



La gestió municipal de la salut pública

Ajuntaments de més
de 10.000 habitants de la
província de Barcelona

Col·lecció_ **Documents de Treball**

La Diputació de Barcelona és una institució de govern local que treballa conjuntament amb els ajuntaments per impulsar el progrés i el benestar de la ciutadania.

La col·lecció **Documents de Treball** facilita als agents del món local documentació actualitzada per contribuir a millorar la gestió de les polítiques públiques locals.

La reforma de la salut pública a Catalunya preveu donar als municipis i als governs locals un paper rellevant dins d'un sistema més orientat a la promoció i la protecció de la salut. El coneixement detallat de la diversitat organitzacional, funcional i d'assignació pressupostària dels ajuntaments en aquesta matèria és necessària a fi de poder donar suport i assessorament des d'organitzacions supralocals com la Diputació de Barcelona.

L'estudi realitzat en col·laboració amb la Fundació Carles Pi i Sunyer d'estudis autonòmics i locals, entitat experta en polítiques públiques locals, ens ha permès un acostament a aquesta realitat municipal i creiem que aporta informació de gran interès tant per a l'anàlisi intern als ajuntaments, com per millorar l'eficiència del suport i cooperació que ofereix la Diputació als municipis.



**Diputació
Barcelona**

Àrea de Salut Pública
i Consum

Servei de Salut Pública

Pg. de la Vall d'Hebron, 171
Recinte Mundet. Edifici Serradell Trabal, 2a pl.
08035 Barcelona
Tel. 934 022 468 · Fax 934 022 491
s.salutp@diba.cat · www.diba.cat/salutpublica

Consulteu altres publicacions al web
de la Llibreria de la Diputació de Barcelona:

www.diba.cat/libreria

La gestió municipal de la salut pública

Ajuntaments de més
de 10.000 habitants
de la província de Barcelona

Col·lecció **Documents de Treball**

Sèrie_Salut Pública, 5



**Diputació
Barcelona**

Aquest estudi forma part del conveni de col·laboració entre l'Àrea de Salut Pública i Consum de la Diputació de Barcelona i la Fundació Carles Pi i Sunyer d'estudis autonòmics i locals.

Coordinadores:

Esther Pano, Fundació Carles Pi i Sunyer, GREL (2009 SGR 357)

Alba Viñas, Fundació Carles Pi i Sunyer

Equip de recerca:

Marta Plana, Fundació Carles Pi i Sunyer

Laia de Balanzó, Fundació Carles Pi i Sunyer

Maria Olivella, Fundació Carles Pi i Sunyer

Mireia Ros, Fundació Carles Pi i Sunyer

Mireia Sala, Fundació Carles Pi i Sunyer

Fundació
Carles Pi
& Sunyer

d'estudis
autonòmics
i locals

© del text: Diputació de Barcelona i Fundació Carles Pi i Sunyer

© de l'edició: Diputació de Barcelona

Febrer 2011

Disseny i producció: Direcció de Comunicació
de la Diputació de Barcelona

Composició: Fotoletra, S.A.

ISBN: 978-84-9803-434-9

Dipòsit legal: B.10360-2011

Índex

Presentació	8
Introducció	9
La salut pública com a objecte d'estudi	11
Les responsabilitats municipals en salut pública	15
La Llei d'ordenació sanitària com a punt de partida de la regulació de la salut pública a Catalunya	15
Cap a la reforma dels serveis de salut pública: la Llei 7/2003, de protecció de la salut	16
La Llei de salut pública de Catalunya, la consolidació de la reforma	18
Eixos d'intervenció de la salut pública	19
L'Agència de Salut Pública de Catalunya	19
Els municipis, ens competents en matèria de salut pública	20
Els serveis en matèria de salut pública responsabilitat dels ajuntaments	21
Eines de col·laboració administrativa per a la prestació dels serveis en salut pública	22
La gestió municipal de la salut pública: el projecte	24
Univers d'estudi	24
Recollida i tractament de les dades: l'elaboració del qüestionari	25
Treball de camp i calendari d'execució	26
Control de consistència	27
Qüestionari	27
Funcionament de les preguntes del qüestionari	27
Coherència interna de les dades	27
Anàlisi de les «no-respostes»	28

Estructura i organització política en matèria de salut pública	29
El tractament de la salut pública en l'organigrama municipal	29
De la direcció política a la gestió de la matèria	33
La fixació dels objectius i les prioritats en salut pública: els instruments de planificació en les polítiques públiques de salut	35
Les eines de planificació en salut pública: un mapa de situació	35
Eines de planificació i establiment d'objectius de caire general	40
Planificació específica per objectius concrets	41
Planificació general i planificació específica per objectius concrets: una visió de conjunt	43
Els recursos existents per a la implementació de les polítiques públiques de salut	45
Les estructures organitzatives	45
Els recursos humans	48
El treballadors en el servei de salut pública	48
Els equips de salut pública	53
Tipologies de municipis segons característiques tècniques i de personal ...	61
Els serveis mínims obligatoris dels ens locals en matèria de salut pública	65
Serveis en protecció de la salut	66
Prestació i forma de gestió dels serveis en protecció de la salut	66
Els recursos emprats per a la realització d'activitats en protecció de la salut ..	74
Factors que influeixen en la cobertura de serveis en protecció de la salut ..	79
Factors col·laboradors en la prestació de serveis en matèria de protecció de la salut	85
La Diputació de Barcelona, ens de suport tècnic, material i econòmic	86
Els consells comarcals	88
L'Agència de Protecció de Salut, actor fonamental en la prestació de serveis ..	90
Els serveis en matèria de salut pública més enllà dels serveis mínims ...	95
Serveis en promoció de la salut i prevenció de la malaltia	95
Prestació i forma de gestió dels serveis en promoció de la salut i prevenció de la malaltia	97

Els recursos emprats per a la realització d'activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia	100
La importància del desenvolupament de les actuacions en promoció de la salut i prevenció de la malaltia	104
Actors col·laboradors en les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia	107
Activitats complementàries en matèria de salut pública pròpies d'altres administracions	108
Despesa i finançament en salut pública	112
La despesa dels municipis: la protecció i la promoció per àmbits d'actuació	115
La protecció de la salut: sanitat ambiental, gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues i seguretat alimentària	115
Promoció de la salut i prevenció de la malaltia	116
La despesa en matèria de salut pública segons la classificació econòmica del pressupost	118
Les fonts de finançament de la salut pública municipal	121
Les subvencions en salut pública	123
Conclusions i reflexions	127
Bibliografia	137

Presentació

Al llarg dels darrers anys s'ha donat un important impuls a la salut pública, visualitzat especialment amb l'aprovació de la Llei 18/2009, de salut pública a Catalunya.

Els municipis, amb competències pròpies en aquesta matèria, han fet un esforç important per assumir les seves responsabilitats, modificades com a conseqüència de l'evolució legislativa dels darrers anys.

Amb la finalitat de tenir un coneixement més acurat de la pluralitat organitzacional, funcional i d'assignació pressupostaria dels ajuntaments en matèria de salut pública local, es va demanar a la Fundació Pi i Sunyer, experta en l'estudi dels ens locals, la recerca i anàlisi que tot seguit poden consultar.

En aquest estudi s'han abordat tres aspectes clau: l'estructura municipal que desenvolupa les polítiques de salut pública, la descripció de les activitats i serveis que conformen aquest sector a l'àmbit local, i el volum de despesa i sistemes de gestió i finançament.

Creiem que els resultats obtinguts son prou vàlids com per fer-nos una idea realista i exhaustiva de la situació actual de la salut pública als ajuntaments de la província de Barcelona. Aquesta visió global, en aquests moments, ens orienta clarament respecte a les línies de suport que poden ser necessàries per a que els ajuntaments segueixin prestant els seus serveis de salut pública amb rigor i equitat. També per a que la qualitat d'aquests serveis segueixi millorant, els seus professionals i directius siguin més eficaços i, alhora, que les fórmules de finançament de les polítiques de salut pública siguin estables i suficients pels reptes que aquest sector té en el futur.

Dolores Gómez Fernández
Presidenta delegada de l'Àrea de Salut Pública i Consum

Introducció

El concepte de salut pública, com tantes altres matèries, ha experimentat una important evolució al llarg del temps. Els poders públics s'han compromès en la responsabilitat de vetllar per la millora de la salut de la població i han esdevingut un agent actiu en el procés de control i eradicació d'aspectes que es poguessin considerar nocius. Es tracta d'una branca de contingut necessàriament multidisciplinari i transversal, ja que requereix una visió àmplia i integral a partir de l'ús i aplicació dels coneixements de moltes disciplines, des de les aportacions de les ciències experimentals a les visions de les ciències socials i humanístiques. O a la inversa, si es prefereix.

De la mateixa manera, la implicació dels diferents poders públics és també d'ampli espectre; tots els nivells d'administració hi desenvolupen algun àmbit competencial. La coordinació, doncs, esdevé fonamental per tal de garantir un bon compliment dels objectius. L'activitat pública ha estat intensa i així ho manifesta l'esforç legislatiu del Parlament de Catalunya, que parteix d'una concepció integral de la matèria i de la cerca de la col·laboració i la coordinació entre els agents implicats. Així, la Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública de Catalunya, defineix la salut pública com el «conjunt organitzat d'actuacions dels poders públics i de la societat en el seu conjunt mitjançant la mobilització de recursos humans i materials per tal de fomentar, protegir i promoure la salut de les persones en l'esfera individual i col·lectiva, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut». Es tracta d'una definició completa i ambiciosa que implica un model avançat de polítiques de salut pública.

La Llei reserva un paper destacat als ajuntaments en l'assoliment de bona part dels objectius que planteja i estableix mecanismes de suport per tal de facilitar la tasca municipal. La Diputació de Barcelona, a través del Servei de Salut Pública, en la seva tasca de suport, va considerar oportú elaborar un estudi que pogués esdevenir un element útil per a la millora. Així, de forma conjunta amb la Fundació Carles Pi i Sunyer, es dissenya aquest projecte, que s'estructura a partir de l'anàlisi de la gestió municipal de la salut pública, tot detenint-se en determinats aspectes. D'una banda, s'analitzen les estructures polítiques i tècniques, així com els departaments, els recursos humans i els mitjans tècnics de què es disposa. D'altra, s'atura en les activitats prestades pels municipis, en la forma de gestió i en els nivells de provisió, i per acabar, es tracten les dades econòmiques i pressupostàries.

El projecte que es presenta a continuació se centra en els municipis de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona. Cal agrair als tècnics i responsables municipals el seu temps i el seu esforç, sense els quals no hagués estat possible l'elaboració del

document que teniu a les mans. L'estudi s'ha portat a terme a partir d'un qüestionari estructurat que han administrat personalment un equip d'investigadores que s'han desplaçat a cada municipi per tal de garantir el millor resultat possible. Esperem que resulti del vostre interès i que aportï elements interessants per a la reflexió sobre la gestió d'una matèria fonamental per al futur del nostre país.

Barcelona, novembre de 2010

La salut pública com a objecte d'estudi

Al llarg dels darrers deu anys s'han dut a terme algunes recerques impulsades per diferents ens amb l'objectiu de copsar les funcions, les activitats, les estructures i les despeses assignades a les tasques en salut pública que realitzen els ajuntaments catalans. Aquestes investigacions han estat acompanyades de l'aprovació de dues lleis que regulen i estableixen mecanismes i criteris d'organització de la gestió d'aquesta matèria a Catalunya. Aquests fets posen en relleu la importància progressiva de la salut pública com una responsabilitat pròpia de les administracions públiques. Aquest capítol té com a objectiu principal fer un breu repàs dels estudis precedents que s'han dut a terme en aquest àmbit.

Una de les primeres recerques que va focalitzar el paper dels municipis com a pres-tadors de serveis en salut pública va ser el treball realitzat per Líndez, Villalbí i Vaqué (Líndez *et al.*, 2001), que tenia com a objectiu principal analitzar quin paper tenien els municipis grans i mitjans en aquest àmbit. Aquesta investigació, publicada a la *Gaceta Sanitaria* l'any 2001, s'ha considerat un dels textos de referència en aquest àmbit pel seu enfocament i perquè, fins aleshores, aquest tema s'havia tractat de manera incipient.

Els autors van estructurar el treball a partir de la diferenciació entre les funcions i les activitats en salut pública. Es va considerar que les funcions de la salut pública, defi-nides per l'Institute of Medicine, eren la valoració de necessitats, el desenvolupament de polítiques i la garantia de prestació. Les activitats van ser classificades en tres tipus: protecció de la salut, prevenció i promoció, i vigilància epidemiològica. Aquesta dis-tinció permetia analitzar la cobertura de necessitats en salut pública que tenia la po-blació a través de les activitats que es duïen a terme. «*La visión de las funciones de-finidas por el Institute of Medicine es mucho más conceptual y permite una visión más integral y de salud pública. Teóricamente, sería posible que un municipio con una gran carga de gestión de actividades de salud carezca de una asunción real de las funcio-nes de salud pública*» (Líndez *et al.*, 2001: 171). Per desenvolupar-lo, es van utilitzar tècniques d'investigació quantitatives basades en un qüestionari autoadministrat que es dirigia als municipis més grans de 25.000 habitants de Catalunya. Van participar en el projecte 28 localitats, que representaven el 65% de l'univers d'estudi i que cobrien el 60% de la població de Catalunya.

Els resultats reflectien una notable activitat dels municipis: la funció que s'assumia en menor mesura era la valoració de necessitats de la salut entesa com el conjunt d'estudis, anàlisis, enquestes i estimacions amb l'objectiu d'avaluar l'estat de salut de la població. En canvi, pel que feia a les funcions de desenvolupament de polítiques i

de garantia de prestació, els ajuntaments es configuraven com a actors més rellevants. Amb relació a les activitats, els municipis es mostraven especialment actius en la prestació de serveis en protecció de la salut i, en menor mesura, en les activitats de promoció i prevenció. A més a més, l'estudi també va quantificar la despesa en salut pública per habitant, que se situava en 6,4 euros per càpita.

Tres anys després de la publicació d'aquesta recerca, l'Àrea de Salut Pública i Consum de la Diputació de Barcelona, en col·laboració amb la Federació de Municipis de Catalunya, va publicar una nova investigació en aquest àmbit anomenada *La despesa dels ajuntaments de Catalunya en salut pública* (Diputació de Barcelona, 2004). Tot i que aquest treball es va centrar principalment en la despesa que suposava per als ajuntaments aquesta matèria, també recollia informació relativa als recursos humans i a les activitats en l'àmbit de les competències locals i de les actuacions considerades pròpies d'altres administracions. La seva realització es va estructurar en dues fases: en la primera, es va recollir la informació dels municipis catalans més grans de 20.000 habitants excepte Barcelona, i en la segona, la d'aquells que tenien una població compresa entre els 10.000 i els 20.000 habitants, d'acord amb les dades del padró dels anys 2000 i 2001, respectivament.

