

EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y SANITARIA EN LA COMARCA DE LA GARROTXA.

TEIA FÁBREGA PAIRÓ

Directora. Consorcio de Acción Social de la Garrotxa.

SUMARIO

1. UNA LARGA TRAYECTORIA DE TRABAJO INTERSECTORIAL EN LA GARROTXA.

2. HACIA DÓNDE NOS HEMOS ENFOCADO EN 2017.

- 2.1. Integración en la atención domiciliaria.**
- 2.2. Integración social y sanitaria de la intervención a las personas con enfermedad mental.**

3. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Atención domiciliaria; Enfermedad Mental; Rutas; PIAISS; La Garrotxa.

RESUMEN

La Comarca de la Garrotxa (Gerona) tiene una larga experiencia de coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios, concretándose en comisiones de trabajo, instrumentos comunes de planificación y gestión y en la compartición de recursos. En este artículo se presentan los esfuerzos recientes orientados a establecer procesos integrados de atención domiciliaria y a la formulación de una ruta de atención integrada de la Complejidad del Paciente complejo crónico de salud mental.

KEYWORDS

Home care; Mental Health; Pathways; PIAISS; La Garrotxa.

ABSTRACT

The region of La Garrotxa (Gerona) has a long experience of coordination and integration of public health and social services, taking the form of work committees, common instruments for planning and managing and the sharing of resources. In this article we present the recent lines of work aimed at establishing integrated home care processes and the formulation of an integrated care pathway for the complex process of managing mental health chronic patients.

1. UNA LARGA TRAYECTORIA DE TRABAJO INTERSECTORIAL EN LA GARROTXA.

La población de la comarca de la Garrotxa (Gerona, Cataluña) es de 55.999 habitantes, repartidos en 21 municipios, siendo Olot la capital. En la comarca de la Garrotxa existen 4 centros de salud, dos gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (gestión pública) y dos gestionados por el Hospital Comarcal (gestión privada, Fundación Hospital de Olot y Comarcal de la Garrotxa). Por su parte, el Consorcio de Acción Social de la Garrotxa es un organismo público formado por el Ayuntamiento de Olot y el Consejo Comarcal de la Garrotxa, que tiene el encargo de gestionar los servicios sociales de la comarca de la Garrotxa.

El proceso de puesta en marcha de convenios de colaboración entre servicios sociales y sanitarios se inició en el año 1996 y desde esa fecha hemos podido:

1. Desarrollar un modelo de integración de la atención primaria de salud y social.

Se han establecido convenios entre el Consorcio de Acción Social de la Garrotxa y los Centros de Salud gestionados por el Instituto Catalán de Asistencia Sanitaria y el Hospital Comarcal para que las trabajadoras sociales del Consorcio sean los profesionales integrados en el centro de salud. Con ello, conseguimos que:

- haya una única puerta de entrada para todas la personas,
- el diagnóstico y plan de mejora sean realizados conjuntamente,
- haya una valoración e intervención social

y sanitario conjunta,

- estén disponibles las dos carteras de servicios.

2. Disponer de instrumentos conjuntos de planificación y gestión de las listas de espera.

Hemos creado en la comarca distintas comisiones de trabajo entre los agentes sociales y sanitarios, para gestionar conjuntamente las listas de espera de las personas que han de acceder a una residencia de personas mayores y también a los distintos recursos sanitarios (hospital de día, centro sociosanitario) así como la gestión de la lista de espera de personas con discapacidad psíquica y enfermedad mental. Las comisiones ya en marcha son:

a. La Comisión para personas mayores dependientes. Creada en 1997, está integrada por un representante de cada una de las residencias de la comarca (8 residencias, 520 plazas residenciales), los centros de día para personas mayores (son los mismos representantes de las residencias, 241 plazas) y los representantes de los recursos sanitarios (trabajadora social, médico de geriatría, enfermera) que gestionan los recursos de residencia sanitaria, hospital de día y convalecencia.

