



VULNERABILIDAD Y NECESIDADES DE LAS MADRES CON DISCAPACIDAD

Maternidades Vulnerables, 2020

*“Todo el mundo tiene
dificultades y discapacidades.
Pero no por eso somos
discapacitados”*

Marc Buixaderas, 2021

Abril, 2021

Índice

1. Introducción.
2. Atención integral a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.
3. Vulnerabilidad y discriminación de las mujeres y las madres con discapacidad.
4. Necesidades de las madres con discapacidad.
5. Conclusiones y Recomendaciones.
6. Referencias Bibliográficas.
7. Declaración de Autoría.

1. Introducción

La Asociación Salud y Familia, entidad no gubernamental de ámbito estatal lleva trabajando ininterrumpidamente veinticinco años en el ámbito de atención a las familias y las mujeres vulnerables y presenta un alto nivel de especialización en el abordaje de la maternidad en situaciones de vulnerabilidad ofreciendo un amplio abanico de opciones y prestaciones a las madres a la par que conectándolas y mejorando su acceso a sistemas de protección normalizados como son los servicios de salud, los servicios sociales, los servicios de empleo y el sistema de ayudas públicas a familias.

La Asociación Salud y Familia, con el apoyo financiero y la colaboración institucional continuada de las administraciones públicas y el tercer sector social, ha conseguido ensamblar y hacer operativo un modelo de atención integral a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad que ofrece de forma perseverante segundas oportunidades en salud reproductiva, acceso a la formación profesional y al empleo, empoderamiento de las madres y las mujeres y apoyo para la construcción de redes sociales amplias.

La desigualdad social y económica ha ido progresivamente en aumento desde los años ochenta en la mayoría de países occidentales y España no es una excepción. La desigualdad social alimenta creencias que nos hacen más proclives a tolerarla, aceptarla y justificarla. A su vez, las relaciones sociales adoptan formas que mantienen y refuerzan la desigualdad social a través de dos grandes rutas culturales: a) La posición social individual se ha ido convirtiendo en el núcleo fundamental de la evaluación que hacemos de nosotros mismos y de los demás, b) Cada vez nos vamos sintiendo más alejados unos de otros.

Pese al contexto de desigualdad social creciente hay margen para la libre elección. Adaptamos nuestras elecciones a las oportunidades reales que nos presenta la vida. En este sentido, existen diferencias abismales en la libertad de elegir, especialmente entre las mujeres que, todavía hoy, crecemos bajo un patrón social de vigilancia, amoldamos nuestros cuerpos, nos negamos espacios, controlamos horarios, coartamos movimientos y gestos y seguimos siendo disciplinadas mediante los estereotipos, el acoso, el escarnio y el insulto en nuestra vida cotidiana. Las mujeres somos reconocidas principalmente como cuidadoras y esto ha venido ocurriendo demasiado tiempo. En la actualidad, las mujeres españolas presentan niveles educativos más elevados que los hombres y, sin embargo, perdura una menor tasa de actividad, una brecha salarial significativa, un menor reconocimiento e influencia en todos los ámbitos y una violencia de género reticular que socava la salud y la vida de millones de mujeres. Quedan, pues, brechas por cerrar y caminos por recorrer, ya que participar y formar parte de la voluntad general se ha configurado como una aspiración de una mayoría significativa de mujeres españolas.

Desde el inicio del siglo XXI, España es una sociedad con una población que presenta una notable diversidad cultural, un incremento de la movilidad territorial entre personas residentes, un mayor número de incidencias y necesidades asociadas a la variedad de culturas y subculturas y un aumento continuado de la distancia entre los rangos de ingresos. Estos cambios recientes y acelerados provocan que las agendas públicas estén abiertas y, en muchas ocasiones, por páginas diferentes pues cada cambio demográfico, tecnológico, normativo o de costumbres lleva aparejado un impacto sistémico.

En las sociedades europeas y también en España, el aislamiento y la segregación social, los niveles educativos bajos y la consiguiente lejanía respecto a la corriente principal de la sociedad provocan efectos duraderos a lo largo del ciclo vital de las personas: a) Socavan las bases sociales del respeto hacia una misma que se construye en la infancia y la juventud, b) Reducen las habilidades para conseguir recursos y c) Hacen más difícil convertir los medios y los recursos en funcionamientos satisfactorios.

