS) y que son los casos que se han considerado como “altas” de Daño Cerebral Adquirido. Por lo tanto, siempre habrá que referenciar estos datos como “altas con probabilidad de secuela”. El principal dato de prevalencia es que el venimos utilizando de 420.064 personas que viven con Daño Cerebral Adquirido en España, y que se extrae de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2008.

INCIDENCIA DE DCA EN ESPAÑA SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA

ALTAS HOSPITALARIAS POR ACV-CPS EN ESPAÑA SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA. 2010-2012

Comunidad autónoma	Varones	Mujeres	Total	Media anual
Andalucía	24.952	19.941	44.899	**14.966**
Aragón	4.819	4.093	8.912	**2.971**
Asturias (Principado de)	5.238	5.209	10.447	**3.482**
Balears (Illes)	3.638	2.734	**6.372**	**2.124**
Canarias	4.627	3.460	**8.088**	**2.696**
Cantabria	2.210	2.043	**4.253**	**1.418**
Castilla y León	9.500	8.283	**17.783**	**5.928**
Castilla – La Mancha	7.768	7.099	**14.867**	**4.956**
Cataluña	24.059	20.685	**44.744**	**14.915**
Comunidad Valenciana	16.603	13.954	**30.557**	**10.186**
Extremadura	4.493	4.093	**8.586**	**2.862**
Galicia	9.592	9.566	**19.159**	**6.386**
Madrid (Comunidad de)	19.477	19.299	**38.777**	**12.926**
Murcia (Región de)	6.947	5.952	**12.899**	**4.300**
Navarra (Comunidad Foral de)	2.008	1.718	**3.726**	**1.242**
País Vasco	9.287	7.857	**17.144**	**5.715**
Rioja (La)	1.334	1.221	**2.555**	**852**
Ceuta	252	237	**489**	**163**
Melilla	148	132	**280**	**93**
Total	158.922	138.917	**297.851**	**99.284**

Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

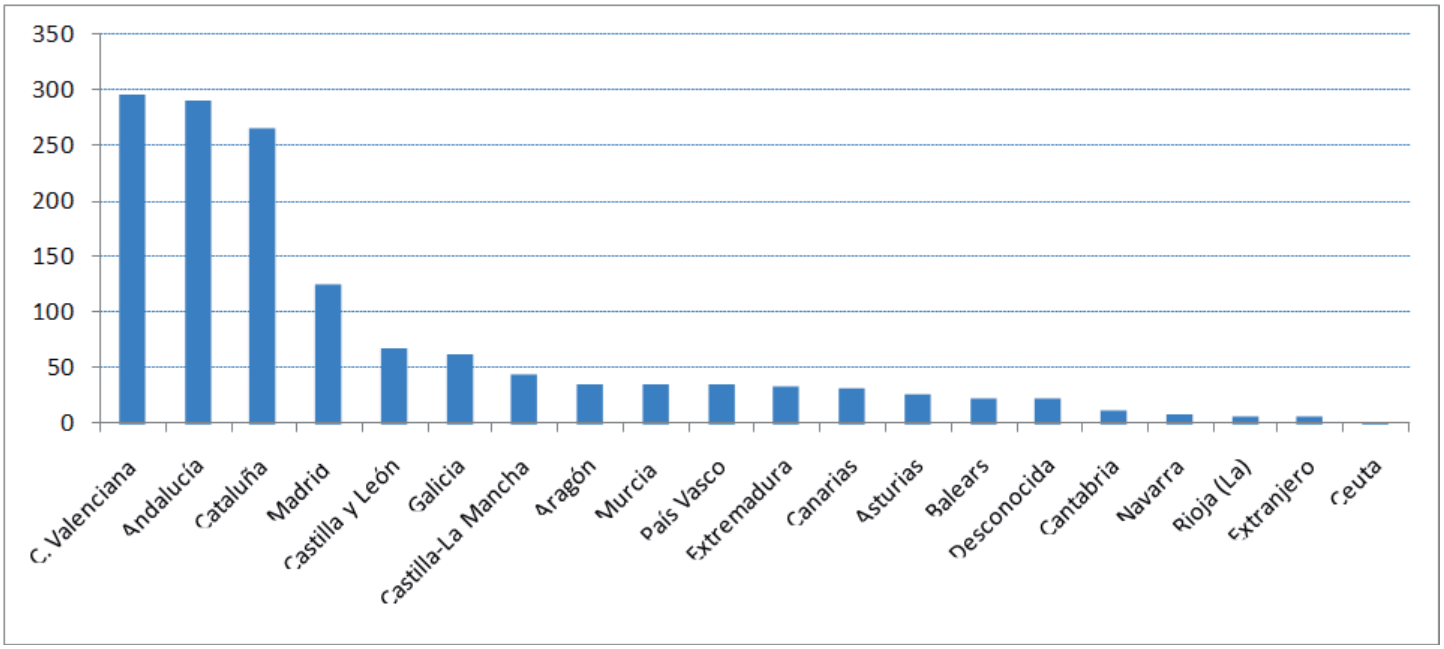
ALTAS HOSPITALARIAS POR TCE-CPS EN ESPAÑA SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA. 2010-2012