Esta Comisión se reúne mensualmente y tiene como objetivo: la gestión de las listas de espera de los distintos servicios sociales y sanitarios, así como la detección de posibles dificultades en los circuitos. También en ella se detectan necesidades de la comarca para atender las personas en situación de dependencia, ya que se dispone de una visión global.

b. La comisión para personas adultas con discapacidad psíquica y enfermedad mental. Creada en el año 2000, está integrada por un representante de los dos centros ocupacionales, del centro especial de empleo, del servicio de integración a la empresa, profesionales de la red de salud mental de la comarca y un representante del consorcio, quien coordina la comisión. Esta comisión se reúne mensualmente, y su objetivo principal, es gestionar la lista de espera para poder adecuar los recursos a las necesidades de las personas. También se detectan necesidades o dificultades entre los servicios. En algunos momentos se han creado subcomisiones para poder trabajar en proyectos conjuntos. Inicialmente era una comisión que integraba los servicios de atención infantil y juvenil y de adultos, pero se decidió separar en dos comisiones. La comisión infantil y juvenil está formada por el centro de estimulación precoz, la escuela de educación especial, el técnico municipal de educación, director del equipo psicopedagógico de educación, responsable del servicio de salud mental infantil y juvenil, el médico pediatra y el consorcio. En esta comisión se trabajan circuitos de intervención, protocolos, se elaboran proyectos de actuación, etc.

c. Adaptar recursos sociales, para que el sistema sanitario disponga de algunos recursos domiciliarios de la cartera de servicios sociales.

2. HACIA DÓNDE NOS HEMOS ENFOCADO EN 2017.

Hemos continuado avanzando en el trabajo de integración social y sanitaria y durante

este año nos hemos focalizado en dos de los proyectos planteados en el modelo.

2.1. Integración en la atención domiciliaria.

En estos momentos, enmarcados dentro del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria de Cataluña (PIAISS), estamos trabajando en la integración de servicios domiciliarios. El PIAISS es un instrumento del Gobierno de Cataluña creado el año 2014 que asume como misión “promover y participar en la transformación del modelo de atención social y sanitaria para poder garantizar una atención integrada y centrada en las personas, capaz de dar respuesta a sus necesidades” (Ledesma, 2016).

En este marco, la permanencia de la persona en su domicilio y en su entorno, facilita el desarrollo de un sistema de salud y servicios sociales, basado en procesos de atención centrada en la persona y la comunidad, para mejorar y favorecer su proyecto vital, así como la capacidad del entorno relacional y comunitario de dar apoyo cuando sea necesario. Es pues necesario desarrollar el modelo, concretando sus principios y actuaciones.

Hemos desarrollado el trabajo con la colaboración de la Fundación Avedis Donabedian- Instituto universitario UAB, con una metodología colaborativa, basada en la participación y implicación de los profesionales, organizaciones y personas usuarias de los servicios y familiares (30 personas) desde la fase inicial de planificación y rediseño de los procesos. Se pretende así facilitar una futura implementación de un sistema integrado de salud y servicios sociales, basado en procesos de atención centrada en la persona

para mejorar y favorecer su proyecto vital, así como la capacidad de su entorno relacional y comunitario para darle soporte.

¿Qué quiere ofrecer este proceso integrado de atención domiciliaria a la comunidad de la Garrotxa, que aporte valor? Quiere ofrecer una atención integral y integrada social y sanitaria a domicilio basada en las necesidades de las personas, teniendo en cuenta sus potenciales, valores y preferencias, de tal manera que la persona pueda estar en condiciones dignas en el domicilio.

Se centrará la atención a todas las personas y a lo largo de toda su vida, (incluyendo situaciones prenatales y situaciones de duelo, para poder cuidar a los familiares que quedan) que requieran atención domiciliaria, preferentemente a aquellas personas con concurrencia de complejidad social y sanitaria o en riesgo de tenerla.

Este 2017 hemos conseguido:

a. consensuar el marco de referencia (véase gráfico 1) en el cual queremos definir el programa de atención integrada.

b. identificar las voces significativas de las personas usuarias y del entorno cuidador (véase cuadro 1 que recoge una selección de necesidades verbalizadas de las personas usuarias y de sus cuidadores).

c. Identificar los principales problemas, objetivos y prioridades del programa integrado.

d. realizar el diagrama causa-efecto para poder identificar los factores implicados.

e. identificar y analizar los servicios de atención domiciliaria sanitaria y social.

Seguidamente se desarrollarán los aspectos más relevantes trabajados, que definen nuestro programa de atención integrada.