De les 88 localitats que formaven part de l'univers d'estudi, van participar-ne 77, que representaven el 87,5% del total. La informació es va recollir a través d'una entrevista personal als responsables de salut pública dels ajuntaments, tant polítics com tècnics. Els resultats obtinguts reflectien la importància que els ajuntaments havien donat a les activitats en protecció de la salut, i hi destacava la rellevància dels recursos dedicats a les activitats pròpies d'altres administracions, com les activitats assistencials, la planificació familiar, la salut maternoinfantil, la salut escolar, la salut mental o la assistència a les drogodependències. La recerca proposava la transferència d'aquestes activitats, sense que això significués «l'abandonament de la responsabilitat municipal de vetllar perquè els ciutadans rebin, de les respectives administracions competents, els serveis amb les màximes garanties d'igualtat i qualitat» (Diputació de Barcelona, 2004: 39). Alhora, el treball tractava les diferències evidents entre els municipis més grans de 20.000 habitants i els que tenien una població inferior, els quals tenien estructures molt més reduïdes i recursos econòmics i humans compartits amb altres departaments. «La sensació general és que els ajuntaments perceben aquest tipus d'activitats com força allunyades de les seves obligacions i tasques diàries [...] a la vegada que s'aprecia un desconeixement pel que fa les activitats que realitzen» (Diputació de Barcelona, 2004: 67).

Des d'una perspectiva més àmplia, i sense posar el punt d'atenció exclusivament en els municipis, l'any 2007, el Departament de Salut de la Generalitat va publicar *Els comptes de la Salut Pública a Catalunya* (Rodríguez i Stoyanova, 2007). Aquesta investigació tenia com a objectiu establir un mecanisme de quantificació de la despesa en salut pública a través de la recopilació d'informació disponible en aquesta matèria a Catalunya per a l'any 2005. La importància d'aquest projecte rau en l'ús de la informació econòmica com a indicador de gestió sanitària, entenent que la manca d'aquests instruments pot conduir a una implementació poc adequada de les polítiques en salut pública. Per fer-lo les autores van utilitzar una metodologia emprada en un estudi internacional an-

terior (Maxwell, 1981) que es basava en la recopilació de la informació disponible sobre el tema. El treball estableix i aplica quatre criteris diferents per quantificar la despesa en salut pública: «*la fuente de financiación, la institución prestadora de los servicios, los principales tipos de actividades llevadas a cabo (clasificación funcional) y la combinación de recursos económicos utilizados (clasificación por capítulos presupuestarios)*» (Rodríguez i Stoyanova, 2007: 162). A més a més, permet comparar la despesa en salut pública amb d'altres comunitats autònomes i amb altres països europeus.

Les dades utilitzades van ser recollides els anys 2006 i 2007 a través de diferents administracions públiques que intervenen en la prestació de serveis en salut pública, tals com la Direcció General de Salut Pública de la Generalitat, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, la Diputació de Barcelona i el Consorci Hospitalari de Catalunya. Tanmateix, la principal dificultat d'aquest projecte va ser l'obtenció de les dades dels ajuntaments que es presenten com les de major complexitat. Per quantificar-les, les autores comparen diferents fonts d'informació. En primer lloc, fan referència a l'estudi *La despesa dels ajuntaments de Catalunya en salut pública* (Diputació de Barcelona, 2004), esmentat anteriorment. En segon lloc, utilitzen les xifres presentades en l'estudi *Les activitats i les estructures dels serveis de Salut Pública* (Llebaria, 2010), que serà descrit a continuació i que finalment és el que acabaran utilitzant per realitzar una estimació aproximada. En tercer lloc, les autores van sol·licitar les dades a la Direcció General de l'Administració Local i, mitjançant la classificació funcional del pressupost (a través de la funció 413, que fa referència a les activitats relatives a la salut), van quantificar la despesa. La comparació de les tres dades provinents de fonts d'informació distintes va fer visible l'obtenció de resultats diferents.

D'altra banda, l'any 2010 es va publicar *Les activitats i les estructures dels serveis de Salut Pública. Estudi als ajuntaments de més de 10.000 habitants* (Llebaria, 2010). L'objectiu principal d'aquest treball era «obtenir de forma directa dades actualitzades sobre les activitats, els serveis i l'estructura de salut pública de tots els ajuntaments majors de 10.000 habitants a Catalunya» (Llebaria, 2010: 18). Probablement aquesta sigui la anàlisi més àmplia que s'ha realitzat en aquest àmbit, ja que inclou informació molt exhaustiva i detallada d'un volum considerable de variables relatives a les estructures, els organigrames, les activitats, el personal, la despesa, la percepció municipal del Departament de Salut i les demandes de col·laboració i coordinació en aspectes de salut pública dels ajuntaments al Departament de Salut.

De manera similar a com ja havia fet la Diputació de Barcelona en l'estudi relatiu a la despesa dels ajuntaments de Catalunya, la recerca es va estructurar en dues fases distintes: en primer lloc, es va recollir informació relativa a tots els municipis majors de 20.000 habitants, i de forma posterior es va tractar amb aquelles localitats situades en la franja poblacional d'entre 10.000 i 20.000 habitants que afirmaven tenir un servei de salut pública o una estructura mínima per desenvolupar tasques en aquest àmbit. Per seleccionar les poblacions participants es van utilitzar les dades de població aprovades per l'*Instituto Nacional de Estadística* referents a l'any 2005. En cap cas es va realitzar entrevista en aquelles localitats d'aquesta grandària que van manifestar no tenir cap servei de salut pública o cap estructura en aquest àmbit. Tot i que el nivell

de resposta va ser molt elevat –van respondre 22 ajuntaments dels 23 que havien afirmat que tenien un departament en salut pública o una estructura mínima–, la representació dels municipis mitjans, situats entre 10.000 i 20.000 habitants, era inferior a la d'algunes investigacions precedents. Pel que fa als municipis d'una grandària superior, van participar-hi 57 dels 58 ajuntaments més grans de 20.000 habitants i Barcelona va quedar exclosa d'aquesta anàlisi per les seves característiques pròpies, distintes de la resta. Així, aquesta investigació cobria el 56,1% del total de la població empadronada a Catalunya l'any 2005. Per a la realització d'aquesta recerca, es va efectuar una entrevista presencial amb el màxim responsable tècnic de salut pública, i de forma addicional també es va treballar amb la memòria d'activitats dels municipis, que es va utilitzar com a mètode de contrastació de les dades.

Entre altres conclusions, aquesta investigació reflectia la gran heterogeneïtat dels ajuntaments pel que fa a la gestió local de la salut pública i la manca d'un patró que es pogués aplicar de manera estandarditzada a tots els municipis. D'altra banda, destacava la complexitat d'obtenir dades pressupostàries que identifiquessin la despesa real en salut pública.

El present estudi, relatiu a la gestió municipal de la salut pública, segueix la línia de les investigacions anteriors i té com a objectiu analitzar l'estructura i organització política en matèria de salut pública, els instruments de planificació, els recursos existents i la prestació de serveis, així com la despesa dels municipis en aquesta matèria. L'univers d'estudi comprèn els 79 municipis de la província de Barcelona majors de 10.000 habitants segons les dades aprovades per l'*Instituto Nacional de Estadística* l'any 2009. Van participar en el projecte 77 localitats, que representen el 97,4% de les poblacions objecte d'estudi.

A diferència d'algunes de les investigacions precedents, aquesta recerca no recull informació tan exhaustiva i detallada sobre totes i cadascuna de les actuacions en salut pública que realitza cada ajuntament, i tampoc no se centra de manera especial en la despesa dels municipis. Més enllà de l'anàlisi descriptiva, i des d'una perspectiva analítica, aquest treball pretén aprofundir en la relació de determinades variables amb l'objectiu de detectar les diferències existents entre municipis amb característiques semblants. De la mateixa manera, s'apunten alguns dels motius que podrien haver influït en un major desplegament de la salut pública en determinades localitats enquestades. Per aquest motiu, el tractament dels municipis s'ha realitzat de forma agregada, independentment del seu tram poblacional, amb la finalitat de treballar amb un nombre més elevat de localitats. Tot i així, en els casos en què s'ha considerat oportú, les dades s'han analitzat en funció de la grandària poblacional.

En definitiva, les diferents investigacions que han aprofundit en la gestió local de la salut pública fan visible la importància de la recerca com un instrument fonamental en la millora de la salut pública com a responsabilitat municipal, i conseqüentment en el benestar de la població. Alhora, és una mostra més que la col·laboració estreta entre diferents administracions ha esdevingut un dels aspectes clau en la implementació de les polítiques en salut pública. Sense la implicació dels ajuntaments en els diferents treballs, aquests estudis no s'haguessin pogut dur a terme.

Les responsabilitats municipals en salut pública

L'evolució legislativa relativa a l'àmbit de la salut ha ampliat el concepte de salut pública i ha suposat una increment progressiu de les funcions de les administracions públiques amb relació a aquesta matèria. Actualment, tot i que el Govern central realitza un gruix important d'activitats en matèria de salut pública, com el monitoratge de l'estat de la salut o la interlocució amb la Unió Europea, a Espanya existeix un alt nivell de descentralització de les competències de salut pública a favor de les comunitats autònomes, les quals, dotades d'alts nivells d'autonomia, han desenvolupat els seus models propis d'organització. En la major part dels casos, s'han organitzat a partir dels models territorials comarcals o bé a partir de sectors sanitaris.

A Catalunya, que té assumides àmplies competències en matèria de salut pública, les funcions normatives i els serveis especialitzats recauen en la comunitat autònoma. El present apartat descriu la importància que ha anat adquirint la salut pública al llarg dels darrers vint anys a Catalunya a través de l'evolució legislativa relativa a aquest àmbit. Alhora, aquest apartat descriu l'ampliació progressiva de les competències de les administracions públiques com a ens proveïdors de serveis en salut pública, i en especial el paper dels ajuntaments en aquest àmbit. Des de l'aprovació de la Llei 15/1990, d'ordenació sanitària de Catalunya, que ordenava el sistema sanitari català, a la Llei 18/2009, de salut pública, vigent en l'actualitat, s'han produït importants modificacions amb l'objectiu d'incrementar la salut de la població catalana. D'altra banda, la Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les bases de règim local (LBRL), recollia les competències en aquest àmbit, competències que han estat respectades en la llei sectorial.

La Llei d'ordenació sanitària com a punt de partida de la regulació de la salut pública a Catalunya

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), va ordenar el sistema sanitari públic integrant la salut pública com una prestació més del sistema sanitari català, i per tant, com un dret de la ciutadania. Per tal d'organitzar-lo i ordenar-lo es va crear el Servei Català de la Salut, un ens públic de naturalesa institucional adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social, que es configurava com l'estructura organitzativa principal del sistema sanitari català. El seu objectiu fonamental era el manteniment i la millora del nivell de salut de la població, i se li van atribuir diverses funcions en matèria de salut pública, com l'ordenació, planificació, programació i avaluació de la salut pública, així com la gestió i execució de programes institucionals en

matèria de promoció i protecció de la salut. En el desenvolupament de les funcions establertes, la llei regulava en el seu article número 8 les activitats que el Servei Català de la Salut duria a terme. En matèria de salut pública se li van assignar algunes activitats en l'àmbit de l'educació sanitària, l'orientació i planificació familiar, la salut bucodental, la salut laboral, el control sanitari i la prevenció dels riscos per a la salut derivats de la contaminació del medi ambient, el control sanitari dels establiments públics i els llocs d'habitatge i de convivència humana, la policia sanitària mortuòria, el control sanitari i la prevenció dels riscos derivats per a la salut derivats dels productes alimentaris, la promoció i millora de les activitats de veterinària de salut pública i la promoció de l'activitat física esportiva no professional.

Aquest ens es va organitzar en diverses unitats i subunitats desconcentrades en el territori que es van anomenar regions sanitàries i sectors sanitaris. Les regions sanitàries es van configurar com les demarcacions territorials del Servei Català de la Salut, les quals es van delimitar atenent a factors de diferents tipus: geogràfic, socioeconòmic, demogràfic, laboral, epidemiològic, cultural i climàtic. Al seu torn, les regions sanitàries es van subdividir en unitats més petites anomenades sectors sanitaris, els quals estaven formats per un conjunt d'àrees bàsiques de salut. Els sectors sanitaris coordinarien les activitats de prevenció de la malaltia, promoció de la salut i salut pública. En darrer lloc, les àrees bàsiques es constituïen com la unitat elemental prestadora de l'atenció primària de salut i com l'eix vertebrador del sistema sanitari. Les àrees bàsiques, de la mateixa manera que les altres unitats en les quals s'estructura el Servei Català de la Salut, també haurien de realitzar actuacions en matèria de salut pública, promoció i prevenció de la malaltia. Per tal que aquest pogués dur a terme les seves funcions es va crear el Pla de Salut de Catalunya, un instrument de planificació sanitària que fixaria les línies principals de desplegament de les seves activitats, programes i recursos.

En definitiva, la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya va establir una xarxa d'ens, a través del Servei Català de la Salut, els quals desenvoluparien les funcions d'assistència sanitària i de salut pública de manera integral a partir d'una estructura desconcentrada en el territori. Per tant, s'instaurava un model sanitari integral basat tant en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia com en les accions curatives i rehabilitadores. Aquesta nova organització posava fi a la dicotomia clàssica entre la salut pública i l'assistència sanitària i configurava el punt de partida de la regulació de la salut pública.

Cap a la reforma dels serveis de salut pública: la Llei 7/2003, de protecció de la salut

La Llei 7/2003, de 25 d'abril, de protecció de la salut, va representar el primer pas cap a la reforma dels serveis en salut pública, que es consolidaria sis anys després amb la Llei 18/2009, de salut pública. Si bé la Llei d'ordenació sanitària havia equiparat les activitats en assistència hospitalària i en salut pública i havia fixat les estructures generals d'organització, encara no havia regulat els aspectes específics relatius a la salut pública. La Llei 7/2003 representava un primer pas en el desenvolupament nor-

matiu de les actuacions en salut pública, ja que ordenava els serveis i les activitats en protecció de la salut, enteses com totes aquelles actuacions de les administracions sanitàries destinades a preservar la salut de la població enfront dels agents físics, químics i biològics presents en el medi. L'objectiu principal d'aquesta llei era el de garantir i fer efectiu el grau màxim de protecció de la salut de la població. A banda dels aspectes organitzatius i la distribució de competències per al desenvolupament de les actuacions en protecció, el text també incorporava i definia alguns conceptes importants. Així, en el seu títol II es detallaven les activitats i els àmbits que serien considerats de protecció de la salut. La protecció de la salut incloïa l'avaluació i gestió del risc dels àmbits que es detallen a continuació. S'entén per avaluació del risc identificar i valorar qualitativament i quantitativament els perills i considerar i caracteritzar el risc per a la salut derivat de l'exposició a un agent físic, químic o biològic. En canvi, la gestió del risc té com a finalitat principal evitar i minimitzar el risc per a la salut a través de les mesures de prevenció i control adequades.

- Les condicions higièniques i sanitàries dels aliments i begudes, de l'aigua de consum públic i de totes les substàncies que s'hi relacionen en general.
- Les condicions higièniques i sanitàries dels sistemes de subministrament d'aigua de consum públic, de les indústries i dels establiments dedicats a activitats alimentàries i de llurs instal·lacions, i també de les persones manipuladores d'aliments.
- Les condicions higièniques i sanitàries en què es practica la venda d'aliments, begudes i aigües.
- Les condicions higièniques i sanitàries dels locals i les instal·lacions de concurrència pública, i de les activitats que s'hi duen a terme.
- Les condicions higièniques i sanitàries dels edificis i llocs d'habitatge i de les activitats que s'hi duen a terme.
- Les condicions sanitàries de la gestió interna de residus sanitaris.
- Les activitats i instal·lacions de policia sanitària mortuòria.
- Els perills que poden derivar dels animals domèstics i peridomèstics i de les plagues.
- Les condicions sanitàries derivades de la contaminació del medi.
- Les condicions sanitàries derivades de residus municipals i industrials.