Comunidad autónoma	Varones	Mujeres	Total	Media anual
Andalucía	1.468	635	**2.104**	**701**
Aragón	355	169	**524**	**175**
Asturias (Principado de)	189	116	**305**	**102**
Balears (Illes)	229	89	**318**	**106**
Canarias	312	118	**430**	**143**
Cantabria	169	92	**261**	**87**
Castilla y León	614	322	**936**	**312**
Castilla – La Mancha	310	175	**485**	**162**
Cataluña	2.139	1.102	**3.241**	**1.080**
Comunidad Valenciana	834	443	**1.277**	**426**
Extremadura	167	77	**244**	**81**
Galicia	895	464	**1.359**	**453**
Madrid (Comunidad de)	818	450	**1.269**	**423**
Murcia (Región de)	283	132	**415**	**138**
Navarra (Comunidad Foral de)	139	72	**211**	**70**
País Vasco	530	250	**780**	**260**
Rioja (La)	135	78	**213**	**71**
Ceuta	10	6	**16**	**5**
Melilla	10	3	**13**	**4**
Residencia en el extranjero	147	42	**189**	**63**
Residencia desconocida	159	62	**221**	**74**
Total	**9.912**	**4.897**	**14.811**	**4.937**

Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

INCIDENCIA DE DCA EN ESPAÑA SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA

ALTAS HOSPITALARIAS POR ACV-CPS EN ESPAÑA SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA. 2010-2012



Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

PREVALENCIA DE DCA EN ESPAÑA SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA

Personas con Daño Cerebral Adquirido según Comunidad Autónoma de Residencia. España, 2008. Total casos.

CCAA	Varones	Mujeres	Total
Andalucía	37.848	43.407	**81.255**
Aragón	4.580	7.095	**11.675**
Asturias (Principado de)	6.179	7.015	**13.194**
Balears (Illes)	3.522	2.997	**6.519**
Canarias	8.565	11.246	**19.811**
Cantabria	2.081	2.140	**4.221**
Castilla y León	10.079	10.900	**20.979**
Castilla-La Mancha	10.429	9.008	**19.437**
Cataluña	24.971	30.087	**55.058**
Comunidad Valenciana	28.571	27.913	**56.484**
Extremadura	4.759	5.527	**10.286**
Galicia	16.602	19.154	**35.756**
Madrid (Comunidad de)	19.524	20.637	**40.161**
Murcia (Región de)	8.219	8.806	**17.025**
Navarra (Comunidad Foral de)	2.530	3.823	**6.353**
País Vasco	10.056	8.996	**19.052**
La Rioja	873	905	**1.778**
Ceuta y Melilla	345	676	**1.021**
Total	**199.733**	**220.332**	**420.065**

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008, Resultados detallados, INE.

1.Los datos correspondientes a celdas con menos de 5 mil personas han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

Trabajamos para

Unificar actuaciones a nivel autonómico para lograr equidad territorial

Para que los afectados de las diferentes provincias tengan las posibilidad de recibir una atención digna, necesaria, completa e igualitaria

Trasladar las necesidades de los afectados andaluces a los poderes públicos y privados

Que toda intervención resulte igualmente eficaz en los afectados de las diferentes asociaciones que forman la federación

Fomentar el movimiento asociativo del DCA en Andalucía

Representar al movimiento DCA a nivel autonómico

¿Cómo trabaja FANDACE?

www.fandace.org

Programas y Servicios

Programa de Atención Integral al DCA en Andalucía

Atendemos de forma integral a las personas gravemente afectadas, estado de mínima consciencia y coma vigil en la fase aguada, subaguda y crónica. Y a las personas mayores o menores leve y moderadamente afectadas en las fases aguda y subaguda en lo que a recursos sociales, sanitarios, prestaciones y rehabilitación respecta. este proyecto es fundamental ya que la rehabilitación y estimulación física, cognitiva y de comunicación son fundamentales para conseguir autonomía y calidad de vida, no solo para las personas atendidas, sino para sus familias.