En este contexto de complejidad social y cultural, la pobreza en España ha presentado una gradación de intensidad ascendiente concentrándose especialmente en las familias con menores a su cargo y, entre éstas, en las familias de origen inmigrante, en las familias monomarentales y en las madres adolescentes y jóvenes. Asimismo, es necesario subrayar la tendencia de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad a registrar una fecundidad y una natalidad netamente superiores a la media española, esta última en línea con las tendencias demográficas en la Europa continental y del Sur.

Las mujeres en situación de vulnerabilidad focal y/o múltiple viven a menudo en ecosistemas sociales que propician el aislamiento cultural y social, el cual se ve agravado cuando son madres poniendo en riesgo simultáneamente su proyecto vital como mujeres y la crianza de sus hijas/os en clave de socialización abierta. La maternidad en situaciones de vulnerabilidad reduce a corto, medio y largo plazo las redes de apoyo familiar y social y conduce a la cronicidad de la privación, la discriminación, la vulnerabilidad y/o la pobreza para las madres y a la transmisión intergeneracional de menores capacidades para sostener la vida.

Este Informe sobre **VULNERABILIDAD Y NECESIDADES DE LAS MADRES CON DISCAPACIDAD** forma parte de una serie que se ocupa de: a) Definir las características de un modelo de atención integral a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad que ofreciendo segundas oportunidades sea capaz de generar protección al minimizar las consecuencias adversas de las decisiones automáticas y de los entornos de privación y discriminación, b) Identificar las intersecciones o nudos sociales y culturales que constituyen ámbitos específicos de vulnerabilidad a los que las mujeres estamos expuestas por nuestra triple condición de mujeres, gestantes y cuidadoras.

2. Atención integral a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad es un concepto amplio y multifactorial que se aplica a personas y grupos sociales. Puede resumirse en la susceptibilidad a ser dañada/o física, mental y/o moralmente. En la valoración de la amplitud y la intensidad de la vulnerabilidad deben tenerse en cuenta:

- Los riesgos sociales, ambientales, físicos, mentales y morales a los que las personas y grupos sociales estamos expuestas/os.
- Las capacidades para prevenir, resistir o sobreponerse a determinados riesgos, daños y/o discriminaciones.
- Las respuestas sociales, sanitarias y legales a las necesidades y los contextos de vida de las mujeres y de las madres en general y, más especialmente de las que se encuentran en circunstancias y/o posiciones sociales más desfavorecidas.

La perspectiva de género se refiere a la metodología y los mecanismos de análisis que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres que se pretende justificar en base a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres emborronando las diferencias culturales en la asignación asimétrica de roles, actividades y conductas. Esta perspectiva debe ser implementada cuando tratamos la maternidad, que continua siendo una de las elecciones decisivas en la vida de las mujeres de cualquier origen, raza, religión, clase social y/o nivel formativo. Analizar la maternidad y las circunstancias puntuales o crónicas de vulnerabilidad con la lente de la perspectiva de género permite entender que la vida de mujeres y hombres puede modificarse en la medida que no está “naturalmente” determinada y al cuestionar los estereotipos abre la posibilidad de pensar y actuar de modo que:

- Se produzcan mejoras en la vida de mujeres y hombres, enriqueciendo todos los ámbitos de actividad humana tanto sean reproductivos como productivos.
- Se comprenda como se gesta y se expresa la discriminación hacia las mujeres en su diversidad y se abran vías para transformarla.
- Se redistribuyan equitativamente las actividades entre mujeres y hombres en la esfera privada y pública. Cuando nos focalizamos en la maternidad, la crianza y la vida en familia es necesario centrarse en la corresponsabilidad en el cuidado de las/os hijas/os y la redistribución de las actividades de sostenimiento de la vida humana.
- Se modifiquen las estructuras sociales, los mecanismos, las reglas, las prácticas y los valores que perpetúan la desigualdad de género.
- Se fortalezca el poder de gestión y decisión de las mujeres y de las madres teniendo en cuenta las situaciones de vulnerabilidad y discriminación que irán apareciendo a lo largo del ciclo de vida.