Cuadro 1. Algunas de las necesidades significativas de las personas usuarias o de su entorno familiar.

“Me siento cansada... no puedo más. Necesito ayuda”.

“Ayúdame. Tengo dolor pero quiero estar con mi familia. Es donde debo estar”.

“Quiero sentir que me escuchan y quiero sentirme atendido y no dando vueltas de un lugar a otro, explicando mil veces las mismas cosas y con tantas personas distintas”.

“Cuando voy al médico de familia todo va bien, pero cuando voy a otros servicios no me conocen, no saben nada de mí, parece que no se hablen entre ellos”.

2.1.1. Marco de referencia/estratégico consensuado.

- Orientación centrada en la persona y en su proceso de mejora y confort para conseguir el nivel máximo de autonomía personal en la comunidad, de acuerdo con su proyecto de vida.
- Procesos de apoderamiento de las personas y unidades de convivencia y formas para conseguirlo.
- Trabajo comunitario para poder contribuir a desarrollar la máxima autonomía y

desarrollo.

- Orientación de las intervenciones a resultados, al funcionamiento y hacia la satisfacción de la vida de la persona y de su entorno relacional significativo.
- Trabajo de colaboración interdisciplinar con sistemas autocríticos y de aprendizaje continuo entre servicios sociales y salud y otros recursos de la comunidad.
- Evaluación del impacto y de las intervenciones y su orientación.

Gráfico 1. Marco de referencia.



Misión: ser un servicio integrado social y sanitario de la comarca de la Garrotxa, que preste la mejor atención domiciliaria integrada de excelente calidad y que promueva la máxima autonomía y dé respuesta a las necesidades y preferencias de las personas y familias del territorio que pueda necesitarlo.

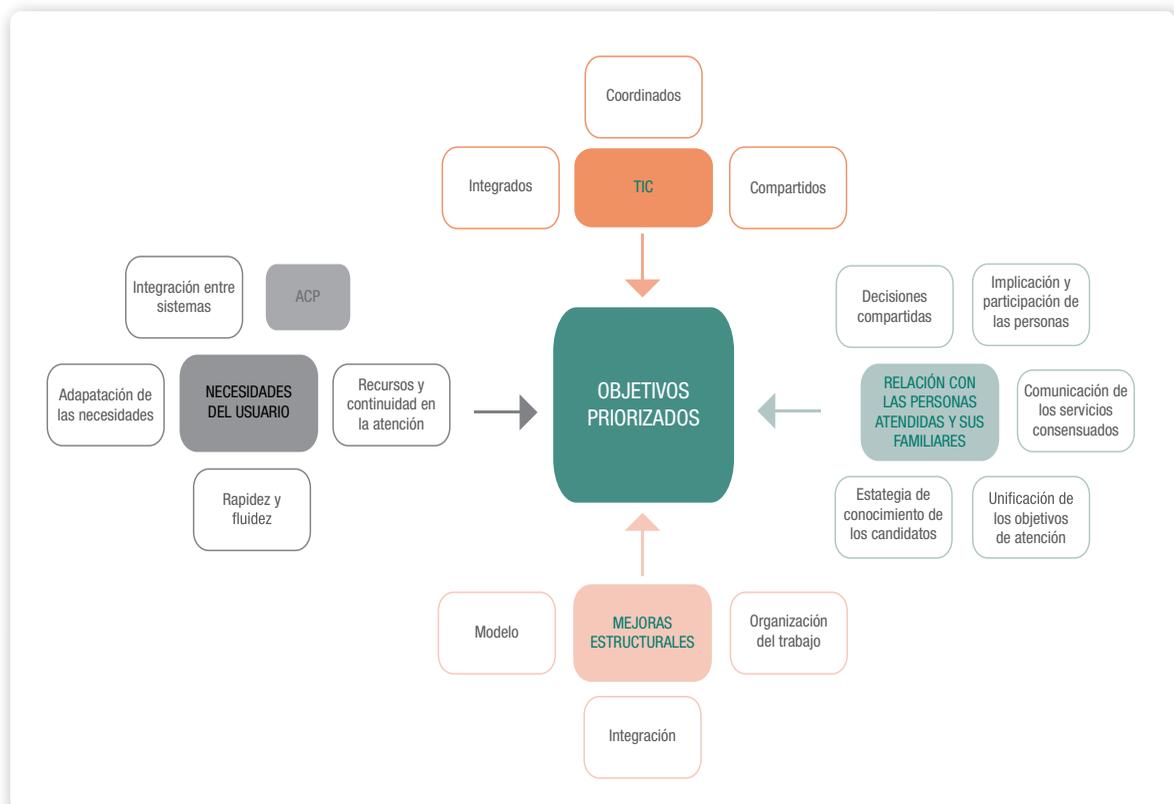
Visión: ser un servicio de referencia y un modelo para la comarca, para Cataluña y a nivel europeo en integración de servicios sociales y sanitarios centrados en la atención de las personas en el entorno domiciliario y en el ámbito comunitario.