D'altra banda, la Llei 7/2003 consolidava i actualitzava les eines de les administracions sanitàries per vetllar per la protecció de la salut (autoritzacions administratives, registres, inspeccions, control analític i la potestat sancionadora). Una de les principals novetats que incorporava aquest text era la creació de l'Agència de Protecció de la Salut (APS) com a organisme autònom administratiu que tenia com a objecte principal protegir la població dels factors ambientals i alimentaris que poguessin produir un efecte negatiu en la salut de les persones. L'APS integrava tots els serveis i activitats en matèria de protecció de la salut, competència de la Generalitat, i els coordinaria amb la resta d'organismes. Per tant, a través d'aquest nou ens, es fomentava la cooperació i col·laboració interadministrativa, ja que l'Agència de Protecció de la Salut es convertia a partir d'aquell moment en un proveïdor de serveis que facilitaria el suport tècnic i la prestació dels serveis mínims a aquells ens locals que li encomanessin. En definitiva, aquest organisme s'ha convertit en un actor fonamental, que actua de ma-

nera conjunta amb els ajuntaments, en la gestió de les activitats en protecció de la salut.

A banda d'aquesta modificació legislativa, en un període més o menys curt de temps va sorgir una nova llei que regulava temes concrets relatius a la protecció de la salut i que alhora visualitzava la importància d'aquesta matèria per garantir el benestar comunitari. D'una banda, un any abans de l'aprovació de Llei de protecció de la salut, es va aprovar la Llei 20/2002, de 5 de juliol, de seguretat alimentària. Aquesta responia a l'aparició de nous problemes relacionats amb els aliments durant els darrers anys, amb l'objectiu de garantir el grau màxim de protecció de la salut en totes les etapes de la producció, transformació i distribució d'aliments i pinsos. Per tal d'assolir aquests objectius, es va crear l'Agència Catalana de Seguretat Alimentària, un organisme autònom administratiu adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social, que com a ens de referència a Catalunya realitzaria l'avaluació, gestió i comunicació dels riscos alimentaris de manera coordinada i eficient amb les altres administracions públiques, inclosos els ens locals.

En definitiva, la Llei de protecció de la salut i la Llei de seguretat alimentària posaven de manifest la importància de garantir i millorar la salut de la població i convertien les administracions públiques en actors competents per fer-ho. Alhora, aquests canvis normatius serien l'embrió de la reforma de la salut pública a Catalunya, que es consolidaria l'any 2009 amb la Llei de salut pública.

La Llei de salut pública de Catalunya, la consolidació de la reforma

La Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de la salut pública a Catalunya s'emmarca en el pla de govern 2007-2010 i es configura com la consolidació del procés de renovació de salut pública que va iniciar-se amb la Llei 7/2003, de protecció de la salut. L'aprovació d'aquesta llei suposa la derogació de la Llei 7/2003, de protecció de la salut, així com de la Llei 20/2002, de seguretat alimentària.

La importància de la Llei de salut pública de Catalunya rau en el fet que visualitza la salut pública com a estratègia per millorar la salut de la població i es converteix en objectiu de primer ordre de les administracions públiques per tal mantenir la qualitat de vida dels seus habitants. «El nivell de salut de les poblacions depèn primordialment de les intervencions de salut pública que inclouen –entre altres responsabilitats públiques– els serveis de salut pública» (Direcció General de Salut Pública, 2006: 15). Per tant, prevenir, protegir, minimitzar i evitar el risc es converteixen en aspectes rellevants en la gestió de la salut. El pla de govern té per objectiu atorgar un major pes a les polítiques de prevenció, promoció i protecció, reformar l'organització dels serveis de salut pública i incrementar el finançament destinat a aquest àmbit. D'altra banda, també promou la transversalitat de les polítiques públiques de salut a través del pla interdepartamental, que potencia la coordinació i col·laboració de les administracions públiques que tenen competències en salut pública.

Eixos d'intervenció de la salut pública

La Llei 18/2009, de salut pública, defineix un marc de referència de la salut pública a Catalunya molt ampli, que desenvolupa els principis continguts en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), en la Llei de protecció de la salut i en la Llei de seguretat alimentària. La nova llei estén i completa els serveis de la salut pública definits en la Llei anterior més enllà de les actuacions de protecció de la salut i de seguretat alimentària. Aquesta llei s'ha elaborat des d'una perspectiva integral que defineix els que han de ser els quatre nivells bàsics d'intervenció de la salut pública: la vigilància, la prevenció de la malaltia, la promoció i la protecció de la salut.

Per tant, la salut pública implica, en primer lloc, vigilància entesa com el conjunt d'actuacions destinades a recollir, analitzar, interpretar i difondre les dades sanitàries relatives als éssers vius, els aliments, l'aigua, el medi, els productes, les activitats i els serveis, i també l'estat de salut de les persones considerades col·lectivament, amb l'objectiu de controlar les malalties i els problemes de salut. El monitoratge de l'estat de salut de la població és una eina complementària que donarà suport a una millor planificació. En segon lloc, la salut pública s'ocupa de la prevenció de la malaltia, és a dir, del conjunt d'actuacions, prestacions i serveis destinats a reduir la incidència de malalties específiques i de llurs factors de risc per mitjà d'accions individuals i col·lectives de vacunació, immunització passiva, consell, cribratge i tractament precoç. En tercer lloc, la salut pública també inclou la promoció de la salut, el foment de la salut individual i col·lectiva i la promoció d'estils de vida saludable. I en quart i darrer lloc, i tal com ja ho indicava la Llei anterior, la salut pública s'ocupa de la protecció de la salut amb l'objecte de garantir la innocuïtat i la salubritat dels productes alimentaris i de preservar la salut de la població davant els agents físics, químics i biològics presents en el medi. L'ampliació dels serveis en salut pública es reflecteix en la definició de les prestacions a les quals fa referència la Llei. Alguns serveis, com la salut mental, la salut laboral, la salut maternoinfantil, la salut infantil i dels adolescents, la prevenció de les discapacitats o la salut bucodental passen a ser considerats àmbits competents de la salut pública.

L'Agència de Salut Pública de Catalunya

L'ampliació de les competències i les funcions de la salut pública a Catalunya requereix un nou sistema organitzatiu més complex, per tal de poder donar resposta als nous i importants reptes que es plantegen. L'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) encapçala la reforma organitzativa dels serveis de salut pública de Catalunya. Aquest ens, previst com una entitat de dret públic de la Generalitat, ajustarà la seva activitat al dret privat i tindrà per objectiu principal encarregar-se de la provisió i gestió dels serveis de la cartera de serveis de salut pública que corresponen al departament competent en matèria de salut. Per tant, la cartera de l'ASPCAT estarà integrada per serveis de vigilància i monitoratge, protecció de la salut, promoció, prevenció de la malaltia i salut laboral i mediambiental.

L'ASPCAT centralitzarà les activitats en salut pública coordinant-se amb altres organismes i administracions que duen a terme activitats en aquest àmbit. L'ASPCAT col·laborarà amb el Servei Català de la Salut en aquelles activitats referents a la promoció de la salut, l'educació per a la salut i la prevenció de la malaltia. D'altra banda, també haurà de prestar els serveis mínims de salut pública dels ens locals que li encomanin, així com facilitar el suport tècnic a aquells ens locals que prestin els serveis a través de mitjans propis. L'Agència tindrà una estructura desconcentrada i organitzada en demarcacions territorials, anomenades serveis regionals, que territorialment seran coincidents amb les regions sanitàries en què s'organitza el Servei Català de la Salut.

La nova organització de la salut pública requereix una reestructuració dels ens que operaven anteriorment en aquest àmbit. L'aprovació de la nova llei implica l'extinció de l'Agència de Protecció de la Salut i de l'Agència Catalana de Seguretat Alimentària, que quedaran integrades en la nova agència. L'Agència Catalana de Seguretat Alimentària passa a ser una àrea especialitzada de l'Agència de Salut Pública de Catalunya que actuarà amb plena independència tècnica. Aquest ens s'encarregarà de l'avaluació, la comunicació i l'assessorament dels beneficis i riscos per a la salut de determinats components i ingredients dels aliments. A més a més, també donarà suport tècnic i científic a les actuacions dels departaments competents en matèria de salut, agricultura, alimentació, ramaderia, pesca i consum i col·laborarà amb les administracions públiques i organitzacions de consumidors i usuaris. L'Agència de Salut Pública de Catalunya se subrogarà en tots els drets i deures a les agències extingides i assumirà les seves funcions en un termini de sis mesos a comptar des de l'entrada en vigor dels seus estatuts. Cal tenir present que fins al moment aquest ens encara no ha aprovat els seus estatuts i, per tant, el funcionament actual de la salut pública es regeix per les estructures administratives previstes en la Llei 7/2003, de protecció de la salut.

La Llei 7/2003, de protecció de la salut, és el context normatiu en el qual s'emmarca el present estudi, ja que la informació recollida, tal com es descriu en l'apartat metodològic, fa referència a l'any 2009. Cal tenir en compte, però, que la Llei de salut pública va entrar en vigor el 27 d'octubre d'aquell mateix any, fet que produeix que l'estudi reflecteixi el moment de transició en què es troben actualment els ens locals per desenvolupar les actuacions en salut pública.

Els municipis, ens competents en matèria de salut pública

Tal i com ha succeït amb l'organització i les estructures en salut pública, les responsabilitats dels ens locals en aquesta matèria també s'han vist modificades com a conseqüència de l'evolució legislativa descrita en els apartats anteriors. Així, a banda del Servei Català de la Salut i els seus organismes dependents, els consells comarcals i els ajuntaments també es configuren com a actors imprescindibles en aquest context, amb competències pròpies que han de complir. Tot i que les funcions assignades s'han anat incrementant al llarg del temps, des de l'aprovació de la Llei d'ordenació sanitària l'any 1990, els ens locals han tingut sempre un paper rellevant com a prestadors de serveis en salut pública, ja que és en el nivell local on es materialitzen les polítiques públiques.

La Llei 15/1990, d'ordenació sanitària, en el seu títol sisè, preveia les competències que els ens locals haurien d'assumir en la gestió de la salut pública i diferenciava entre les competències dels consells comarcals i les dels ajuntaments. Als consells comarcals se'ls assignaven competències de coordinació entre els serveis municipals i la Generalitat, la prestació de serveis supramunicipals i la realització d'altres activitats de planificació i diagnòstic de la salut pública en general. A més a més, la Generalitat i els municipis podrien assignar-los o delegar-los funcions d'acord amb la Llei de règim local. Pel que fa les competències dels municipis, es distingia entre un conjunt de serveis mínims obligatoris i altres activitats. Les lleis posteriors han modificat el llistat de serveis mínims obligatoris, així com els instruments de col·laboració interadministrativa per dur-los a terme.

Els serveis en matèria de salut pública responsabilitat dels ajuntaments

El llistat dels serveis mínims que han de prestar els ajuntaments en matèria de salut pública ha canviat com a conseqüència de les modificacions legislatives. La Llei 18/2009, de salut pública, vigent en l'actualitat, en el seu article 52, considera els ajuntaments ens competents per prestar el conjunt de serveis mínims que es detallen a continuació:

- L'educació sanitària en l'àmbit de les competències locals.
- La gestió del risc per a la salut derivat de la contaminació del medi.
- La gestió del risc per a la salut pel que fa a les aigües de consum públic.
- La gestió del risc per a la salut als equipaments públics i als llocs habitats, incloses les piscines.
- La gestió del risc per a la salut en les activitats de tatuatge, micropigmentació i pírcing.
- La gestió del risc per a la salut derivat dels productes alimentaris en les activitats del comerç minorista del servei i la venda directa d'aliments preparats als consumidors, com a activitat complementària d'un establiment, amb repartiment a domicili o sense, de la producció d'àmbit local i del transport urbà. Se n'exclou l'activitat de subministrament d'aliments preparats per a col·lectivitats, per a altres establiments o per a punts de venda.
- La gestió del risc per a la salut derivat dels animals domèstics, dels animals de companyia, dels animals salvatges urbans i de les plagues.
- La policia sanitària mortuòria en l'àmbit de les competències locals.
- Les altres activitats de competència dels ajuntaments en matèria de salut pública, d'acord amb la legislació vigent en aquesta matèria.

La principal novetat que incorpora la Llei de salut pública pel que fa als serveis mínims obligatoris dels ajuntaments és la gestió del risc per a la salut en les activitats de tatuatge, micropigmentació i pírcing, activitat que alguns municipis ja duïen a terme. Cal tenir en compte que la Llei de protecció de la salut ja havia introduït altres canvis respecte de la Llei d'ordenació sanitària, com la incorporació al llistat de serveis mínims

de la gestió del risc de les aigües de consum humà i la gestió del risc dels animals domèstics i peridomèstics. A més a més, el servei d'educació sanitària en l'àmbit de les competències locals, que fins aleshores s'establia com a activitat que es podia realitzar de forma complementària, passava al llistat de serveis mínims que s'haurien de prestar en tots els municipis.

D'altra banda, els ajuntaments passaven de realitzar el control sanitari a encarregar-se de la gestió del risc. Aquest fet implicava que no tan sols realitzarien les actuacions destinades a comprovar l'adequació dels productes, les activitats i els serveis sinó que també es responsabilitzarien de totes aquelles actuacions destinades a evitar i minimitzar el risc per a la salut. Aquest canvi reflectia l'èmfasi que la Llei de protecció de la salut posava en les actuacions destinades a preservar, protegir, evitar i minimitzar el risc per a la salut de la població.

Més enllà dels serveis mínims obligatoris, els municipis també són competents per realitzar altres activitats, com promoure la defensa dels consumidors i usuaris de la sanitat, la participació en la gestió d'atenció primària de la salut, la protecció de la sanitat ambiental i la protecció de la salubritat pública. Els municipis també es consideren ens competents per realitzar activitats complementàries que siguin pròpies d'altres administracions públiques, com l'habitatge, la protecció del medi i l'esport. A més a més, també poden prestar els serveis relacionats que els pugui delegar la Generalitat de Catalunya.

El conjunt de serveis mínims obligatoris i els serveis complementaris propis d'altres administracions, així com les activitats que pugui delegar la Generalitat de Catalunya, conformen el conjunt d'activitats que han de prestar els ajuntaments. Tot i que la Llei ha previst que els municipis hauran de prestar els serveis esmentats, a la pràctica els nivells de prestació són molt heterogenis. L'anàlisi de la prestació dels serveis en salut pública i de la recerca dels factors que influeixen en el nivell de prestació d'aquests serveis són alguns dels aspectes més rellevants que es descriuran en el present estudi.

Eines de col·laboració administrativa per a la prestació dels serveis en salut pública

Malgrat que les tres lleis analitzades en el present apartat han definit i ampliat progressivament les responsabilitats dels ens locals en matèria de salut pública, cal esmentar que en tots els casos s'ha previst que els ajuntaments, a banda dels instruments previstos per la Llei de règim local, podran disposar de la col·laboració d'altres administracions per tal de poder dur-les a terme.