La equidad se basa en que la unidad de medida de la justicia social es el trato que reciben las personas más desfavorecidas, en este caso las mujeres y las madres en situaciones de vulnerabilidad. En la práctica, un programa, modelo o servicio equitativo tiene que desarrollar tres componentes estratégicos:

- Abrir rutas múltiples de accesibilidad física, económica y cultural de tal modo que la oferta de atención llegue y penetre en los entornos más desfavorecidos y discriminados y en las situaciones de vulnerabilidad.
- Crear entornos ricos en oportunidades y adecuados a las necesidades específicas de los diversos grupos de mujeres y madres vulnerables.
- Proporcionar un trato que promueva los códigos modernos del respeto vinculados estrechamente al empoderamiento y consistentes en fomentar que cada mujer o madre haga algo por sí misma, mejore su capacidad para cuidarse y coopere con los demás.

La atención integral se entiende como el conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida humana así como para promover el aprendizaje a través de la experiencia en un marco de respeto hacia los valores de las personas. En el ámbito de la atención a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad, el enfoque integral facilita:

- Salir del sistema protocolizado de atención a las mujeres y las madres basado en el principio de eficiencia bajo mínimos.
- Integrar la mayoría de funciones claves en un único nivel de atención social y sanitaria, pues todo aquello que es relevante para las mujeres, las madres y las familias se produce en primer plano al alcance del profesional y se encuentra en el seno del campo relacional entre madres y profesionales.
- Ofrecer simplicidad y presencia plena en la atención social y sanitaria de primera línea, desplazando y minimizando todo tipo de transacciones administrativas. Este marco de atención favorece que, tanto las madres como los profesionales que las atienden, puedan aplicar sus habilidades a los ámbitos donde es factible una acción eficaz.
- Identificar el centro de gravedad de la situación de todas y cada una de las madres en situación de vulnerabilidad, presentar un horizonte creíble de acciones y generar confianza.
- Detectar oportunidades y reorganizar, cuando es necesario, prioridades de forma compartida entre las madres y los profesionales que las atienden.

3. Vulnerabilidad y discriminación de las mujeres y las madres con discapacidad.

Hasta tiempos recientes las personas con discapacidad no estaban incluidas en la observación ni tampoco en la perspectiva y el debate sobre las desigualdades sociales. La desigualdad se enfocaba como la brecha que separaba a los colectivos sociales respecto a las opciones de vida medias mientras se mantenían en la invisibilidad los grupos de personas considerados radicalmente “distintos”. Entre estos grupos invisibilizados y sin voz, como consecuencia de la aplicación generalizada y sistemática de la noción de normalidad, destacan las personas con discapacidad.

En España hasta muy avanzado el siglo pasado, muchas familias escondían a las personas con discapacidad que eran vistas desde una perspectiva de carencias como seres débiles y dependientes que debían vivir bajo una permanente tutela. En el imaginario social a las mujeres con discapacidad se las consideraba seres infantiles, niñas inocentes y asexuadas que muy difícilmente llegarían a ser personas completas. El libro “automático” de conducir para vivir en sociedad excluía a las personas con discapacidad y las mujeres sufrían una significativa vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos. Las familias, las comunidades y las instituciones compartían los mismos estereotipos acerca de las mujeres con discapacidad entre los que sobresalían la necesidad de tutelar sus decisiones y la idea de que no podían ser plenamente responsables para emanciparse y formar su propia familia.

Esta situación de partida donde el estigma y el prejuicio generaban una malla invisible de discriminación contra las mujeres con discapacidad ha ido evolucionando jurídica y socialmente gracias al enfoque de derechos humanos universales por el que han apostado los colectivos de personas

con discapacidad. Sin embargo, en la vida diaria las mujeres y las madres con discapacidad continúan siendo vistas y atendidas a través de una lente que mide la distancia que les separa de la normalidad.

Queda mucho camino por recorrer para que en las familias y en las comunidades se admita, en la práctica, el derecho de las mujeres con discapacidad a relacionarse como iguales y no ser escrutadas ni supervisadas. Todavía hoy cualquiera se considera más autorizado que la propia mujer para opinar, orientar o incluso decidir sobre su vida.