Valores que acompañaran el proceso: un equipo de trabajo interdisciplinar, comprometido y responsable que genere confianza a todos los implicados. El trabajo se realizará de forma respetuosa y centrada en las personas y la comunidad, de forma flexible,

velando por la equidad en la prestación de servicios con continuidad de la atención y con los estándares máximos de calidad en la atención.

2.1.2. Objetivos planteados y su interrelación.

Gráfico 2. Objetivos y su interrelación.



2.1.3. Perfiles de las personas que serán usuarias del servicio.

1. Personas identificadas como Paciente Crónico Complejo (PCC) o con Enfermedad Avanzada Crónica (MACA) afectados por su condición o enfermedad o complejidad social y que requiera apoyo en su domicilio.

- Personas con dependencia que requieren apoyo en las Actividades de la Vida Diaria básicas y instrumentales.
- Personas con síndromas geriátricos: desnutrición, fragilidad, úlceras, caídas y fracturas en un proceso de cronicidad.
- Personas con deterioro cognitivo, demencias, alteraciones neurológicas,...
- Personas con problemas de salud que

requieren atención domiciliaria: insuficiencia cardiaca, EPOC, neoplasias,...

- Personas con enfermedades avanzadas, des de situaciones iniciales de transición, donde se requiere orientación y atención paliativa progresiva, hasta las situaciones de final de vida.
- Personas que requieren control de medicación en el domicilio.
- Personas que precisan de apoyo para la realización de actividades preventivas.

2. Personas en situaciones de dependencia y fragilidad, tanto si son transitorias o permanentes, que requieran apoyo en el domicilio.

- Personas con dependencia transitoria o permanente que requieren de apoyo en las actividades de la vida diaria AVD básicas y instrumentales.
- Persona con fracturas que requieren un apoyo puntual.
- Personas que precisan control de medicación que implica revisión y mejora de la adherencia terapéutica.
- Personas con sospecha de maltrato, negligencia o abuso y que requiere apoyo y seguimiento en el domicilio.

3. Infancia y adolescentes en situación de riesgo que requieran intervención en el domicilio.

- Niños, niñas, adolescentes o padres sin red familiar y de apoyo.
- Niños, niñas, adolescentes que tenemos sospecha de abusos y/o maltratos, que requieren de apoyo y seguimiento en el domicilio.

4. Personas con enfermedad mental que precisen de actividades de recuperación funcional en el domicilio u otras actividades de apoyo.

- Personas que precisan control de medicación.
- Personas que requieren volver a vincularse en los servicios de atención en la enfermedad mental y que precisan intervención en el domicilio.
- Personas de riesgo que precisan actividades preventiva a nivel comunitario.

5. Otras situaciones complejas des de la perspectiva social que requiera de una intervención integrada social y sanitaria en el domicilio.

- Personas y unidades familiares en situaciones de estrés importante asociado a condiciones de vida (violencia intrafamiliar, desahucios...).
- Mujeres embarazadas con factores de riesgo.
- Padres sin habilidades parentales suficientes.
- Situaciones complejas que precisan actividades preventivas.

6. Proyectos comunitarios de promoción y protección de la salud y de integración social, en la que la estrategia de intervención sea en el domicilio.

- Personas atendidas en el proyecto de atención al duelo.
- Personas solas, sin red social ni familiar.
- Unidades familiares que requieren de actividades preventivas.

2.1.4. Consideraciones iniciales para la redefinición de la cartera de servicios en el domicilio para poder implementar el programa.