De manera incipient, la Llei 15/1990, d'ordenació sanitària, ja preveia que els ajuntaments podrien sol·licitar el suport tècnic del personal i els mitjans a les regions i als sectors sanitaris de la seva demarcació. La Llei 7/2003 desenvolupava i ampliava el suport que podrien rebre els ens locals en l'execució de la seves competències mínimes mitjançant l'Agència de Protecció de la Salut. Així, l'APS es configurava com un

instrument de suport en l'àmbit de la protecció de la salut i es responsabilitzava de la coordinació dels diferents organismes que intervenien en la protecció dels factors ambientals i alimentaris. D'aquesta manera, a banda d'aplicar els criteris, les directrius i les prioritats de les polítiques de protecció de la salut i de gestionar i exercir les activitats en matèria de protecció de la salut que eren competència de la Generalitat, seria l'organisme responsable de la cooperació amb tots els actors que realitzen funcions en salut pública. Els ajuntaments i els consells comarcals podien sol·licitar suport tècnic, encomanar l'execució dels serveis mínims de protecció de la salut i comptar amb el suport tècnic per desenvolupar serveis en protecció de la salut més enllà dels serveis mínims a l'Agència de Protecció de la Salut mitjançant un conveni. El conveni d'encàrrec de la prestació de serveis en protecció de la salut ha d'incloure com a mínim els serveis mínims o complementaris que l'APS prestarà en el territori, els acords respecte del personal i els recursos que s'hi adscriu i la contraprestació econòmica en cas que s'acordi la prestació de serveis que no siguin mínims obligatoris. Per tant, a partir de l'any 2003, les localitats que no tenien els recursos humans i tècnics suficients per desenvolupar activitats en protecció de la salut disposaven d'un recurs per prestar aquests serveis. Com es veurà posteriorment, els municipis han recorregut sovint a la col·laboració d'aquest ens en l'exercici de les seves competències obligatòries en protecció de la salut. Tot i que la Llei 18/2009, de salut pública, ha previst l'extinció de l'Agència de Protecció de la Salut, els ens locals continuaran comptant amb el suport de la Generalitat a través de l'Agència Catalana de Salut Pública. Per tant, les xarxes de col·laboració i coordinació existents es mantenen a través d'un altre organisme que també prestarà els serveis mínims de responsabilitat local i comarcal dels ens locals que els encomanin.

En resum, les tres lleis principals que han regulat aspectes de la salut pública a Catalunya han previst diferents mecanismes de suport per als municipis que no tinguessin els recursos necessaris per prestar les activitats obligatòries. Les regions i els sectors sanitaris, l'Agència de Protecció de la Salut i l'Agència Catalana de Salut Pública tenen la mateixa finalitat: establir xarxes de col·laboració i cooperació interadministrativa per tal que els ajuntaments puguin complir els serveis mínims assignats.

La gestió municipal de la salut pública: el projecte

El projecte sobre la gestió municipal de la salut pública neix a partir de l'impuls de l'Àrea de Salut Pública i Consum de la Diputació de Barcelona amb l'objectiu d'analitzar el funcionament dels serveis i àrees municipals responsables dels serveis i activitats en aquesta matèria.

Univers d'estudi

L'univers d'estudi comprèn els 79 municipis de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona segons les dades aprovades per l'*Instituto Nacional de Estadística* amb data de referència 1 de gener de 2009. La ciutat de Barcelona queda exclosa de l'anàlisi ja que la seva grandària, les seves característiques específiques i la seva gestió de competències en salut a través de l'Agència de Salut Pública de Barcelona requeririen una recerca pròpia.

La major part de les localitats que conformen l'univers d'estudi han col·laborat en la realització del projecte facilitant informació. Així, 77 municipis, que representen un 97,5% del total, han realitzat l'entrevista i han aportat informació.

La taula 1 mostra la distribució de municipis estudiats per trams de població. La major part dels municipis estudiats es concentren en els dos trams de població més baixos, mentre que els dos superiors només recullen 18 localitats. Cal tenir present que es tracta d'un grup reduït de casos i que aquest fet limita les opcions d'anàlisi. D'una banda, la no-resposta en qualsevol de les variables tindrà un impacte important i de l'altra, caldrà fer l'anàlisi segmentada amb molta prudència.

Taula 1. Distribució de municipis estudiats per trams de població

Grandària poblacional	Freqüència	Percentatge
Entre 10.000 i 20.000 habitants	35	45,5
Entre 20.001 i 50.000 habitants	24	31,2
Entre 50.001 i 75.000 habitants	8	10,4
Més de 75.000 habitants	10	13,0
Total	77	100,0

Recollida i tractament de les dades: l'elaboració del qüestionari

La recollida de dades s'ha efectuat a través d'un qüestionari estructurat que inclou diversos aspectes sobre l'organització, el funcionament, les activitats i la despesa dels ajuntaments en matèria de salut pública. El Servei de Salut Pública de la Diputació de Barcelona, juntament amb la Fundació Carles Pi i Sunyer i experts tècnics i acadèmics en organització i pressupost municipal, han desenvolupat els aspectes tècnics i de contingut del qüestionari. Per a la seva elaboració s'han utilitzat algunes investigacions prèvies que havien analitzat aquesta qüestió abans de l'última reforma de la Llei de salut pública.

El qüestionari es dirigeix als tècnics responsables de salut pública de cadascun dels ajuntaments analitzats. De forma prèvia a la realització del treball de camp, s'han dut a terme tres proves pilot amb els tècnics en salut pública de tres dels ajuntaments inclosos en l'univers d'estudi. Aquest fet ha permès analitzar la consistència de les variables incloses en l'estudi i, d'aquesta manera, sol·licitar informació que estigui a l'abast dels responsables municipals.

El qüestionari se centra en els cinc blocs següents:

1. **Estructura i organització política de l'Ajuntament en l'àmbit de la salut pública.** Recull informació sobre la regidoria que desenvolupa les responsabilitats en salut pública a l'Ajuntament, la coordinació amb altres àrees i el perfil del regidor/a.
2. **Estructura i organització tècnica en l'àmbit de la salut pública.** Fa referència a l'estructura tècnica que desenvolupa les activitats, els recursos humans i les eines emprades per a la seva planificació i avaluació.
3. **Serveis i activitats en matèria de salut pública.** Està format per un grup de preguntes sobre la prestació dels serveis mínims que són obligatoris per als ajuntaments, així com la prestació dels serveis voluntaris més habituals en matèria de salut. Les activitats relacionades amb els animals domèstics i de companyia no s'hi van incloure atès que habitualment no es desenvolupen des dels departaments municipals en salut pública i s'acostumen a realitzar des de medi ambient.
4. **Ents instrumentals, cooperació i coordinació administrativa.** Aquest bloc identifica els ens instrumentals que realitzen activitats en salut pública i recull informació sobre els convenis de col·laboració amb l'Agència de Protecció de la Salut i les xarxes de cooperació i col·laboració administrativa.
5. **Despesa en salut pública.** Quantifica les fonts d'ingressos segons la seva naturalesa (taxes, preus públics, sancions, transferències...) per cobrir les despeses que generen les activitats en salut pública. També s'efectua un càlcul de la despesa utilitzada per la prestació d'aquests serveis (despeses de personal, en béns i serveis, transferències corrents i inversions reals).

Treball de camp i calendari d'execució

Per tal de garantir la qualitat de les dades i agilitar el procés de resposta, el qüestionari s'ha lliurat de manera presencial a cadascun dels ajuntaments inclosos en l'estudi. Un equip d'investigadors s'ha desplaçat als ajuntaments participants i ha vetllat per tal que la informació sigui correcta i homogènia.

El treball de camp s'ha desenvolupat entre el 14 de maig i el 15 de juliol de 2010, i s'han efectuat una mitjana de deu visites setmanals. Tot i que en la major part dels municipis estudiats s'ha realitzat una única visita, en alguns casos (quatre municipis) ha estat necessari realitzar una segona reunió per tal de complimentar informació que la persona entrevistada no disposava el dia de la cita o bé per tal de completar aspectes específics del qüestionari.

Amb l'objectiu d'obtenir la màxima consistència i homogeneïtat en la informació recollida, en tots els municipis s'ha intentat realitzar l'entrevista amb el cap de salut pública de l'Ajuntament. Tot i així, en alguns casos això no ha estat possible per diversos motius: en primer lloc, l'organització i estructura dels ajuntaments participants és molt heterogènia, fet que causa que aquesta figura no existeixi en tots els municipis. En altres ocasions, era preferible realitzar l'entrevista amb el tècnic, ja que el cap de servei coordina moltes altres activitats i qui té els coneixements específics en aquesta matèria són les figures tècniques. En darrer lloc, hi ha ajuntaments on les tasques de salut pública són realitzades per un auxiliar o bé són dutes a terme des de diverses àrees, com medi ambient, esports o serveis socials.

En definitiva, les entrevistes han estat protagonitzades pels caps del departament de salut pública, per tècnics municipals especialitzats en aquesta matèria i per auxiliars o administratius. En la taula 2 es pot observar la distribució de municipis segons el càrrec de la persona entrevistada.

Taula 2. Distribució de municipis segons el càrrec de la persona entrevistada

Persona entrevistada	Freqüència	Percentatge
Cap d'àrea, coordinador/a o responsable	33	45,2
Tècnic/a	31	42,5
Administratiu/va o auxiliar administratiu/va	6	8,2
Regidor/a	2	2,7
Altres	1	1,4
Total	73	100,0

Control de consistència

Qüestionari

Per tal d'assegurar el bon funcionament del projecte, el qüestionari va ser testat en tres municipis, on es va efectuar una prova pilot abans de l'inici del treball de camp. Gràcies a la col·laboració dels ajuntaments de Gavà, Castellbisbal i Rubí es va avaluar el funcionament intern de les preguntes incloses en el qüestionari, les categories de resposta, la durada de l'entrevista i la facilitat/complexitat de la informació sol·licitada.

D'aquesta manera, es van efectuar algunes modificacions en el disseny inicial del qüestionari. A través de la prova pilot es va detectar que els tècnics municipals, en molts casos, no disposaven del grau màxim d'exhaustivitat de la informació sol·licitada, especialment en les preguntes que feien referència a recursos humans emprats i a despesa total en cadascuna de les activitats realitzades. Per aquest motiu, es va procedir a eliminar del qüestionari les preguntes més exhaustives i es van substituir per d'altres de més generals.

Tot i que es va detectar que la informació sobre despesa per blocs d'activitats seria igualment difícil d'obtenir, es va mantenir, ja que l'obtenció d'aquestes dades conforma uns dels objectius principals de l'estudi.

Funcionament de les preguntes del qüestionari

Un cop es va tenir un 10% dels municipis introduïts en la base de dades, es va analitzar el correcte funcionament de les preguntes del qüestionari. Es va realitzar un informe descriptiu amb els 10 primers municipis visitats i totes les variables del qüestionari. Aquest document no permetia treure conclusions de l'estudi, ja que aquests 10 municipis no havien estat seleccionats sota cap criteri específic i els resultats obtinguts no es podien extrapolar al conjunt de municipis.

Coherència interna de les dades

Un cop realitzada l'entrevista, la informació va ser introduïda i sistematitzada en un programa informàtic que conté un conjunt de validacions internes que assegurin la consistència de les dades. D'aquesta manera s'eviten els errors manuals en la introducció de les dades i els errors en la informació recollida. D'altra banda, cadascun dels investigadors/es ha analitzat les respostes recollides en el qüestionari i n'ha validat la coherència interna. En casos determinats, els investigadors/es s'han tornat a posar en contacte amb el municipi amb l'objectiu de validar dades concretes.

Aquest procés ha estat especialment ardu en relació amb les dades referents a informació econòmica i pressupostària. Hem de dir que, tot i que la depuració i el control de consistència s'han dut a terme amb el màxim rigor possible, no estem plenament

satisfets amb la consistència de la informació corresponent a aquestes variables. En el capítol 10, dedicat a l'anàlisi del pressupost i el finançament de la gestió municipal de la salut pública, ens detindrem d'una manera més detallada en les característiques i els possibles efectes de cadascuna de les variables utilitzades.

Anàlisi de les «no-respostes»

Prèviament a l'emissió de l'informe es va procedir a realitzar una anàlisi de totes les respostes per tal de detectar aquelles variables que acumulaven un nombre elevat de casos perduts, és a dir, variables en què el percentatge de les opcions «no sap» o «no respon» era elevat. En la majoria de les variables, l'impacte dels casos perduts era menor i va permetre realitzar l'anàlisi sense problemes.

Tot i així, el conjunt de variables econòmiques acumulava alts percentatges de casos perduts que impedièren realitzar una anàlisi consistent d'aquestes variables. Aquest fet es devia a un conjunt de factors, que s'exposen en el capítol 10, vinculats a la dificultat del tractament d'aquesta informació. Atès que es tracta d'un bloc molt rellevant per als objectius de l'estudi, es va procedir a la recuperació d'aquestes respostes mitjançant altres vies, com ara mitjançant el departament d'intervenció.

Tot i així, es tracta del conjunt de variables que mostren un major nombre de casos perduts, intervals més amplis d'heterogeneïtat i, en conseqüència, un nivell més baix de consistència.

Estructura i organització política en matèria de salut pública

La previsió legal de l'autonomia municipal i la capacitat d'autoorganització habilita els ajuntaments a definir la seva pròpia estructura interna. Des del punt de vista polític, aquest fet permet visualitzar quina és la situació de determinades matèries i quin és el seu tractament per part dels equips de govern, ja que cada Ajuntament haurà decidit com situa cada matèria en el seu organigrama polític. La nostra anàlisi parteix de l'estudi de diversos aspectes que hem considerat rellevants:

- Existència d'una regidoria amb responsabilitats en matèria de salut pública.
- Si aquesta regidoria és única o inclou altres àmbits i, si és així, quins àmbits.
- Situació de la regidoria en l'estructura política.
- Perfil de la persona que ocupa el càrrec pel que fa al sexe i al tractament de les seves condicions de dedicació.
- Funcions relatives a la salut pública.

La nostra voluntat és poder fer una anàlisi de quin és l'encaix de les polítiques de salut pública en l'estructura política municipal i del seu pes relatiu en l'organigrama.

El tractament de la salut pública en l'organigrama municipal

L'existència d'una regidoria específica dins de l'organigrama polític que s'ocupi de la salut pública és, en si mateix, un element que pot mostrar quin ha estat el grau de penetració de la matèria en les preocupacions dels equips polítics. Cal tenir present que les regidories, seguint la lògica d'especialització per carteres, són un element d'alta variabilitat que pot manifestar la posició dels temes en l'agenda municipal. En aquest sentit, cal destacar que la totalitat dels ajuntaments estudiats ha recollit la matèria però, majoritàriament, de forma compartida amb altres àmbits.

Així doncs, la matèria ha estat objecte de tractament polític i d'identificació d'un responsable en tots els casos, però s'opta per recollir diverses matèries de forma conjunta, com es pot apreciar a la taula 3. Pel que fa a aquesta segona observació, val la pena recordar que no existeix cap previsió que faci referència al tractament dels temes per part dels equips polítics i que cada ajuntament decideix en cada moment la morfologia del seu repartiment de responsabilitats que, a més, pot ser modificat de forma relativament simple. En una bona part dels casos, un decret de l'Alcaldia pot ser suficient per a modificar-lo i no sempre es requeriria l'acord del ple. La pràctica d'acumular responsabilitats en una sola cartera està molt estesa, de manera que no podem con-

Taula 3. La regidoria inclou àmbits diferents del de salut pública?

	Freqüència	Percentatge
La regidoria inclou àmbits diferents del de salut pública	57	74
La regidoria només es dedica a les activitats relacionades amb salut pública	20	26
Total	77	100,0

siderar que aquest sigui un tret diferencial característic. Sí que ho és el fet que la salut pública hagi estat inclosa de forma específica en tots els municipis estudiats.

Pel que fa a la seva situació dins del cartipàs municipal, la taula 4 indica que l'opció més habitual ha estat situar-lo com una regidoria independent amb atribucions pròpies. Les dades mostren que, en un nombre també ampli de municipis, aquesta matèria queda dins de l'àmbit d'una tinència d'alcaldia. Els tinents d'alcalde substitueixen l'alcalde de forma automàtica en cas d'absència i formen part de la Junta de Govern Local. De forma minoritària, l'àmbit ha quedat sota una altra regidoria o dins de les responsabilitats de l'alcaldia.