En las instituciones sanitarias y sociales, de conformidad con las disposiciones legales, se han erradicado las vulneraciones fragantes de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad tales como la esterilización forzosa y el aborto bajo coacción. Pero aún perduran numerosas situaciones de toma de decisiones donde el consentimiento de las mujeres se ve debilitado o viciado. La mirada “normalizadora” está enraizada y extendida en la cultura profesional y supone:

- Un enfoque de la discapacidad como merma o disminución no como diferencia.
- Una falta de atención a la(s) diferencia(s) que quedan fuera de la atención protocolizada.
- Una focalización en las limitaciones personales y un borrado de las potencialidades para el autocuidado, la vida en familia y la crianza que tienen las mujeres con discapacidad.
- Un sesgo negativo respecto a los riesgos del embarazo y el parto.
- Equipamientos sanitarios estandarizados que comportan barreras para las mujeres con discapacidad.

Aún hoy, la actitud predominante en las instituciones sanitarias y sociales es un paternalismo condescendiente que desposee a las mujeres con discapacidad del acceso a tiempo sobre información y orientación coherente, personalizada y de calidad en áreas cruciales como el consejo

reproductivo a favor de una maternidad responsable y la contracepción de larga duración y alto impacto. Sin poder manejar esta información para poder transformarla en un conocimiento ajustado a sus condiciones de vida, las mujeres con discapacidad difícilmente pueden sopesar sus decisiones ni anticipar sus necesidades de apoyo, ni tampoco valorar el impacto de la maternidad respecto a sus oportunidades educativas y de empleo.

El resultado de esta tupida y sutil red de trato social e institucional no inclusivo hacía las mujeres con discapacidad refuerza el sentimiento de ser una carga y de añadir una carga más a la sociedad cuando desean ser o son madres. El estigma social trunca el empoderamiento de las mujeres con discapacidad para estimular y reclamar en todos los ámbitos la toma de decisiones compartidas y respetuosas con su autonomía y las hace más vulnerables a la violencia psicológica en momentos de crisis familiares y de pareja.

4. Necesidades de las madres con discapacidad.

Las mujeres con discapacidad, incluyendo aquellas que han sufrido mutilación genital, se encuentran con barreras específicas durante el embarazo, el parto y la crianza justamente cuando más precisan de cuidados personalizados por parte de los servicios sanitarios y sociales.

La maternidad ha dejado de ser una meta imposible o inadecuada para las mujeres con discapacidad siempre que puedan afrontarla con un apoyo familiar y social proporcional a las barreras que encontraran a lo largo del embarazo, el parto y la crianza. La maternidad es cada vez menos un automatismo biológico y más bien se ha convertido en el resultado de una

mujer que otorga su pleno consentimiento. La maternidad responsable supone un dilema y, por ello, las mujeres con discapacidad precisan de espacios de información y orientación para tomar contacto con sus necesidades, tener la libertad de expresarlas y conseguir recursos para satisfacerlas.

Las barreras físicas, sociales, psicológicas y comunicativas que afectan a las mujeres con discapacidad que desean ser o son madres les alejan de la corriente principal de la sociedad y favorecen su aislamiento y exclusión con diferentes niveles de intensidad. Por ello, es importante señalar los logros alcanzados y los desafíos a enfrentar. A grandes rasgos, la sanidad pública cubre actualmente el acceso a una atención prenatal de calidad y a una atención al parto médicamente adaptada a la situación de discapacidad de la mujer embarazada. Sin embargo, existen necesidades insatisfechas y/o dejadas en segundo plano como son: a) Equipamiento médico como las camillas de exploración no adaptadas a las mujeres con discapacidad motora, b) Falta de acceso a los grupos de preparación al parto, lo que supone una pérdida de oportunidad para las mujeres embarazadas con discapacidad de socializar su experiencia con otras madres, c) Por defecto, las mujeres con discapacidad se ven abocadas a partos más intervencionistas, d) En el momento de dar a luz no se prioriza el binomio madre-hij@, el contacto piel con piel y la lactancia, tres de las acciones que más beneficios han demostrado tener para la madre y el recién nacido.