1. Cada ámbito asistencial dispondrá de una atención domiciliaria con suficiente cobertura, intensidad y capacidad de respuesta.
2. Es necesario disponer de una atención continuada 7x24 con suficiente capacidad de respuesta.
3. Disponer de un servicio de terapia ocupacional y de ayudas técnicas y de adaptaciones en el domicilio.
4. Facilitar una intervención integral en las situaciones de enfermedad mental para poder dar respuesta a las problemáticas de bienestar emocional en el entorno domiciliario.
5. Ofrecer servicios de rehabilitación funcional en el domicilio en las situaciones que se requiera.
6. Ofrecer un programa comunitario participado por servicios sanitarios y sociales de “cuidados a la persona cuidadora”.
7. Ofrecer “servicios de respiro”.
8. Coordinar la acción del voluntariado en el domicilio y entornos comunitarios.
9. Ofrecer servicios de centro de día y de noche, teleasistencia, y otros servicios telemáticos en el domicilio con suficiente cobertura, accesibilidad.

10. Mejorar la accesibilidad en los servicios.

11. Coordinar servicios en las situaciones de emergencia/urgencia que requiera una intervención inmediata.

2.1.5. Qué entendemos por domicilio. Entorno y espacio de la prestación del servicio.

- Dentro de la vivienda esté o no empadronado.
- Pisos de protección tutelar, de apoyo,...
- Donde duerme la persona, independientemente que sea su domicilio habitual o “ocupas “, pensiones, sin hogar,...
- Cualquier actividad fuera de la vivienda, dentro de la comunidad: pasear, comprar,...
- Persona que está atendida en un centro de día / de noche que precise apoyo en el domicilio, combinando los dos servicios.
- Situaciones muy excepcionales y de alta complejidad que precisen el servicio fuera del domicilio como por ejemplo, parvularios, hospitales,...

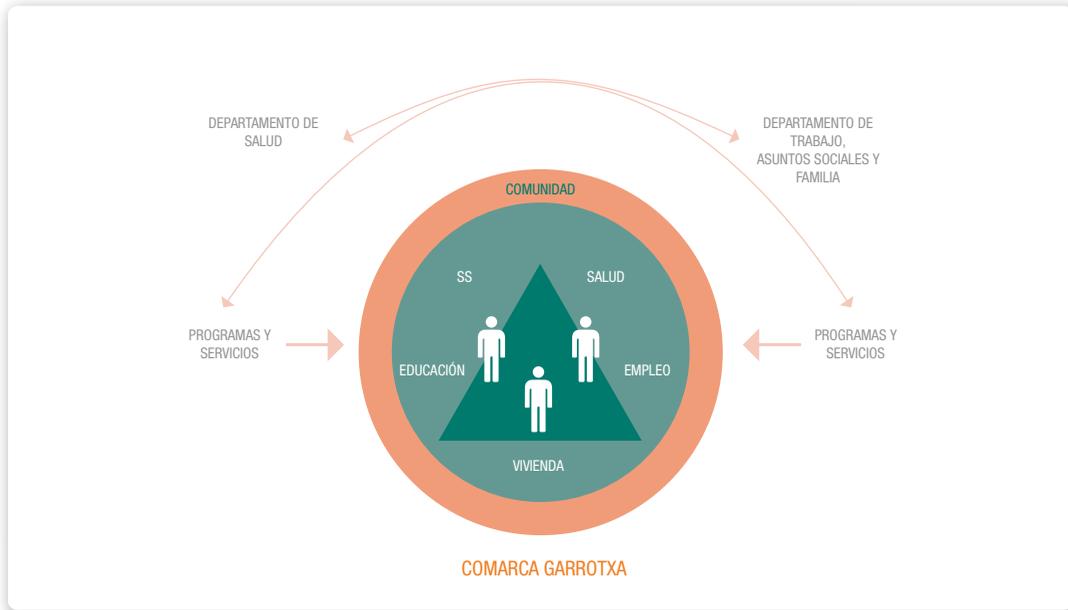
*Las residencias las entendemos como el domicilio de la persona, pero por su gran calibre preferimos trabajarlo fuera de este programa para poder darle más singularidad y especificidad.