La legislació preveu tres possibles cobertures de la dedicació a la seva responsabilitat per part dels electes locals: la dedicació exclusiva, la dedicació parcial i els casos en què no se'n determina cap en concret i que en l'estudi s'ha tractat sota la denominació de «sense dedicació». Aquestes tipologies despleguen efectes sobre les condicions d'exercici de les responsabilitats del electes locals. D'acord amb la normativa aplicable, l'assignació d'una dedicació determinada pot estendre's a qualsevol membre de la corporació (tant als regidors i les regidores de govern com a l'oposició) i ha de ser acordada en el ple. La dedicació exclusiva implica la percepció d'una compensació econòmica pel desenvolupament de les funcions de forma completa i amb un component d'exclusivitat que implicarà l'aplicació d'un règim d'incompatibilitats més ampli que les previsions generals.

La dedicació parcial es configura com una fórmula que admet la compatibilitat entre la percepció d'una determinada compensació econòmica per l'exercici del càrrec i el

Taula 4. Situació de la regidoria en l'organigrama polític

	Freqüència	Percentatge
Queda dins l'àmbit de l'alcaldia	3	3,9
Queda dins l'àmbit d'una tinència d'alcaldia	19	24,7
Queda dins l'àmbit d'alguna altra regidoria	4	5,2
És una regidoria amb atribucions directes	51	66,2
Total	77	100,0

Taula 5. Dedicació del/de la regidor/a responsable de salut pública

Grandària poblacional	Tipus de dedicació	Freqüència	Percentatge
Entre 10.000 i 20.000 habitants	Exclusiva	7	20,0
	Parcial	23	65,7
	Sense dedicació	5	14,3
	Total	35	100,0
Entre 20.001 i 50.000 habitants	Exclusiva	3	12,5
	Parcial	18	75,0
	Sense dedicació	3	12,5
	Total	24	100,0
Entre 50.001 i 75.000 habitants	Exclusiva	3	37,5
	Parcial	5	62,5
	Total	8	100,0
Més de 75.000 habitants	Exclusiva	7	70,0
	Parcial	2	20,0
	Sense dedicació	1	10,0
	Total	10	100,0

desenvolupament d'activitats laborals i professionals sempre que no incorrin en les incompatibilitats esmentades. El reconeixement d'una dedicació determinada i la percepció d'una compensació econòmica són incompatibles amb el cobrament de les indemnitzacions per assistència efectiva a les sessions d'òrgans. És també possible que no s'hagi assignat cap dedicació; per tant, els electes en aquesta situació no rebran cap compensació econòmica pel desenvolupament de les funcions, tot i que sí que podran percebre les indemnitzacions per assistència efectiva a sessions dels òrgans de govern. D'acord amb aquesta tipologia, les regidories responsables de les matèries de salut pública tenen tendència a mantenir dedicacions parcials, com es pot comprovar a la taula 5. La dedicació exclusiva, tot i que també hi és present, no és l'opció majoritària, com tampoc no ho és la no-assignació de cap dedicació, que seria la modalitat menys estesa.

A l'hora d'analitzar aquestes dades val la pena tenir presents alguns elements que, tot i no ser específics de l'àmbit que ens ocupa, resulten rellevants. En primer lloc, la intensa relació entre la dimensió municipal i l'assignació de dedicacions ha de ser incorporada a l'hora d'avaluar el tipus de dedicació d'una matèria concreta. En aquest sentit, treballs de camp corresponents a estudis anteriors¹ ens mostren que, a mesura que s'incrementa la dimensió poblacional, el nombre d'electes amb alguna dedicació reconeguda s'incrementa. De forma paral·lela, es produeix una relació creuada entre la dedicació exclusiva i la parcial i els trams de població. Així, a mesura que

1. En referència als treballs de camp desenvolupats per l'Observatori de Govern Local en l'edició de 2008.

Taula 6. Distribució segons sexe del/de la regidor/a responsable de salut pública

Grandària poblacional	Tipus de dedicació	Freqüència	Percentatge
Entre 10.000 i 20.000 habitants	Home	12	34,3
	Dona	23	65,7
	Total	35	100,0
Entre 20.001 i 50.000 habitants	Home	9	37,5
	Dona	15	62,5
	Total	24	100,0
Entre 50.001 i 75.000 habitants	Home	2	25,0
	Dona	6	75,0
	Total	8	100,0
Més de 75.000 habitants	Home	4	40,0
	Dona	6	60,0
	Total	10	100,0

augmenta el nombre d'habitants, augmenta la presència de dedicació exclusiva en els equips de govern i disminueix la dedicació parcial.

En l'àmbit de la salut pública, però, l'assignació de dedicacions no segueix aquesta lògica de forma exacta i la presència de la dedicació parcial és significativa en tots els trams de població estudiats. Així doncs, podem dir que la dedicació parcial és una fórmula habitual en la cobertura de la situació dels responsables polítics de la salut pública municipal.

Pel que fa al sexe de la persona al capdavant de la regidoria, a la taula 6 podem observar que es tracta d'un àmbit amb forta presència de dones en tots els trams de població.

D'acord amb l'article 5 de la Llei 18/2009, de salut pública, l'alcalde és considerat autoritat sanitària, en el marc de les seves funcions. La normativa vigent en matèria d'organització municipal, determina que les atribucions de l'alcaldia que no es considerin indelegables podran ser delegades en els regidors o regidores o en la Junta de Govern Local. Aquesta possibilitat ha estat aplicada per gairebé la meitat dels ajuntaments estudiats. De fet, en aquest cas podem observar com les dues opcions tenen un pes molt similar: en el 45,5% l'alcaldia ha delegat aquesta atribució, mentre que en el 49,4% l'ha retinguda. Val la pena comentar que els responsables del departament de quatre municipis (que representen un 5,2% del total) desconeixien aquesta informació. En aquest cas, la distribució per trams de població es reflecteix a la taula 7 i mostra de forma clara que la delegació és molt més habitual entre els municipis de majors dimensions poblacionals. Resulta significatiu, però, que en pràcticament tots els trams poblacionals trobem tècnics que desconeixien si aquestes funcions havien estat delegades i no es va poder constatar via documental si havia estat així. En qualsevol cas, davant l'absència de documentació al respecte, es podria presumir que aquestes funcions no han estat delegades. Pel que fa al receptor de l'atribució, en el

Taula 7. Delegació de les funcions d'autoritat sanitària de l'alcaldia

Grandària poblacional	Delegació	Freqüència	Percentatge
Entre 10.000 i 20.000 habitants	Sí	10	28,6
	No	24	68,6
	NS	1	2,9
	Total	35	100,0
Entre 20.001 i 50.000 habitants	Sí	10	41,7
	No	13	54,2
	NS	1	4,2
	Total	24	100,0
Entre 50.001 i 75.000 habitants	Sí	7	87,5
	No	1	12,5
	Total	8	100,0
Més de 75.000 habitants	Sí	8	80,0
	NS	2	20,0
	Total	10	100,0

84,4% dels casos ho serà un regidor o regidora, i només de forma testimonial trobem delegacions en tinències d'alcaldia (s'ha produït en quatre casos, que representen un 12,5% del total) o en la Junta de Govern Local (que ha estat la receptora en un sol cas). La tendència, doncs, indica que la delegació d'aquesta atribució es produeix d'un òrgan unipersonal a un altre.

L'estructura del qüestionari i les dades disponibles no ens permeten concloure si tota la direcció política de les activitats resta en una sola regidoria o està dividida. La direcció política municipal de la salut pública es mostra com una matèria tractada conjuntament amb altres sectors, i des d'una assignació de dedicació de tipus parcial, de forma majoritària. Així, el seu titular compatibilitza el seguiment de la matèria no tan sols amb altres àmbits de la política municipal, sinó també amb la seva activitat professional i laboral particular. Aquest conjunt d'elements podrien repercutir en la direcció política d'aquestes activitats.

De la direcció política a la gestió de la matèria

Els treballs de camp presencials permeten observar aspectes del desenvolupament de l'activitat que superen el marc de les preguntes i respostes que configuren les variables objecte d'estudi. Aquests, tot i no respondre a la sistematització d'una matriu que en permeti l'anàlisi quantitativa, són elements valuosos per contextualitzar alguns dels paràmetres recollits. L'àmbit material de la salut pública es configura a partir d'una pluralitat d'activitats de naturalesa diversa amb un alt grau d'especificitat tècnica. Veurem en el tractament de l'estructura administrativa i tècnica que aquesta realitat ha estat encaixada en les arquitectures municipals tot parcel·lant aquests àmbits

d'actuació que sovint resten dividits en àrees i serveis diferents. Alhora, la incidència de l'externalització és també relativament important.

En definitiva, l'estructuració de la matèria no és compacta sinó fragmentada i no sembla que hagi de seguir cap patró comú entre els diferents municipis. La capacitat d'autoorganització a què fèiem referència habilita els ajuntaments a dotar-se de les fórmules organitzatives que prefereixin i que s'adaptin millor a les seves necessitats. La casuística i heterogeneïtat en el desplegament intern de cada institució, així com la complexitat i especificitat de la matèria, semblen indicar que la direcció política de les activitats incloses en l'àmbit de la salut pública podria no ser única.

En aquest sentit, si analitzem la relació entre l'organigrama polític i l'estructuració tècnica i administrativa de la matèria, veurem que tot i que es dona una certa relació entre les condicions de desenvolupament de l'activitat del responsable polític i l'estructura, aquesta és moderada.

La fixació dels objectius i les prioritats en salut pública: els instruments de planificació en les polítiques públiques de salut

Les eines de planificació són un instrument fonamental en l'estructuració de les activitats de les organitzacions. En l'entorn complex del món local, cal cercar elements que constitueixin un mecanisme d'agregació de les aspiracions i voluntats de les diferents accions impulsades pels governs locals. Aquestes eines permeten desenvolupar les activitats d'una forma més ordenada, per tal de compartir compromisos i responsabilitats, així com establir objectius específics i generals a mitjà i llarg termini. Són un element necessari per tal de plantejar horitzons congruents i complementaris a partir de la suma d'efectes i resultats.

En aquest capítol analitzarem l'extensió i ús de les eines de planificació de les activitats de salut pública als municipis estudiats. Així, en un primer moment ens aturarem a observar si la planificació és una pràctica desenvolupada per tots els municipis o si, en canvi, es concentra en unes localitats en particular. També estudiarem els tipus d'instruments que s'han fet servir per dur-la a terme i quines han estat les fórmules més utilitzades, així com si existeixen diferents graus en els diversos ajuntaments.

Per tal de poder-ho treballar de forma més global hem construït dos grups d'eines que considerem que tenen objectius diferents:

- Eines de planificació d'objectius generals pel municipi. Serien les que busquen establir objectius estratègics que poden tenir un abast ampli per a totes les activitats d'aquest àmbit. Hi hem inclòs el Pla de Salut Municipal i el Consell de Salut.
- Eines de planificació específiques. Serien les que fan un seguiment específic de programes o activitats concretes. Hem inclòs en aquesta classificació els plans o programes d'un àmbit concret, els sistemes d'informació sanitària i els observatoris en temes de salut, que habitualment se centren en temàtiques concretes, i els estudis en salut pública, que, de nou, solen tenir naturalesa sectorial.

Les eines de planificació en salut pública: un mapa de situació

En aquest estudi hem analitzat l'ús i extensió d'un conjunt d'instruments i eines d'observació, planificació i establiment d'objectius de caràcter i naturalesa diferents. Ens hem interessat per l'existència d'un Pla de Salut Municipal i per les seves característiques, així com per l'elaboració de plans i programes sobre aspectes específics en salut pública o altra documentació que pugui recollir el seguiment i gestió de les activitats. Analitzem també els sistemes d'informació sanitària, els observatoris i els

estudis específics com a mecanismes de coneixement de la realitat que permeten establir línies d'actuació. Per acabar, ens aturem en els Consells de Salut i en el seu funcionament i composició.

Pel que fa a l'existència d'un Pla de Salut, val la pena destacar el baix número de municipis que n'han portat a terme algun. De fet, dels 77 ajuntaments estudiats, només 12 (que representen un 15,6% del total) afirmen haver-ne elaborat un. En aquest cas, no sembla que la grandària poblacional sigui un element determinant. En la redacció del Pla, els dos participants més habituals han estat la regidoria encarregada de les responsabilitats relacionades amb la salut pública i els treballadors de l'àmbit, com es pot observar a la taula 8. Cal dir, però, que cap dels dos actors són presents en tots els casos estudiats i tant la regidoria com els treballadors han pres part de la redacció en 11 dels 12 plans de salut. Les entitats i associacions que desenvolupen activitats en aquesta matèria hi han participat en 8 ocasions, seguides del Centre d'Atenció Primària o l'Àrea Bàsica (CAP/ABS), els centres escolars i altres regidories que han pres part del procés en 6 ocasions, que representen la meitat dels plans detectats. La informació obtinguda mostra també la intervenció d'altres actors, com serien el Catsalut o els proveïdors de serveis sanitaris, entre d'altres.

Cal tenir present que el nombre de plans detectats és molt reduït i, per tant, les possibles interpretacions de les dades disponibles han de ser necessàriament prudentes. Les dades semblen indicar que la major part dels plans de salut s'han desenvolupat sobre el fonament de la col·laboració entre els responsables polítics i els equips professionals. De forma habitual, s'hi ha incorporat també la participació del teixit social i associatiu (en un total de 8 dels 12 plans detectats). En definitiva, d'acord amb les dades de què disposem, podríem dir que els plans es configuren com un element

Taula 8. Participació en l'elaboració dels plans de salut [n=77]

Actors	Freqüència	Percentatge
Regidoria de salut pública	11	91,7
Treballadors/es de l'Ajuntament	11	91,7
Entitats i associacions que desenvolupen activitats en matèria de salut pública	8	66,7
Altres regidors/es	6	50,0
Centres escolars	6	50,0
Col·lectius relacionats amb l'àmbit de salut (veterinaris, farmacèutics, metges, llevadores...)	5	41,7
Representant Catsalut	3	25,0
Proveïdors de serveis sanitaris	1	8,3
Altres	2	16,7

d'articulació dels diferents sectors implicats i que s'han redactat mitjançant la participació plural d'actors diversos. Tot i que de moment el nombre de plans és encara escàs, podem dir que els existents semblen intentar incorporar el concepte de «xarxa» en la definició i planificació de salut pública.

En relació amb els nivells d'avaluació dels objectius establerts en els plans, de nou hem de tenir present que només podem treballar amb 12 casos, que han respost afirmativament a la pregunta sobre l'existència de plans, i entre aquests la meitat, és a dir 6, afirmen haver dut a terme una avaluació. Aquest nombre relativament baix en les avaluacions pot ser també degut bé a una qüestió temporal –que encara no s'hagi dut a terme l'avaluació–, bé a les característiques del Pla de Salut. El qüestionari no contenia preguntes específiques sobre la configuració interna d'aquests plans però és possible que aquests instruments no haguessin incorporat elements avaluable. En qualsevol cas, sembla que la cultura de l'avaluació comença a introduir-se tímidament en el disseny de la planificació però encara resta camí per recórrer.