A lo largo de la atención prenatal y durante el parto, l@s profesionales sanitari@s se esfuerzan en garantizar la seguridad y la salud física de las madres con discapacidad y de sus futur@s hij@s. La importancia de este objetivo es innegable pero también deberían afrontar otros desafíos estrechamente conectados con el respeto efectivo por la dignidad, los sentimientos, las preferencias y las elecciones de las madres. Las mujeres embarazadas con discapacidad buscan cada vez más respeto por su cuerpo, su futu@ hij@, sus deseos y expectativas y su voluntad y tienen una gran necesidad de manejar información objetiva y bien contrastada desde la excelencia científica sobre los riesgos y los beneficios de sus decisiones.

Antes del embarazo y a lo largo del mismo las mujeres con discapacidad necesitan valorar con suficiente anticipación dos aspectos cruciales como son la planificación familiar a realizar y los preparativos para una crianza responsable y lo más autónoma posible. El embarazo ofrece un tiempo muy valioso para madurar y fortalecer estos preparativos que comportan pensar y articular la red de apoyo práctico que necesitarán, conocer las ayudas sociales que tienen a su alcance, planear como conciliar su vida laboral y familiar y estar informadas sobre qué métodos contraceptivos de larga duración o irreversibles están a su disposición. Estos preparativos son esenciales para evitar el trauma psicológico que puede suponer un parto en que todas las decisiones pendientes se agolpan y se toman improvisadamente en una situación de máxima vulnerabilidad y dependencia.

La necesaria transformación a realizar por l@s profesionales sanitari@s y sociales es principalmente de índole cultural pues supone aceptar que todas las mujeres, con o sin discapacidad, tienen los mismos derechos aunque diferentes necesidades. Asumir la perspectiva de los colectivos de personas con discapacidad que aspiran a llevar una vida lo más autónoma posible no se resuelve mediante un acto aislado de toma de conciencia, más bien precisa de una formación continuada y específica que permita a l@s profesionales entender las múltiples formas en que se manifiesta la discriminación y la desigualdad. Es desde esta base que será posible desarrollar habilidades de observación y comunicación para escuchar, acompañar y guiar a las mujeres y madres con discapacidad a fin de que puedan tomar sus propias decisiones.

Como tantas veces ha sucedido en la evolución de las instituciones y de l@s profesionales sanitari@s y sociales, la adquisición y el desempeño de nuevas habilidades de observación y comunicación con objeto de mejorar la atención a las personas que sufren mayor inequidad y discriminación redundará de forma directa y positiva en las mujeres y madres con discapacidad y, a la vez, contribuirá a actualizar la justa medida del trato que deben recibir todas las mujeres y las madres.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

Las propuestas a **corto plazo** para mejorar la salud reproductiva y materno-infantil de las mujeres y madres con discapacidad son aquellas que reúnen condiciones de factibilidad, bajo coste, optimización de recursos ya existentes, aceptación de las beneficiarias y capacidad de penetración en el colectivo de continua referencia. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Promover y simplificar los canales de acceso de las mujeres con discapacidad al consejo reproductivo y a los estudios genéticos antenatales que reúnan condiciones de excelencia científica.
- Implementar una atención prenatal inclusiva que elimine barreras en los equipamientos médicos, facilite la participación de las mujeres embarazadas con discapacidad en los grupos de preparación al parto, fomente proactivamente el consejo de anticoncepción y planificación familiar y promueva el acceso a la información sobre ayudas sociales y medidas de conciliación de la vida familiar y laboral.
- Potenciar el parto respetuoso y sopesar cuidadosamente las técnicas a utilizar en función de la discapacidad de la madre con objeto de lograr el menor intervencionismo posible.
- Evitar en todo momento que las mujeres embarazadas con discapacidad deban tomar en la situación de vulnerabilidad y dependencia connatural al parto, decisiones tales como la contracepción irreversible si es que no ha sido meditada y solicitada previamente.
- Prevenir la depresión post-parto y el desamparo de las madres con discapacidad facilitando la accesibilidad a la figura, prevista en la ley de dependencia, de un asistente personal que preste apoyo a la crianza como mínimo durante los mil primeros días de vida del bebé.