Programa de Grupos de Autoayuda para Afectados Leves por DCA

Las personas con un DCA leve requieren esfuerzos para el mantenimiento de los tratamientos que los afectados no pueden realizar sin apoyo, porque el aislamiento social que sufren algunas personas es contrario a su mejoría y al incremento de su calidad de vida, y porque personas que sufren los mismos problemas, carencias y marginaciones en relación a su salud, tienen más posibilidades de resolverlos, suplirlos e integrarse si actúan juntos, aunando esfuerzos y voluntades.

Programa #DCAndalucíaVoluntaria

El voluntariado es una de las partes que forman nuestro movimiento. Por ello, toda campaña en apoyo y búsqueda de nuevas personas se realiza, gestiona, coordina y evalúa desde FANDACE. Existen diferentes líneas de intervención: promoción del voluntariado, intercambio de voluntariado entre provincias, homenaje al voluntariado andaluz.

Programa de Encuentro Andaluz de Familias con DCA

Existe una necesidad de intervenir con los familiares y cuidadores de personas afectadas por un DCA, para lograr la creación de redes sociales, apoyo, ayuda mutua y conocimiento de casos similares mediante un encuentro de familias y cuidadores de personas afectadas por un Daño Cerebral Adquirido.

Programa de Prevención del DCA en Andalucía

Es de vital importancia concienciar a la sociedad en general sobre qué es el DCA y las formas de prevenirlo. Son vitales tanto la prevención como la difusión de las actividades que se llevan a cabo como herramientas para luchar contra el alto índice de nuevos casos que se producen cada año y la plena inclusión de las personas que lo padecen.

Programa de Formación a Trabajadores

Los trabajadores reciben formación y especialización en diversos temas, y también sesiones sobre coordinación e intercambio de conocimiento entre ellos mismos, ya que normalmente no comparten su tiempo en persona porque desarrollan su práctica profesional en diferentes provincias.

Programa de Social Media

La sensibilización del DCA, sus secuelas y las personas afectadas es fundamental para nuestro movimiento. A través de las redes sociales acercamos la realidad del DCA al público genérico mediante vídeos, fotografías, campañas y seguimiento a otras entidades y personas relevantes.

Programa de Autonomía e inclusión social de Personas con DCA

Atención multidisciplinar y holistica de las personas con DCA cronificado, estableciendo metas y objetivos alcanzables hacia la vida autónoma y la inclusión de las mujeres y hombres afectados por DCA atendidas, de acuerdo a las diferentes capacidades que la lesión cerebral ha dejado.

Programa de información y apoyo a familias con DCA

Programa para informar, apoyar, orientar y asesorar a las familias. Busca dotar a las familias de recursos y herramientas básicas que les permitan afrontar su nueva situación. Este programa incluye grupos de ayuda y autoayuda de familiares con el objetivo de crear espacios en los que poder compartir experiencias e inquietudes con otras personas que se encuentran en situaciones similares.

NECESIDADES Y REIVINDICACIONES DEL COLECTIVO

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) constituye una discapacidad en aumento en nuestra sociedad. Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, EDAD año 2008, más de 420.000 personas viven con DCA en España. A pesar de ello, esta discapacidad específica sigue siendo una gran desconocida. Se desconocen su magnitud, sus secuelas y la situación de desamparo en que se encuentran las personas afectadas y sus familias.

Cada episodio de DCA conlleva una ruptura vital de graves consecuencias en el ámbito personal, familiar y social. El sistema sanitario alcanza una elevada tasa de eficacia en su función de salvar vidas en su aspecto biofísico. Sin embargo los poderes públicos no han cumplido, hasta ahora, con su responsabilidad en la creación de una red planificada y coherente de recursos y servicios para atender las necesidades de rehabilitación e integración social que precisan las personas supervivientes y sus familias. Esta situación paradójica que algunos llaman el “fracaso del éxito” traslada a la familia la responsabilidad de la atención sin contar con apoyos desde el sistema sociosanitario.

Las personas con DCA y sus familias siguen siendo un grupo social sometido estructuralmente a exclusión severa, con dificultades enormes para ejercer sus derechos básicos y libertades fundamentales y acceder a los bienes, productos y servicios que se consideran como normales para toda la población.

En 2006, el defensor de Pueblo advertía: el DCA “constituye uno de los mayores desafíos para la adecuada coordinación entre las distintas administraciones en los ámbitos sanitario y social, la articulación de estrategias preventivas y asistenciales y para garantizar la calidad de vida e igualdad a las personas afectadas y sus familiares”. Más de una década después, este desafío permanece, aunque la realidad del DCA ha cambiado.