2.1.6. Definición de los factores implicados en el desarrollo del proyecto.

- Persona atendidas y sus familiares.
- Entorno y otros implicados.
- Profesionales.
- Estructura y recursos.
- Metodología de trabajo y estrategia de gestión del cambio.
- Organización y gestión.

2.1.7. Una visión de integración de programas y servicios.

Gráfico 3. Visión de integración de programas y servicios.



- Identificar el modelo de atención que orienta los procesos de atención integrada.
- Definir los procesos básicos. Elaborar el mapa de procesos general.
- Identificar los principales itinerarios que seguirán las personas dentro el proceso de atención integrada.
- Definir los diagramas de flujo de 4 procesos priorizados.
- Identificar estrategias para valorar el programa y analizar sus puntos críticos.
- Identificar estrategias de gestión del cambio que faciliten la aplicación del nuevo modelo.

En el taller han participado 31 personas, entre profesionales de sanidad y servicios sociales de la comarca de la Garrotxa, de los servicios de primaria, de ayuda a domicilio, atención domiciliaria de salud, programa de atención domiciliaria y equipos de apoyo a la atención paliativa, servicio psicológico a domicilio, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, entre otros. Incluye la participación de un equipo interdisciplinar, que integra perfiles profesionales de todos los dispositivos de atención domiciliaria y con la incorporación también de familiares y voluntarios. También han participado personas con capacidad en la toma de decisiones.

Inicialmente, y debido a la falta de conocimiento de los profesionales en la gestión basada en procesos, hemos tenido que:

- Identificar los conceptos y conocer la metodología de la gestión por procesos y sus aplicaciones prácticas.
- Aplicar herramientas de diagramación a los procesos que se realizan.

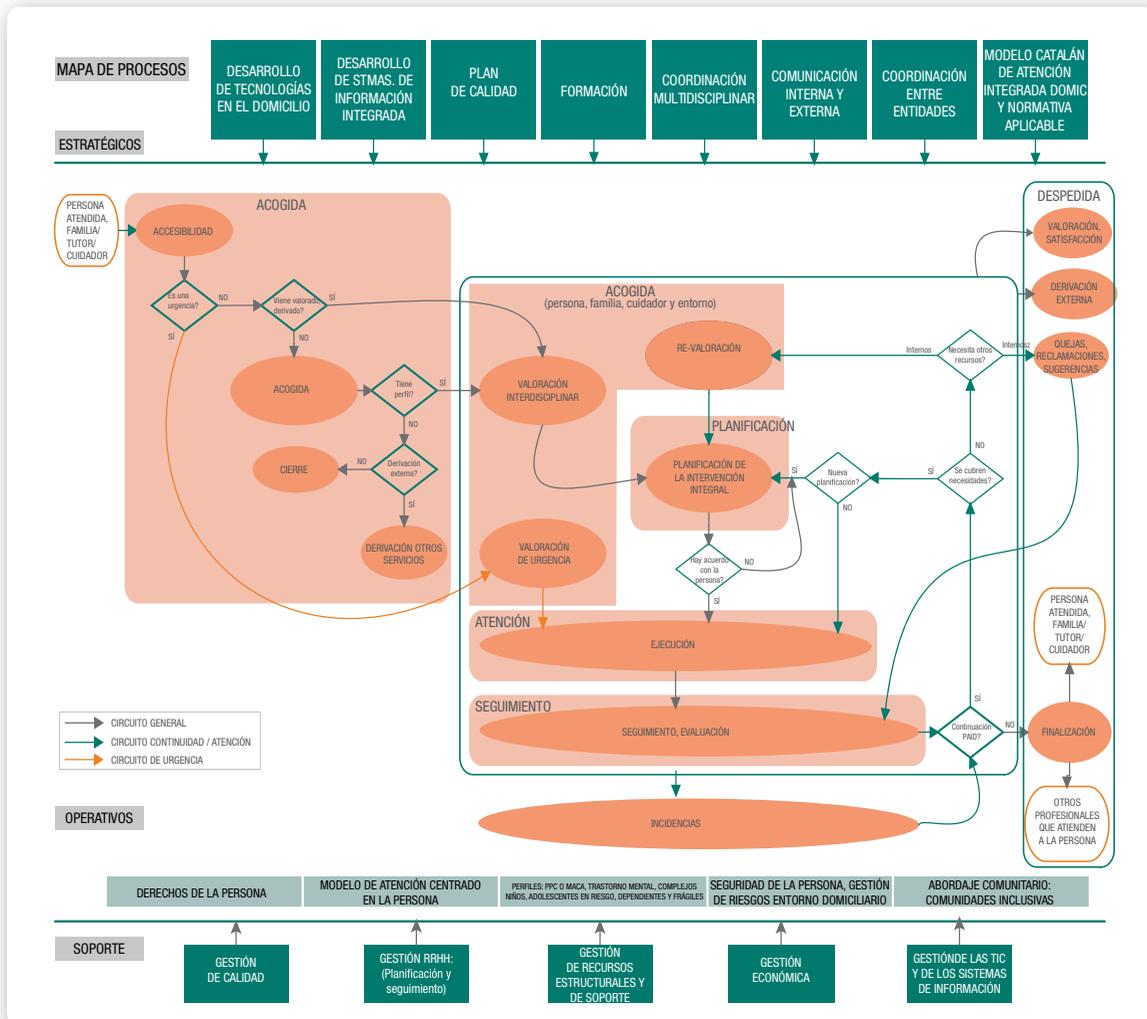
- Evaluar los procesos y analizar los puntos críticos.
- Diseñar la monitorización de los procesos.