Si bé les dades mostren que l'ús dels plans municipals de salut és poc habitual, les eines de planificació específiques que se centren en un àmbit de treball concret o els programes sobre aspectes particulars són molt més freqüents, tal com mostra la taula 9. Així, el 68,8% dels ajuntaments disposen d'algun pla o programa sobre algun aspecte específic en salut pública. Val la pena destacar que l'activitat en aquest àmbit és intensa, ja que sovint els ajuntaments n'han elaborat més d'un. Aquest seria el cas de 26 d'entre els 53 ajuntaments que disposen d'algun pla d'aquestes característiques. Pel que fa a la temàtica, els plans més habituals són els que tracten temes relacionats amb les drogodependències (referides mitjançant termes diferents) i la salut alimentària. De fet, 38 municipis, gairebé la meitat del total dels estudiats, que representen un 71% dels ajuntaments que han elaborat plans o programes, n'ha portat a terme algun sobre temes vinculats al consum de drogues o a les drogodependències. La salut alimentària ha centrat la preocupació de 14 ajuntaments, un 18% dels estudiats, o un 26% dels que han elaborat programes. Cal dir que, a banda d'aquests temes, que han estat especialment tractats, el ventall és molt ampli, tot incloent problemàtiques específiques com el control del mosquit tigre, el tabaquisme o els comportaments de risc, així com programes que fan referència a sectors de la població, com els dirigits a les dones, els joves o la gent gran.

Taula 9. Eines de planificació específica

	Freqüència	Percentatge
Pla o programa sobre algun aspecte específic en salut pública	53	68,8
Sistema d'informació sanitària	21	27,3
Estudis en salut pública	21	27,3
Observatori en temes de salut pública	5	6,5

Alguns municipis porten a terme estudis en salut pública o disposen d'altres mecanismes com els sistemes d'informació sanitària (en ambdós casos, un 27,3% del total). Pel que fa als temes dels estudis, s'observa una gran diversitat però de nou el consum de drogues i les drogodependències són habituals. Els observatoris en temes relacionats amb la salut pública són poc freqüents i només 5 municipis afirmen disposar-ne d'un.

Cal tenir present, però, que la gran majoria de municipis estudiats (54 municipis, que representen un 70,1% del total) documenten les activitats relacionades amb la salut pública. Els municipis de major grandària poblacional manifesten més tendència a documentar la seva activitat, com es pot observar en la taula 10. Els mecanismes per a la documentació d'aquestes activitats són de nou molt diversos; el més habitual són les memòries d'activitats, elaborades per un 63,6% del total de municipis, i per més del 90% de localitats que documenten les activitats. També s'utilitzen de forma habitual altres tipus de documents, com memòries específiques de cada programa o mecanismes de seguiment de les activitats; de fet, un 54,7% dels que afirmen documentar l'activitat, utilitzen algun d'aquests instruments.

El Consell de Salut és un mecanisme de participació i planificació que permet buscar complicitats amb el teixit social. No seria només un instrument de planificació interna estrictament, sinó un element que s'integra en l'estructura municipal com a òrgan de planificació sectorial. La seva constitució depèn de la voluntat de cada municipi, que determinarà en cada cas l'estructura, la composició interna, les funcions i el règim i naturalesa de les seves sessions i decisions. D'entre els ajuntaments estudiats, un 35,1% disposa de Consell de Salut. En aquest cas, com es pot apreciar a la taula 11, l'existència d'un Consell de Salut sembla tenir una certa relació amb la grandària poblacional. Així, a mesura que incrementem el tram de població, trobem que l'existència de Consell de Salut és més freqüent.

Pel que fa als anys de creació, tot i que el procés s'inicia l'any 1980, any de constitució del primer Consell de Salut, el procés s'accelera a partir de l'any 2000. Així, dels 24 consells en què disposem data de creació, 17 ho haurien fet des de l'any 2000 fins a

Taula 10. Documentació de les activitats en matèria de salut pública

Grandària poblacional		Freqüència	Percentatge
Entre 10.000 i 20.000 habitants	Sí	17	48,6
	No	18	51,4
	Total	35	100,0
Entre 20.001 i 50.000 habitants	Sí	19	79,2
	No	5	20,8
	Total	24	100,0
Entre 50.001 i 75.000 habitants	Sí	8	100,0
Més de 75.000 habitants	Sí	10	100,0

Taula 11. Existència de Consell de Salut pública

Grandària poblacional		Freqüència	Percentatge
Entre 10.000 i 20.000 habitants	Sí	6	17,1
	No	29	82,9
	Total	35	100,0
Entre 20.001 i 50.000 habitants	Sí	9	37,5
	No	15	62,5
	Total	24	100,0
Entre 50.001 i 75.000 habitants	Sí	5	62,5
	No	3	37,5
	Total	8	100,0
Més de 75.000 habitants	Sí	7	70,0
	No	3	30,0
	Total	10	100,0

l'actualitat. Aquest fet indica que l'activitat en aquest àmbit es va accelerar, i es pot apreciar que destaca el període comprès entre el 2003 i el 2007 com a període de major activitat en la creació d'aquests instruments.

En relació amb la composició interna d'aquests òrgans, podem apreciar a la taula 12, que es tracta d'instruments de configuració interna plural. Hem obtingut dades de la composició interna de 26 Consells de Salut. En tots hi participen l'Ajuntament, representat per un regidor/a o per l'alcalde o alcaldessa, i entitats i associacions que desenvolupen activitats en matèria de salut pública, així com associacions del municipi d'interès més ampli. És també molt freqüent la participació del Centre d'Atenció Primària o l'Àrea Bàsica de Salut (CAP/ABS) i de treballadors de l'Ajuntament. Altres col·lectius relacionats amb l'àmbit de la salut pública, com serien veterinaris, metges, llevadores o farmacèutics, ho fan també en un 73,1% dels casos analitzats.

Així, els consells analitzats són una eina de coordinació d'una política que sembla gestionar-se amb lògica de xarxa. Així, s'han incorporat diversos col·lectius rellevants en aquesta àrea. De fet, resulta interessant que 11 consells (que representen el 42,3% del total de consells analitzats) incorporin els proveïdors dels serveis sanitaris en la seva composició. En definitiva, els Consells de Salut estudiats semblen haver recollit la idea de pluralitat en els sectors afectats i en els proveïdors de serveis, i el Consell constitueix una eina per a la seva relació. Pel que fa a les funcions expressament definides, la major part de consells han esdevingut eines per canalitzar opinions i suggeriments de particulars i entitats del municipi; es tractaria, doncs, d'un mecanisme de comunicació i participació. És també freqüent que el Consell sigui una eina per a la promoció i foment d'actuacions en matèria de salut pública. La coordinació de les activitats en salut pública desenvolupades pel municipi i l'assessorament tècnic, tot i que presents, són molt més minoritàries. En definitiva, segons les dades de què disposem, el Consell de Salut es configuraria com una eina de comunicació entre

Taula 12. Composició del Consell de Salut

Actors	Freqüència	Percentatge
Ajuntament (alcalde/ssa, regidor/a, representants dels grups polítics municipals...)	26	100,0
Entitats i associacions que desenvolupen activitats en matèria de salut pública	26	100,0
Altres associacions i entitats del municipi	25	96,2
CAP/ABS	25	96,2
Treballadors/es de l'Ajuntament	24	92,3
Col·lectius relacionats amb l'àmbit de la salut pública (veterinaris, farmacèutics, metges, llevadores...)	19	73,1
Representants Catsalut	13	50,0
Proveïdors serveis sanitaris	11	42,3
Centres escolars	9	34,6
Altres membres	10	38,5

l'Ajuntament i el teixit associatiu, tot i que, en alguns casos, la seva composició podria ser útil per a funcions de més complexitat.

Eines de planificació i establiment d'objectius de caire general

Els Plans de Salut municipal i els Consells de Salut són instruments de caire general que fixen les bases per a una millor planificació de la salut pública en el municipi. Els primers estableixen els objectius, les prioritats i els mitjans que s'utilitzaran per assolir-los. En canvi, els Consells de Salut promouen la interacció entre els actors que intervenen en aquest àmbit i podrien permetre avaluar determinats aspectes des de perspectives diferents. Per tant, aquests són dos instruments complementaris que poden ajudar en la realització d'una planificació adequada a les necessitats dels municipis i a una millor implementació de les polítiques públiques.

La variable «grau de planificació general» ens permet mesurar en quants casos existeixen cap, una o dues eines de planificació a llarg termini. La taula 13 reflecteix la manca de planificació en la major part dels municipis: gairebé un 60% dels municipis no té ni Pla de Salut municipal ni tampoc Consell de Salut, un 30% disposa d'un d'aquests instruments i només 8 municipis, que representen un 10% del total, utilitzen les dues eines.

L'ús i extensió d'aquestes figures sembla relacionat amb la grandària poblacional. Així, a mesura que avancem en els trams observem com la opció «sense eines de planifica-

Taula 13. Grau de planificació general

Grau de planificació general	Freqüència	Percentatge
Sense eines de planificació general	46	59,7
Una eina de planificació general	23	29,9
Dues eines de planificació general	8	10,4
Total	77	100,0

ció general» es redueix. Resulta difícil poder parlar de models, ja que no sembla que hi hagi una tendència general pel que fa a l'ús de les figures de forma conjunta. Podríem dir, doncs, que cada municipi ha optat per aquelles eines que ha considerat més adients.

Planificació específica per objectius concrets

Paral·lelament al Pla de Salut municipal i al Consell, els ajuntaments poden utilitzar altres eines addicionals de planificació que els permetin detectar quines necessitats existeixen des d'una perspectiva més específica i concreta. Els plans o programes que tracten algun aspecte específic de la salut (drogodependències, tabaquisme, salut alimentària...), els sistemes d'informació sanitària, els observatoris en salut pública i els estudis permeten obtenir informació sobre temes específics de la salut pública. Aquestes eines poden ser un suport que permeti analitzar aspectes o necessitats concretes detectades en els mecanismes de planificació general.

S'ha creat una variable que recull el nombre de tipus d'instruments de planificació específica emprats per cada municipi. La variable «grau de planificació específica» és una variable quantitativa que oscil·la entre 0, per a aquells municipis que no fan servir cap d'aquests instruments, i 4, per a aquells que utilitzen tots aquests mitjans. Cal destacar que l'objectiu d'aquest apartat és l'anàlisi dels mitjans utilitzats pels municipis en la planificació de polítiques públiques. Per aquest motiu, cadascun d'aquests instruments es comptabilitzarà com a 1, independentment del nombre concret d'estudis, observatoris, plans o sistemes d'informació sanitària que tingui cada localitat. Així doncs, se situaran en el grau 0 aquells ajuntaments que no facin servir cap eina de planificació específica, en el grau 1 quan tenim constància de l'ús d'una sola eina, independentment de l'eina de què es tracti, i així successivament fins a arribar a l'ús de les quatre eines estudiades, que quedaria recollit en el grau 4.

La taula 14 posa en relleu que tot i que les eines de planificació específica no són utilitzades per tots els municipis, s'apliquen amb més freqüència que les de planificació general: més de la meitat utilitza entre 1 i 2 sistemes de planificació per objectius concrets i un 17% entre 3 i 4. Tot i així, una mica més d'una quarta part de les localitats enquestades encara no ha desenvolupat observatoris, estudis, plans específics o sistemes d'indicadors.

Taula 14. Grau de planificació específica

Graus de planificació específica	Freqüència	Percentatge
Grau 0	21	28,4
Grau 1	26	35,1
Grau 2	14	18,9
Grau 3	9	12,2
Grau 4	4	5,4
Total	74	100,0

Taula 15. Grau d'ús d'eines de planificació específica per grandària poblacional

Grandària poblacional		Freqüència	Percentatge
Entre 10.000 i 20.000 habitants	Grau 0	12	37,5
	Grau 1	13	40,6
	Grau 2	5	15,6
	Grau 3	2	6,3
	Total	32	100,0
Entre 20.001 i 50.000 habitants	Grau 0	8	33,3
	Grau 1	9	37,5
	Grau 2	6	25,0
	Grau 4	1	4,2
	Total	24	100,0
Entre 50.001 i 75.000 habitants	Grau 0	1	12,5
	Grau 1	4	50,0
	Grau 3	1	12,5
	Grau 4	2	25,0
	Total	8	100,0
Més de 75.000 habitants	Grau 2	3	30,0
	Grau 3	6	60,0
	Grau 4	1	10,0
	Total	10	100,0

Pel que fa a l'anàlisi per trams de població, podem observar a la taula 15 que l'ús d'aquestes eines també està relacionat amb la grandària poblacional del municipi. Així, el percentatge de municipis que no fan servir cap de les eines disminueix a mesura que augmentem els trams de població. Alhora, sembla que l'existència d'un departament tècnic també desplaça certs efectes en aquest àmbit.

Planificació general i planificació específica per objectius concrets: una visió de conjunt

A partir de les variables «grau de planificació general» i «grau de planificació específica» en construirem una de nova que resumeixi en quants municipis s'estan planificant les activitats en salut pública i per mitjà de quins mecanismes. L'encreuament d'aquestes dues variables ens permetrà observar si són els mateixos municipis els que utilitzen els dos mètodes de planificació o si, en canvi, existeixen dos models diferents. El fet de tenir un Pla o un Consell de Salut porta a desenvolupar altres instruments de planificació específica? Aquesta variable tindrà les categories que es detallen a continuació:

- Sense planificació: aquelles localitats que no realitzen cap tipus de planificació. No disposen de Pla ni Consell i tampoc han desenvolupat cap eina de caràcter específic.
- Planificació general: municipis que han dut a terme Plans o Consell de Salut però que no han desenvolupat eines per estudiar àmbits concrets.
- Planificació específica: ajuntaments que han establert estudis en salut, observatoris, indicadors o sistemes d'informació.
- Planificació mixta: municipis amb un alt grau de planificació ja que han desenvolupat mecanismes a llarg i curt termini per tal de fixar i establir les línies d'actuació.

Aquestes categories inclouen municipis amb unes característiques molt diferents, ja que, com hem vist anteriorment, hi ha fins a quatre tipus d'instruments de planificació específica i dos de planificació general. Aquest fet suposa que la categoria «planificació mixta» s'hi barregin municipis que tenen entre dues i sis eines de programació. Tot i així, i com s'ha comentat anteriorment, és d'un interès especial analitzar no tant la quantitat d'instruments com el tipus amb els quals s'estan planificant les polítiques públiques. La distribució dels municipis resultant es detalla en la taula 16:

Taula 16. Grau de planificació

Grau de planificació	Freqüència	Percentatge
Sense planificació	16	21,6
Planificació general	5	6,8
Planificació específica	28	37,8
Planificació mixta	25	33,8
Total	74	100,0

La taula 16 ens permet observar que, en primer lloc, en una cinquena part de les localitats no existeix cap tipus de planificació de les activitats ni dels serveis. En segon lloc, la major part dels municipis que tenen un Pla o Consell de Salut municipal disposen també d'eines de planificació addicionals. Així ho indica el fet que dels 30 municipis amb Pla o Consell, 25 tinguin una planificació mixta de les activitats. En tercer i darrer lloc, en un nombre important de municipis (37,8%) es planifica a partir d'indicadors de salut, observatoris, sistemes d'informació i estudis que desenvolupen temes específics.

En conclusió, la planificació de les activitats en salut és encara força incipient a les localitats observades. N'és una mostra que els instruments de planificació específica es duen a terme amb molta més freqüència que els mètodes de planificació general (un 71% enfront d'un 40%). Aquesta diferència podria ser explicada pel fet que els mètodes de planificació general no tenen una aplicació immediata i requereixen més infraestructures i recursos per poder desenvolupar-los. Aquests són dos sistemes de planificació complementaris que es poden emprar conjuntament per a una millor detecció de les necessitats del municipi. Tot i així, només una tercera part de les localitats enquestades disposa d'ambdós mètodes de programació.