Dentro de las muchas necesidades con las que nos encontramos destacamos las siguientes:

Establecimiento de un criterio diagnóstico secundario de DCA al alta hospitalaria.
Este criterio se fijará de forma complementaria a las categorías diagnósticas establecidas en el CIE y teniendo en cuenta las diferentes etiologías causa del DCA.

El Daño Cerebral Adquirido es el resultado de una lesión súbita en el cerebro que produce diversas secuelas, dependiendo del área afectada y la severidad de las lesiones. Pero, no existe un diagnóstico que agrupe las diversas etiologías que pueden incurrir en un DCA y eso supone una clara desventaja a la hora de conocer su dimensión, su evolución, sus necesidades y de proponer soluciones.

En el sistema sanitario, las personas con DCA entran aquejadas de una etiología que recibe una clasificación sanitaria precisa y bien codificada en el sistema CIE: ictus, traumatismo, infección, tumor y sus múltiples especificidades. Sin embargo, salen del mismo con una lesión cerebral adquirida para la que ni siquiera existe un nombre específico reconocido por el Sistema. El DCA se ha ido abriendo paso por la presión de las necesidades manifestadas por las personas afectadas y sus familias y por los profesionales del ámbito de la neurorehabilitación sanitaria y de la inclusión social. Proponemos que haya una codificación secundaria añadida y complementaria a la CIE que permita identificar que la persona tiene Daño Cerebral.

Registro actualizado de la población con DCA y su situación en Andalucía.
Es necesario profundizar en el análisis de la problemática de los "supervivientes" con daño cerebral a nivel autonómico. Para ello es necesario un estudio epidemiológico o censo de población afectada por DCA en Andalucía.

Inclusión en la legislación autonómica del establecimiento de un marco normativo que regule los requisitos materiales y funcionales de los centros residenciales, de estancia diurna, ocupacionales, viviendas tutelas o cualquier otro dispositivo destinado a las personas con DCA.

Valoraciones certeras.
A la hora de realizar las valoraciones para la emisión de los PIA por parte de los equipos, es necesario; en primer lugar que estén informados y conozcan qué es el DCA y en segundo lugar que conozcan y ofrezcan los recursos especializados que la persona afectada por DCA necesita. Hay una gran población de personas con DCA en Andalucía que se encuentran en otros recursos que no son los más idóneos para su atención, recuperación y mantenimiento, porque no han sido correctamente valorados y derivados.

Necesidad de recursos residenciales o Unidades de Noche y de respiro especializadas para DCA.
Inexistencia de recursos para nuestra población que va envejeciendo y que va quedando sin apoyo familiar o se ha deteriorado la atención por estar a cargo de sus cuidadores también mayores. En Andalucía no existen recursos o dispositivos que den respuesta a esta necesidad, a excepción de una única residencia para toda Andalucía situada en Écija.

Creación de la Estrategia de Atención al DCA y Observatorio Andaluz del Daño Cerebral.
Creemos que es absolutamente necesaria la creación tanto de una estrategia como de un observatorio siguiendo las líneas de los ya existentes en la Comunidad de Madrid y en la Comunidad Valenciana.

Es imprescindible la existencia de **unidades de neurorrehabitación** en los en los hospitales andaluces y que estén dotadas tanto de neuropsicólogos como de trabajadores sociales. Al menos debería haber una en cada provincia. Estas unidades no pueden estar centradas únicamente en la parte física (fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional) sino que debe contemplar la parte cognitiva (neurpsicología) y la parte social (trabajo social).

Apoyo al movimiento asociativo del DCA.

Que el movimiento asociativo del DCA en Andalucía (ya sea a nivel local, provincial o autonómico) obtenga los apoyos económicos, sociales y públicos necesarios por parte de las administraciones para continuar luchando por los derechos de las personas con DCA y sus familias y se promocione el trabajo coordinado de dichas administraciones para facilitar la firma de convenios que den respuestas a las necesidades de la población con DCA. Para que Andalucía pueda seguir siendo un ejemplo de vertebración y organización a nivel nacional, como ha sido hasta ahora.

Continuidad y coordinación asistencial.