Hemos podido diseñar el mapa de procesos general y 4 procesos: acogida y accesibilidad; valoración; planificación; y seguimiento.

La planificación de trabajo para 2018 será:

- Revisión de temas pendientes para el desarrollo de los procesos diseñados en 2017.
- Definición y gestión de los siguientes procesos, con la especificación de principales responsabilidades y registros asociados.
 - o Valoración y planificación en situaciones de urgencia.
 - o Ejecución del Plan de atención (incluye la intervención en situaciones de crisis en el domicilio).
 - o Gestión de incidencias.
 - o Finalización y despedida.
- Revisión del sistema de indicadores para evaluar el proceso de atención integrada y analizar los puntos críticos.
- Identificación de las estrategias de gestión del cambio que faciliten la aplicación de este modelo.

Gráfico 5. Mapa de procesos.



2.2. Integración social y sanitaria de la intervención a las personas con enfermedad mental.

Los problemas de salud mental tienen una gran importancia. Datos de la Organización Mundial de la Salud refieren que una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de problema de salud mental en lo largo de su vida: eso es el 25% de la población está en situación de especial vulnerabilidad.

Por este motivo, la Unión Europea ha declarado la salud mental como una prioridad y señala que hemos de enfocar los problemas de salud mental desde las políticas públicas, promoviendo un planteamiento ampliado al conjunto de la población para prevenir estas enfermedades y poder hacer frente a los problemas relacionados con la discapacidad, estigma y exclusión social.

Uno de los principios del Plan Integral

de Atención a las Personas con Trastornos Mentales y Adicciones 2017-2019 del gobierno de Cataluña es:

“La consecución de la integración de las intervenciones entre redes especializada, en el entorno de la atención primaria, integración progresiva con los servicios sociales, sanitarios, educativos, laborales, y otros” (Generalitat de Cataluña, 2017).

En la comarca de la Garrotxa, hemos iniciado el trabajo integrado entre la atención a la enfermedad mental, la primaria de salud y los servicios sociales, incorporando en las rutas asistenciales de infancia educación y estimulación precoz.

Así pues, hemos creado lo que llamamos “Ruta de Atención integrada de la Complejidad del Paciente complejo crónico (PCC) de salud mental de la Garrotxa”.

De manera colaborativa se han descrito e implementado las unidades funcionales que forman parte de la ruta asistencial.

2.2.1. Definición operativa de la Unidad Funcional de la Ruta de la complejidad.

Se han creado dos comisiones de trabajo, de carácter funcional, para implementar y realizar el seguimiento de la ruta. En estas comisiones participan los profesionales de la atención primaria y especializada de salud, de servicios sociales y de salud mental.

a. Miembros de la Unidad Funcional.

Están representados de manera estable los siguientes profesionales:

- Atención primaria de salud: médico, enfermera, trabajadora social, pediatra y responsables directivos.
- Atención especializada de salud: responsable de urgencias, directora médica.
- Centro de salud Mental: psiquiatra, enfermera, responsables de dirección.
- Servicios sociales: coordinación de primaria y responsable de dirección.