Las propuestas a **medio plazo** para optimizar la salud y el bienestar de las mujeres y madres con discapacidad son aquellas que precisan de un impulso sostenido y un fuerte liderazgo, que suponen procesos de coordinación institucional y que necesitan de múltiples sinergias intersectoriales y de colaboración interdisciplinar. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Abrir una línea sostenida de formación continuada y reglada dirigida a profesionales sanitari@s y sociales sobre la construcción social de la discriminación y la desigualdad. A esta formación deberían contribuir en primera persona, mujeres con discapacidad que aporten su experiencia de vida. El objetivo último de la formación sería minimizar el uso automático de estereotipos en relación al género y a la discapacidad.
- Abrir una línea sostenida de formación continuada y reglada dirigida a profesionales sanitari@s y sociales focalizada en el desarrollo de habilidades de escucha activa y comunicación personalizada.
- Establecer en el seno de las organizaciones sanitarias y sociales un conjunto de indicadores básicos que permitan registrar los cambios que se vayan produciendo en el trato y las prestaciones ofrecidas a las mujeres con discapacidad.
- Partiendo del liderazgo de las organizaciones de personas con discapacidad promover iniciativas, proyectos y programas en colaboración con las escuelas y los medios de comunicación con objeto de combatir los prejuicios y los estereotipos más habituales respecto al género y la discapacidad.
- Partiendo del liderazgo de las organizaciones de personas con discapacidad desarrollar estudios y análisis que identifiquen las nuevas formas y expresiones de los prejuicios y los estereotipos respecto al género y la discapacidad.

6. Referencias Bibliográficas.

- CERMI MUJERES (2021) “Europa: Construyendo inclusión. La Europa de las personas, una esperanza compartida”. Colección Inclusión y Diversidad, Libro nº 31, Fundación CERMI.
<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/novedades/Europa%20construyendo%20inclusi%C3%B3n.pdf> .
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008.
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> .
- C. Pérez, M. del Pilar (2014) “Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad”. Perinatología y reproducción humana 28 (2) pp 91-96. Ver en <https://www.medigraphic.com/>.
- López González, María (2008) “Mujeres con discapacidad: mitos y realidades en las relaciones de pareja y en la maternidad”. Narcea Ediciones. Ver en <https://books.google.es/>.
- Moya Maya, Asunción (2009) “La sexualidad en mujeres con discapacidad: perfil de una doble discriminación”. Universidad de Alicante. Centro de Estudios sobre la Mujer.
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/13330?locale=ca> .
- Méndez M, E. (2018) “Desarrollo de un Modelo de Prevención, Atención y Protección a la Maternidad Vulnerable”. ASOCIACIÓN SALUD Y FAMILIA.
<https://saludyfamilia.es/sites/default/files/Informe%20Maternidad%20Vulnerables%202018.pdf>

- Programas de atención al embarazo, parto y puerperio en España, Noviembre 2019.
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/programas-de-atencion-al-embarazo-parto-y-puerperio-en-espana/> .
- Serra, María Laura (2017) “Mujeres con discapacidad: sobre la discriminación y la opresión interseccional”. Midac, SL. Ver en <https://books.google.es/> .

7. Declaración de autoría.

La Dra. Elvira Méndez Méndez, médica especialista en medicina preventiva y salud pública es la autora de este Informe y responsable de su orientación, contenidos y fuentes utilizadas.

Este Informe ha sido un encargo de la Asociación Salud y Familia en el marco del programa *MATERNIDADES VULNERABLES* y en su producción han sido relevantes las aportaciones de las señoras Yolanda Segovia Segovia, M^a Teresa Pérez-Caballero Molina, Cristina Sánchez Miret y Pepi Sierra Porras.

El Programa *MATERNIDADES VULNERABLES* ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, convocatoria de subvenciones 2019 para la realización de actividades de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.



Associació Asociación
SALUD y FAMILIA

Abril 2021. Barcelona.

Composición de Portada: Pere Anglada.

Diseño y maquetación: Carolina Herrera.

Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento – NoComercial-SinObraDerivada- 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visitar: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