Una de las demandas más repetidas por las personas y familias afectadas por daño cerebral es la ruptura asistencial que se produce a la salida del hospital. Nuestro sistema sanitario garantiza una atención razonablemente homogénea y de alta calidad en las fases iniciales, cuando el paciente está en estado crítico y la supervivencia es el objetivo prioritario. Pero una vez superada esa fase, la atención es desigual en los ámbitos de rehabilitación, y tiende a la inexistencia cuando las necesidades son de reinserción social. Necesitamos que se de continuidad al servicio iniciado en el Hospital e ir ajustando los objetivos a las distintas fases por las que pasa la persona con DCA y su familia. Ello requiere completar la red de servicios y, en segundo lugar, garantizar su funcionamiento coordinado. Dado que la responsabilidad de los cuidados recae en servicios sanitarios distintos, e incluso en administraciones o consejerías diferentes (como es el caso de salud y políticas sociales), es necesario proponer mecanismos de coordinación que faciliten el flujo y aprovechamiento de los servicios ofertados.

Mejora de la calidad e intensidad en la rehabilitación ambulatoria.

En la mayoría de casos, las personas afectadas y sus familias refieren que tardan demasiado en empezar la rehabilitación ambulatoria desde que les dan el alta hospitalaria, habiendo unas semanas e incluso meses de vacío asistencia que facilita el retroceso de los avances conseguidos en al fase hospitalaria. Actualmente se está reduciendo este tiempo de espera a costa de reducir a su vez el tiempo de duración de las sesiones de rehabilitación y esto es contraproducente para una rehabilitación de calidad.

Por otro lado, los colectivos con edad a partir de los 64 años de edad son relegados a un segundo plano y en muchos caso ni siquiera se les ofrece la rehabilitación ambulatoria debido a considerarse demasiado mayores para su rehabilitación. Teniendo en cuanta el envejecimiento cada vez más acuciante de la población y el fomento del envejecimiento activo, esto no se puede consentir ya que va en perjuicio de los derechos de las personas por razón de edad.

Regular la figura del Familiar-Experto.

Al igual que existe la figura del paciente experto en los hospitales, en el caso de las afectaciones por DCA creemos absolutamente necesaria la figura del Familiar Experto, ya que las familias reciben una fuerte sacudida cuando el DCA llega a sus vidas. Esta incorporación sería de gran ayuda para la familia en el momento del ingreso, ya que las primeras horas es cuando están más receptivos y sobre todo cuando más necesitan información y soporte emocional de personas que han pasado por la misma situación, por lo que la incorporación de esta figura puede ser de gran ayuda.

FANDACE - ANDALUCÍA
Daño Cerebral Adquirido

Asociaciones federadas

ADACEA
C/ Esteban Ramírez MarVnez, 2.
4ºb. 23009 Jaén 953 25 73 32

ADACCA
C/ Eslovaquia 1.14 Parque
Empresarial de Poniente 11011
Cádiz 956 22 60 70

ADACEMA
C/ Generación, 7. Bda. El Tarajal
Campanillas. 29590 Málaga
951 90 04 08

AGREDACE
C/ Poeta Vicente Aleixandre, 4.
18015 Granada 958 29 15 89

DACE
Ctra. Miraflores s/n. 41015
Sevilla 954 43 40 40

ACODACE
Pza. Vista Alegre, 11. Ed. Florencia.
14004 Córdoba 957 45 25 21

AFNEOS
Calle Vinagre, 5.
41560 Estepa (Sevilla) 622 447 398

Referencias de interés

- INSCRITA EN EL RESGISTRO DE ASOCIACIONES DE ANDALUCIA Nº 176 SECCION 2º
- INSCRITA EN EL REGISTRO DE ENTIDADES, SERVICIOS Y CENTROS DE SERVIVIOS SOCIALES Nº AS/E/5736
- INSCRITA EN EL REGISTRO DE ENTIDADES DE VOLUNTARIADO DE ANDALUCIA Nº149
- INSCRITA EN CENSO DE ASOCIACIONES EN SALUD DE ANDALUCÍA CON EL Nº 1471
- INSCRITA EN EL REGISTRO DE ASOCIACIONES DE AYUDA MUTUA Y AUTOAYUDA DE SALUD 939/06
- MIEMBRO COMITÉ EJECUTIVO DE CERMI ANDALUCIA
- MIEMBRO DEL PLENO DEL CONSEJO ANDALUZ DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
- MIEMBRO DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO - FEDACE
- MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DAÑO CEREBRAL ADQURIRDO - FEDACE
- MIEMBRO VOCAL SUPLENTE DE LA MESA DEL TERCER SECTOR DE ANDALUCÍA

www.fandace.org

FANDACE - ANDALUCÍA
Daño Cerebral Adquirido

Contacto_

C/ Astronomía, Torre3, Planta 1ª Módulo 12. Parque Empresarial Nuevo Torneo. 41015. Sevilla.

954 671 881 - info@fandace.org - www.fandace.org