En la unidad funcional específica para la infancia y la adolescencia también estarán el equipo psicopedagógico de educación y el centro de atención precoz.

b. Liderazgo.

La comisión está liderada por el coordinador del equipo de salud mental validado por todos los profesionales de los distintos ámbitos. Tiene la capacidad ejecutiva para poder tomar decisiones y poder plantear a las direcciones de los servicios los cambios necesarios para alinear el modelo de atención integrado en el territorio de la Garrotxa.

c. Funciones.

- Identificar las personas en situación de complejidad derivada de problemas de salud mental.
- Establecer los procesos asistenciales de la ruta de complejidad.
- Definir los referentes del caso.
- Definir el plan de intervención individualizado compartido e integrado.
- Ser el órgano que asegura el cumplimiento del plan de intervención.

d. Frecuencia de reuniones.

La Unidad Funcional, en las fases iniciales de la implementación, se reúne quincenalmente, con una duración de dos horas. Cuando la Unidad Funcional vaya incorporando todas las situaciones y la ruta esté organizada se modificará la frecuencia de las reuniones, seguramente para organizarse mensualmente.

2.2.2. Fases de desarrollo de la Unidad Funcional.

a. Creación de la Unidad Funcional.

Para poder crear la Unidad Funcional se han planteado los siguientes objetivos:

- Funcionamiento.
- Metodología.
- Evaluación de las personas con situaciones de complejidad.
- Identificar las practicas compartidas.
- Preparar la logística necesaria para la fase de implementación.
- Presentar la ruta de la complejidad a todos los profesionales de los servicios implicados.

b. Implementación.

En la fase de implementación hemos realizado identificación de las personas en situación de complejidad:

- Lista de personas identificadas en el Centro de Salud Mental, con trastorno mental grave.
- Lista de personas en las que se ha activado pre-alta de hospitalización.

- Lista de personas atendidas en los servicios sociales con problemas de adherencia.

- Lista de personas hiperfrecuentadores en los servicios y desvinculados de los servicios de salud mental (personas con trastorno mental crónico que hace mas de un año que no asisten a los servicios de salud mental).

Realizada la identificación, se hace la propuesta de personas a la Unidad Funcional de la Ruta de Complejidad.

En función de las listas planteadas, se revisan las personas y será la unidad funcional quien decidirá si se plantea una intervención integrada.

En caso afirmativo, se puede plantear una revisión de los criterios clínicos y sociales, disponer de mejor información clínica, funcional, social,... utilizando las distintas herramientas o escalas de valoración.

La Unidad Funcional también determinará qué profesional será el referente para la persona o su familia.

Las unidades funcionales de la ruta de la complejidad pretende intervenir de manera integrada con las persona con enfermedad mental que padecen trastornos mentales crónicos y complejos, que tiene problemas funcionales y presentan estados de salud que disminuyen su calidad de vida.

El proceso que definimos nos lleva a una necesidad de realizar cambios asistenciales en la organización de la atención primaria de salud, en la atención de salud

mental y también en los servicios sociales que iremos abordando para conseguir la mejora en la intervención de las personas y sus familias.

3. BIBLIOGRAFÍA.

Fábrega, T. (2015) La experiencia de coordinación social y sanitaria de la comarca de la Garrotxa (Gerona, Cataluña), Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS), <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2015/12/LA-GARROTXA-OMIS.pdf>

Ledesma, A. (2016) “La atención integrada en Cataluña y la 16 Conferencia Internacional de Atención integrada en Barcelona”, *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, núm. 17, pp. 62-67.

Ledesma, A., Blay C., Contel, J.C., González A., Sarquella, E., Viguera, L.I. (2015) *Model Català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_model_atencio_integrada_social_i_sanitaria.pdf

Rusinés, D. (2016) Jornada “L’atenció integrada a Catalunya: un camí de llarg recorregut “. Pla de treball 2017-2020. http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/jornada_PIAISS_2desembre2016/

Generalitat de Catalunya. *Pla integral d’atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019*. http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2017/03/13/13/08/e161671e-f399-4710-9d5f-785fa04192be.pdf