Els recursos existents per a la implementació de les polítiques públiques de salut

Tot i que la Llei regula els serveis mínims que han de prestar els ens locals per tal de promoure i protegir la salut de les persones, cada municipi ha organitzat unes estructures polítiques i tècniques diferents per assolir aquests objectius: el gran nombre de serveis en salut pública amb característiques molt diferents que han de prestar els ens locals, el fet que no tots siguin obligatoris o la complexitat dels models organitzatius interns són alguns dels motius que fan difícil l'establiment d'unes línies comunes d'actuació.

A través del qüestionari realitzat als municipis de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona s'observa que cada localitat disposa d'un model propi d'organització interna per implementar les polítiques en salut pública. Per exemple, no tots els municipis disposen d'un departament que coordini exclusivament les activitats en salut pública, i el fet que existeixi tampoc garanteix que aquest centralitzi totes i cadascuna de les actuacions en aquest àmbit. Així, un mateix servei es pot prestar des d'àrees tan diferents com salut pública, medi ambient, urbanisme, serveis territorials o esports. Ara bé, a banda de l'organització interna de cada Ajuntament, l'existència d'un major nombre de recursos pot ser un factor que ajudi a un millor desenvolupament de les polítiques públiques en l'àmbit de la salut. Per tal de mesurar les eines de que disposen els municipis s'han classificat els recursos existents en dues tipologies: d'una banda s'analitzaran els recursos organitzatius, i de l'altra, els recursos humans dedicats a salut.

Les estructures organitzatives

L'anàlisi de les estructures organitzatives se centrarà principalment en dos aspectes: l'existència/absència de departament de salut pública i l'existència/absència de responsable tècnic a l'Ajuntament. Si bé aquests no són dos elements imprescindibles per tal de gestionar els serveis en salut pública, poden ser dos indicadors que mostrin la manera com s'estructura l'Ajuntament i la importància que se li dona a aquest àmbit de gestió. Les dades mostren que 52 localitats, que representen el 67,5% del total, afirmen que existeix un departament de salut pública. S'entén per departament l'estructura tècnica de l'Ajuntament dedicada a la realització d'activitats en salut pública. Els 25 municipis restants, que no tenen un departament específic per a la realització d'aquest tipus d'activitats, s'han estructurat de manera diferent: així, hi ha localitats on les activitats de salut se centralitzen en un departament més ampli que

inclou altres àmbits diferents a banda del de la salut pública, com per exemple medi ambient, serveis personals o serveis socials. En altres casos, les activitats de salut pública es duen a terme de manera compartida, és a dir, el principal gruix d'activitats no es concentra en un únic departament sinó que hi ha diverses àrees de l'Ajuntament que realitzen funcions de salut pública.

Com es veurà al llarg del present estudi, els municipis recorren amb freqüència al treball en xarxa per tal de dur a terme les activitats de salut pública. Aquestes xarxes de col·laboració s'estableixen entre diferents departaments, àrees i organismes dependents de l'Ajuntament, així com amb altres entitats supramunicipals. N'és una mostra que els 52 municipis que disposen de departament de salut pública sempre es coordinen amb altres àrees de l'Ajuntament per tal de dur a terme les activitats en aquesta matèria. Les àrees amb les quals es coordinen amb més freqüència són: educació en un 96,2% dels casos, esports en un 92,3%, medi ambient en un 88,2%, serveis socials en un 82,7% i consum en un 67,3%. Cal destacar que 36 municipis, que representen un 69,2%, afirmen que es coordinen amb altres àrees diferents de les esmentades anteriorment, com per exemple via pública o joventut. Per tant, s'observa que les actuacions en salut pública es duen a terme de forma coordinada dins de l'Ajuntament i que per a la seva realització sovint hi ha col·laboració amb altres àrees.

A banda del departament de salut pública, un altre dels recursos que pot influir en una millor gestió de les activitats és l'existència d'un responsable tècnic/a de salut pública. Aquest perfil apareix en un 79,2% de les localitats, fet que indica que un percentatge important de municipis disposa d'una figura que es responsabilitza i coordina aquestes actuacions. La major part de responsables són dones (68,9%) i tenen una mitjana d'edat de 43 anys. Així, el 31,2% té una edat compresa entre els 45 i els 54 anys i un 31,2% en té entre 35 i 44. El responsable més jove té 28 anys i el més gran en té 64. Cal esmentar que les persones que ocupen aquest càrrec tenen un elevat nivell de formació, ja que en tots els casos han cursat estudis universitaris. Pel que fa la seva especialitat, les dades són molt més heterogènies, ja que provenen de disset especialitats distintes. En un 19,7% dels municipis els responsables han cursat estudis en medicina, un 18,2% són psicòlegs, un 13,1% biòlegs i un 9,8% han cursat estudis en educació o treball social. Les altres especialitats no es repeteixen en més de tres casos.

Una altra de les preguntes que es va incloure en el qüestionari feia referència al càrrec que ocupa el responsable de salut pública. Cal destacar que aquesta pregunta es va formular com una pregunta oberta, fet que implica que la persona entrevistada no hagi de cenyir-se a unes opcions de resposta prèviament establertes. Així, un 52,5% dels entrevistats va respondre que ocupa un càrrec tècnic, un 44,3% que ocupa càrrecs directius i un 2,5% té altres càrrecs. D'altra banda, cal esmentar que aquest és un col·lectiu força experimentat en la salut pública, ja que fa una mitjana de 10,5 anys que treballen en aquest àmbit. El responsable amb menys experiència s'acaba d'incorporar aquest àmbit de treball i el que té més antiguitat duu 30 anys en la salut pública. El 35,6% dels responsables té una experiència en salut pública inferior als 6 anys, el 22% porta treballant en l'àmbit de la salut pública entre 6 i 10 anys, el 30,5% entre 11 i 20 anys i l'altre 11,9% en porta entre 20 i 30.

Per tal d'analitzar les diferències organitzatives existents en els ajuntaments observats es realitza una classificació de les localitats en funció de si disposen dels dos recursos tècnics principals: el departament i el responsable de salut pública. A partir de l'encreuament d'aquestes dues variables s'han creat quatre tipologies de municipis que ens donen informació sobre els diferents tipus d'organització establerts. La taula 17 ens indica que més de la meitat de les localitats observades disposen de responsable i departament de salut pública alhora, fet que indica que en un nombre important de municipis existeix una estructura organitzativa que centralitza i coordina les activitats d'aquest àmbit a l'Ajuntament. A l'altre extrem trobem els municipis en què no existeix cap tipus de distinció tècnica o administrativa de les activitats de salut pública, ja que no hi ha ni departament, ni responsable en salut. Aquestes localitats representen un 14,3% del total. D'altra banda, en alguns casos (18%), sí que existeix una certa distinció de les activitats de salut, ja que hi ha un responsable que coordina aquestes activitats tot i que no hi ha cap departament. La tipologia menys freqüent, que només es dona en cinc municipis, és aquella en què tot i que no hi ha responsable sí que hi ha departament. Aquest fet ens fa pensar que aquests municipis tindran departaments formats per un nombre reduït de persones.

Un dels factors que sembla influir en una major o menor fixació de recursos organitzatius és la grandària poblacional del municipi. Totes les localitats amb una població més gran de 50.000 habitants disposen de departament i responsable en salut, el 62,5% de les que tenen una població d'entre 20.001 i 50.000 habitants també han establert el funcionament d'aquestes estructures per al desenvolupament de les activitats de salut pública. Aquest percentatge disminueix en els municipis d'una grandària inferior, on només el 40% ha previst la creació d'un departament amb responsable en salut pública. De la mateixa manera, de les 10 poblacions que no disposen de cap dels dos recursos esmentats, 9 tenen entre 10.000 i 20.000 habitants. Els municipis que no disposen d'algun dels dos recursos organitzatius, ja sigui departament o responsable, representen el 31,4% de les localitats que tenen entre 10.000 i 20.000 habitants i el 33,4% de les que en tenen entre 20.001 i 50.000.

Taula 17. Percentatge de municipis segons disponibilitat de recursos organitzatius

	Freqüència	Percentatge
Departament i responsable de salut pública	47	61,0
Responsable sense departament de salut pública	14	18,2
Departament de salut pública sense responsable	5	6,5
Sense departament ni responsable de salut pública	11	14,3
Total	77	100,0

La persona entrevistada és una altra variable del qüestionari que ens ofereix informació addicional sobre com s'estructuren les activitats de salut pública. Amb l'objectiu d'obtenir la màxima consistència i homogeneïtat en la informació recollida, en tots els casos es va intentar efectuar l'entrevista amb el cap o responsable de salut pública de l'Ajuntament. Tanmateix, això no sempre va ser possible, ja que en alguns casos aquesta figura no existeix i en d'altres era preferible reunir-se amb el tècnic ja que el cap de servei coordina moltes altres activitats i són les figures tècniques les que tenen els coneixements específics en aquesta matèria. En darrer lloc, hi ha ajuntaments on les tasques en salut són realitzades per un auxiliar o bé són dutes a terme des de diferents àrees com medi ambient, esports o serveis socials. Les diferències organitzatives entre la primera tipologia de municipi (amb departament i responsable en salut) i la resta de localitats es fan visibles quan les analitzem conjuntament amb la variable que fa referència al càrrec que ocupa la persona entrevistada. En les localitats en què existeixen departament i responsable de salut, el qüestionari sempre va ser respost per un perfil directiu o tècnic. En els casos en què el qüestionari va ser respost per una regidoria o per un perfil administratiu, l'Ajuntament no disposava de departament, de responsable o bé de cap dels dos, i en 5 dels 6 casos en què ens va respondre un administratiu o un auxiliar administratiu no existia ni departament ni responsable. L'anàlisi conjunta d'aquestes dues variables ens indica que els perfils professionals en l'àmbit de salut varien en funció de l'estructura organitzativa del municipi. Aquesta és una variable que analitzarem amb més detall en l'apartat següent.

Els recursos humans

Aquest apartat té com a objectiu observar quins són els recursos humans dedicats a salut pública en els ajuntaments majors de 10.000 habitants de la província de Barcelona. Per fer-ho, les dades seran analitzades des de dues perspectives diferents: en primer lloc, es descriurà com és el personal que treballa en salut pública i quines característiques té, i a continuació s'analitzarà la mateixa informació de manera agregada per a cada Ajuntament. La informació que s'analitza en aquests dos apartats és la següent: nombre total de personal funcionari i nombre total de personal laboral realitzant tasques de salut pública en cada Ajuntament, edat, sexe, categoria professional, nivell d'estudis, titulació de grau superior, jornada laboral, nombre d'hores setmanals dedicades a salut pública i àrea d'especialització per a cada treballador.

El treballadors en el servei de salut pública

La informació que es detalla a continuació fa referència al total de treballadors de salut pública en el conjunt d'ajuntaments enquestats. S'entén per treballador tota persona contractada directament per l'Ajuntament, i per tant comptabilitzada en el capítol 1 del pressupost municipal de despeses, que realitza activitats de salut pública independentment del càrrec i la categoria professional que ocupi. Per tant, aquesta anàlisi també inclou els 61 responsables en salut pública analitzats en l'apartat

anterior. Cal tenir en compte, com es veurà posteriorment, que el nombre de persones que hi treballen en cada Ajuntament és molt heterogeni. En els ajuntaments mitjans, els equips humans acostumen a ser més petits, i per tant, els responsables han pogut facilitar la informació sobre les persones que formen part de l'equip de salut sense problemes. En canvi, en els municipis amb equips més grans, en molts casos no disposaven de tota la informació sol·licitada, com per exemple l'edat, el nivell d'estudis o la formació de grau superior. D'altra banda, cal destacar que algunes d'aquestes preguntes han estat respostes per la persona entrevistada a partir d'una estimació, especialment les qüestions que fan referència a l'edat i al nombre d'hores setmanals dedicades a salut pública.

Les dades obtingudes mostren que hi ha un total de 334 professionals treballant en l'àmbit de salut pública en els ajuntaments participants, dels quals un 46,1% són funcionaris i un 53,9% és personal laboral. El perfil general del personal en salut pública té molts punts en comú amb les característiques dels responsables. És un col·lectiu força feminitzat, ja que un 73,1% són dones i només un 26,9% són homes. Pel que fa a l'edat, les dades són més homogènies: els treballadors en salut tenen una mitjana d'edat de 44 anys i la major part d'aquests (un 69,5%) se situen entre els 35 i els 54 anys. La persona més jove que realitza tasques en salut té 25 anys i la més gran, 65 anys. Les persones amb edats compreses entre els 55 i els 65 anys són les que tenen un pes més petit respecte del total, representant un 14,3%, i el col·lectiu més jove, amb edats compreses entre els 25 i els 34 anys, representen un 16,2%.

Tal com s'aprecia a la taula 18, el col·lectiu de persones que treballen en salut pública tenen un perfil professional alt, ja que un 64% ocupa categories professionals de tècnics superiors o de grau mitjà. Un 6,3% són tècnics auxiliars, un 23,6% realitza tasques administratives (administratiu o auxiliar administratiu), un 2,7% són inspectors i 3,3%

Taula 18. Categoria professional dels treballadors de salut pública

Categoria professional	Freqüència	Percentatge
Tècnic superior	114	34,4
Tècnic mitjà	98	29,6
Tècnic auxiliar	21	6,3
Administratiu	37	11,2
Auxiliar administratiu	41	12,4
Inspector	9	2,7
Altres categories	9	3,3
Total	331	100,0

Per la variable Categoria professional dels treballadors de salut pública no es disposa d'informació per a la totalitat dels casos (334 treballadors).

ocupa altres categories. Pel que fa a aquesta variable, cal tenir en compte les següents consideracions metodològiques: les opcions de resposta de tècnic auxiliar i d'inspector no van ser previstes en el disseny inicial del qüestionari i s'han recodificat a partir de l'opció «altres categories professionals», grup de resposta que acumulava un considerable nombre de casos. Ara bé, aquests grups professionals tenen perfils molt heterogenis que inclouen persones amb diferents nivells de formació. En ambdós grups hi ha personal que ha cursat estudis secundaris o formació professional, així com estudis universitaris. El grup d'inspectors també està format per personal amb estudis primaris. Els agents sanitaris, els tècnics de laboratori i els auxiliars de gestió s'han comptabilitzat en la categoria de tècnics auxiliars. El grup «altres categories professionals» està integrat per col·lectius diversos amb nivells formatius molt diferents, com són personal APD o oficials i operaris. L'alt perfil professional dels treballadors en salut s'explica per l'elevat grau de formació que tenen. Un 75,6% del col·lectiu té estudis universitaris, l'11,1% ha cursat formació professional ja sigui de grau superior o de grau mitjà, només un 8,5% del total té estudis secundaris i un 4,4% té estudis primaris, i el 0,3% restant ha cursat altres estudis.

Cal destacar que, com ja s'ha vist anteriorment a l'epígraf «Els municipis com a proveïdors de serveis en salut pública», els ajuntaments cobreixen un ampli ventall d'activitats, molt diferents entre si: els serveis en protecció, prevenció del risc i promoció de la salut són totalment heterogenis i requereixen un espai de treball multidisciplinari. Aquest fet explica que el personal amb formació universitària vingui d'especialitats totalment diferents, ja que els equips humans han de tenir la capacitat i els coneixements, sovint molt tècnics, per tal de dur a terme totes aquestes activitats. El fet que els treballadors en salut pública conformin equips multidisciplinaris es reflecteix en la dada que no hi ha cap titulació de grau superior que hagi estat cursada per més del 20% dels treballadors en salut pública. Així, un 17,2% dels professionals amb titulacions de grau superior s'han graduat en infermeria, un 13,4% en psicologia, un 13% en medicina, un 8,8% en biologia i un 7,9% són treballadors o educadors socials. Amb percentatges més reduïts, destaquen les titulacions en veterinària, enginyeria, farmàcia, educació i dret, entre d'altres. El fet que els treballadors de salut pública vinguin de més de quinze especialitats diferents dificulta una anàlisi sintètica de l'especialitat dels tècnics de salut pública. Per aquest motiu s'ha creat una nova variable que sintetitza l'especialitat dels treballadors amb estudis universitaris en dos grans grups en funció de la branca a la qual pertanyen els estudis realitzats: d'una banda, s'han agrupat les diplomatures i llicenciatures que pertanyen a la branca tècnica, experimental i de ciències de la salut, i d'altra banda, les especialitats de caire social i humanístic.² Els resultats indiquen que el 60,5% de les persones amb titulacions de grau superior que treballen en salut pública han cursat una llicenciatura o

2. S'ha considerat que provenen de la branca tècnica, experimental i de ciències de la salut les titulacions següents: medicina, biologia, farmàcia, veterinària, química, infermeria, enginyeria, arquitectura, ciència i tecnologia dels aliments, estadística, fisioteràpia, salut pública i seguretat alimentària. Pertanyen a la branca social i humanística les titulacions en psicologia, pedagogia, magisteri, treball i educació social, antropologia, sociologia, economia, ciències polítiques, gestió pública, dret, relacions laborals, història, geografia, criminologia, educació física i comunicació.

diplomatura de la branca científica o tècnica, i que en un 39,5% dels casos han cursat estudis de la branca social o humanística.

Pel que fa a la jornada laboral, la major part dels treballadors tenen jornada completa a l'ajuntament i només un 7,3% té jornada parcial. La mitjana d'hores se situa en 35,2 hores setmanals i la desviació típica és de 3,3 hores, ja que prop d'un 50% d'aquest col·lectiu té una dedicació de 35 hores setmanals. La jornada laboral menor és de 7 hores i la major de 41,5. Ara bé, no tots els treballadors dediquen tota la seva jornada a la realització de tasques en salut pública ja que, com ja s'ha comentat anteriorment, en molts casos el departament que realitza les funcions en salut pública realitza alhora un altre tipus d'activitats. La mitjana d'hores dedicades a la realització de tasques de salut pública disminueix fins a 27,8 hores setmanals i la desviació típica augmenta a 11,9. La persona que té una dedicació menor ocupa 0,15 hores setmanals a salut pública i el màxim, 41,5. Tot i que aquest mínim pugui resultar sorprenent, en els casos en què el personal tenia poques hores de dedicació, els tècnics van facilitar el còmput d'hores mensuals. Per tal d'estandarditzar aquesta informació, i poder comparar-la amb la resta de treballadors, s'ha calculat l'equivalència en el nombre d'hores setmanals, fet que ha produït que, en determinats casos del càlcul en resulti un número decimal. La taula 19 reflecteix que, tot i que el nombre d'hores dedicades a salut pública és heterogeni, existeix un important gruix de treballadors que dediquen una part important de la seva jornada laboral a la realització d'aquestes tasques. Així, el 64,6% del col·lectiu que treballa en salut pública dedica 30 o més hores setmanals, un 13,4% hi dedica menys de 10 hores setmanals, un 12,8% de 10 a 19 hores setmanals i un 9,1% entre 20 i 29 hores setmanals. Per tant, les dades indiquen que existeix una dedicació important dels treballadors en salut pública a aquesta matèria. Tot i així, com s'apuntava a l'inici d'aquest apartat, per a aquesta variable no s'ha pogut obtenir informació per a tots els treballadors. D'altra banda, cal llegir aquesta informació de forma orientativa, ja que en molts casos resulta complex realitzar el càlcul d'hores setmanals, especialment per a aquells treballadors que no es dediquen de forma exclusiva a la salut pública.

Taula 19. Distribució dels treballadors segons nombre d'hores dedicades a salut pública

	Freqüència	Percentatge
Menys de 10 hores setmanals	44	13,4
De 10 a 19 hores setmanals	42	12,8
De 20 a 29 hores setmanals	30	9,1
30 o més hores setmanals	212	64,6
Total	328	100,0

Per la variable Nombre d'hores dedicades a salut pública no es disposa d'informació per a la totalitat dels casos (334 treballadors).

Atès que tots els treballadors en salut pública no tenen jornades laborals amb el mateix nombre d'hores, s'ha procedit a crear una nova variable que mesura el percentatge de la jornada laboral dedicat a la realització de tasques en salut pública i que s'ha obtingut del quocient entre el nombre total d'hores dedicades a salut pública i el nombre total d'hores de la jornada laboral de cada treballador en salut. Aquesta variable ens permetrà estandarditzar la dedicació de tots els treballadors independentment del tipus de jornada laboral que tinguin (completa o parcial) a l'Ajuntament. Els resultats obtinguts mostren que un 69,8% d'aquest col·lectiu dedica més del 74% de la seva jornada laboral a salut, un 9,5% hi dedica entre el 50 i el 74% d'hores de la seva feina i un 20,7% hi dedica menys del 50% de la seva jornada laboral. És a dir, a banda de l'important nivell formatiu, els treballadors en salut són un col·lectiu molt especialitzat que es dedica principalment a la realització de tasques en salut pública i que comparteix poques funcions amb altres àrees.

Pel que fa a l'àrea d'especialització en salut pública, les dades reflecteixen que un percentatge important del personal treballa en les àrees de promoció i de protecció de la salut de manera conjunta (43,2%), un 35,7% treballa exclusivament en protecció de la salut i un 21,1% treballa només en l'àrea de promoció de la salut. Una de les variables que explica l'àrea d'especialització en salut pública és la branca de formació. La taula 20 reflecteix que el personal que prové de la branca tècnica, experimental o de ciències de la salut tendeix a especialitzar-se en un percentatge més elevat en activitats de protecció de la salut i que el personal que ha cursat estudis en la branca social o humanística acostuma a realitzar tasques mixtes amb més freqüència.

A banda dels treballadors propis que té cada Ajuntament per realitzar tasques de salut pública, alguns ajuntaments compten amb el suport d'alguns metges d'Assistència Pública Domiciliària (APD), que desenvolupen tasques de protecció de la salut. Ara bé, aquesta és una figura que cada cop està més en desús, ja que la Llei 7/2003, de protecció de la salut, no en va preveure la continuïtat. És una mostra d'aquest fet que en el total dels 77 municipis enquestats només hi ha 13 persones que tinguin aquest perfil professional, distribuïdes en set municipis. El personal APD, de manera similar

Taula 20. Percentatge de treballadors en salut pública segons especialització i branca de formació [n=237]

	Branca tècnica, experimental i en ciències de la salut	Branca social o humanística	Total
Promoció de la salut	21,0%	27,7%	23,6%
Protecció de la salut	45,5%	13,8%	32,9%
Mixta	33,6%	58,5%	43,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

La variable Branca de formació només es calcula per als treballadors amb estudis universitaris, fet que disminueix el nombre de casos vàlids fins a 237.

al personal que treballa al servei de l'Ajuntament en salut pública, prové de diferents disciplines: quatre són metges, tres són veterinaris, dos són infermers i la resta té altres titulacions. El metge APD és una figura que no es troba de manera habitual a l'Ajuntament i és un recurs que els municipis utilitzen de manera puntual per a la realització de tasques concretes. El nombre d'hores setmanals que dediquen als ajuntaments oscil·la entre 0 i 15, i la mitjana d'hores setmanals se situa en 3,1. El mínim és zero ja que molts d'aquests treballadors no tenen una dedicació setmanal a l'Ajuntament. Així, set dels 13 APD tenen una dedicació inferior a una hora setmanal, cinc hi dediquen cinc hores a la setmana i només en un cas aquesta xifra ascendeix a 15. Disposar de personal APD no depèn de la grandària poblacional del municipi, ja que localitats situades en els quatre trams poblacionals tenen personal d'aquest tipus.

En conclusió, el col·lectiu de treballadors que realitzen activitats en salut pública està format per 334 persones, la major part de les quals són dones amb edats compreses entre els 35 i els 54 anys. Tenen un alt nivell formatiu, normalment amb estudis universitaris, i provenen d'especialitats molt diverses, entre les quals destaquen infermeria, medicina i psicologia. És un col·lectiu tècnic molt especialitzat que ocupa el gruix principal de les seves hores de treball a la realització de tasques de salut pública.

Els equips de salut pública

L'anàlisi descriptiva del conjunt de treballadors que integren els serveis de salut pública serveix per contextualitzar quina és la situació d'aquest col·lectiu i quines característiques té en general. Ara bé, per tal d'observar els recursos humans de què disposen els ajuntaments per desenvolupar les funcions en salut pública, cal realitzar l'anàlisi des de la perspectiva municipal i conèixer quina és la distribució dels 334 treballadors que realitzen tasques en salut i si existeixen diferències en els municipis enquestats. Si bé en aquest epígraf es descriuen les mateixes variables que en l'apartat anterior, aquestes s'analitzen des d'una perspectiva diferent, de manera agrupada per a cada ajuntament. Per tant, en aquest cas les unitats d'estudi no són els treballadors en salut pública sinó el equips en salut pública de cada municipi. Així, l'objectiu d'aquest apartat és analitzar les diferències existents dels equips que realitzen les activitats de salut pública als municipis enquestats. El volum entre els equips de salut pública, el nombre d'hores totals que dediquen a la realització d'aquestes activitats, la categoria professional, el nivell d'estudis i la seva especialitat són les variables que ens donaran informació sobre les diferents tipologies d'equips de treball en salut pública que hi ha als ajuntaments enquestats. Tot i així, cal tenir present que aquest conjunt de variables no recull informació relativa a l'organització i la gestió dels equips de treball, característiques que també podrien explicar les diferències entre els municipis estudiats.

A continuació s'analitzarà com es distribueixen els 334 treballadors en els 77 ajuntaments enquestats i, per tant, quin volum tenen els equips de salut pública a cada municipi. El fet que els serveis de salut pública sovint es gestionin de manera indirecta dificulta el coneixement real del nombre i les característiques dels treballadors contractats mitjançant aquests mecanismes. Per aquest motiu, a efectes d'aquest

Taula 21. Nombre de municipis segons total de persones que treballen en salut pública

Personal	Freqüència	Percentatge
Sense personal	4	5,2
Entre 1 i 2 persones	35	45,5
Entre 3 i 4 persones	19	24,7
Entre 5 i 9 persones	10	13,0
Més de 9 persones	9	11,7
Total	77	100,0

estudi, només s'han tingut en compte les persones contractades directament per l'Ajuntament i, per tant, comptabilitzades en el capítol 1 del pressupost municipal.

Els resultats, detallats a la taula 21, reflecteixen que quatre localitats, que representen un 5,2% del total, no tenen personal propi que realitzi tasques en salut pública.³ Pel que fa a la resta de localitats, que representen pràcticament el 95%, tenen com a mínim una persona, ja sigui personal funcionari o laboral, que realitza tasques en salut. Ara bé, l'heterogeneïtat del nombre de persones que componen els equips és força elevada: existeixen equips formats per des d'una persona fins a 48. Gairebé la meitat dels municipis enquestats tenen equips formats per una o dues persones i una quarta part té equips de tres o quatre. D'altra banda, hi ha un grup de municipis que disposen d'equips més nombrosos: un 13% tenen equips humans formats per entre cinc i nou persones i pràcticament un 12% en tenen entre 9 i 48. Aquestes dades ens mostren que, tot i el nombre important de serveis en aquesta matèria que han de prestar els ajuntaments, gairebé en tres quarts parts de les localitats observades els equips són força reduïts i estan formats per entre una i quatre persones. A més a més, fins i tot hi ha localitats que no tenen personal propi especialitzat en salut pública.

El nombre de professionals que treballen en l'àmbit de salut depèn de la grandària poblacional del municipi. Totes les localitats que tenen més de nou persones (comptabilitzades en el capítol 1) tenen més de 50.000 habitants i els quatre municipis que no tenen personal propi realitzant tasques en salut tenen entre 10.000 i 20.000 habitants. De la mateixa manera, s'observa que més de la meitat de les localitats amb una població d'entre 10.000 i 20.000 habitants tenen entre una i dues persones, percentatge que disminueix lleugerament en els municipis amb una grandària d'entre 20.000 i 50.000 habitants, on augmenta la categoria d'entre tres i quatre persones. Les mitjanes del nombre de persones segons la grandària poblacional, incloses a la taula 22, corroboren que a un major volum de població hi ha un major nombre de persones

3. Cal tenir en compte que dues d'aquestes localitats tenen personal contractat de manera indirecta per gestionar tasques en salut pública. Tal com s'ha esmentat en el text, aquest personal no s'inclourà en el còmput total de treballadors.

Taula 22. Mitjana del nombre de personal funcionari i laboral treballant en l'àmbit de salut segons grandària poblacional

Grandària poblacional	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
Entre 10.000 i 20.000 habitants	35	1,8	1,4	0	6
Entre 20.001 i 50.000 habitants	24	2,4	1,1	1	5
Entre 50.001 i 75.000 habitants	8	7,5	3,2	4	12
Més de 75.000 habitants	10	15,2	12,7	5	48

realitzant tasques en l'àmbit de salut pública. Tot i així, el mínim, el màxim i la desviació típica ens permeten observar que hi ha diferències importants entre municipis amb un nombre de població semblant. El grup de municipis de més de 75.000 habitants, que concentra només deu casos, és alhora el que té una major desviació típica. Això es deu al fet que hi ha una localitat que té un equip format per 48 persones i que és molt més nombrós que els que tenen la resta de municipis del seu mateix grup (entre 7 i 24 treballadors).

La dada del volum de treballadors en salut pública ens dóna una primera informació de l'estructura de personal de què disposen els ajuntaments per dur a terme les funcions en salut. Ara bé, aquesta variable pot ser una dada inexacta si tenim en compte que no tot el personal té la mateixa jornada laboral ni el mateix nombre d'hores de dedicació a salut pública. Per aquest motiu, s'ha creat una nova variable, que és el sumatori del total d'hores dedicades a salut pública a l'Ajuntament.⁴ Aquesta variable ens mostra una dispersió molt més gran que la variable nombre de personal dedicat a les tasques de salut, ja que oscil·la entre una i 1.669 hores setmanals de dedicació. Aquest fet mostra la gran heterogeneïtat als municipis observats i dificulta la creació de grups més o menys homogenis amb un nombre semblant d'hores de dedicació. Tot i així, a partir d'aquesta variable quantitativa es construeix una variable categòrica en funció del nombre d'hores dedicades.

Aquesta variable s'ha calculat per a aquells municipis que tenen personal propi dedicat a la realització d'activitats en salut pública. Per aquest motiu, el total de municipis en aquest cas és 73, ja que, tal com s'ha esmentat anteriorment, es detecta que hi ha quatre municipis sense personal propi realitzant funcions en salut pública. Les dades mostren que en un 23,3% dels municipis s'hi dedica entre una i 24 hores setmanals,

4. Tal i com s'ha esmentat en el text, els municipis amb un nombre més elevat de treballadors han tingut dificultats per respondre algunes de les preguntes sobre el personal i, especialment, la informació relativa al nombre d'hores dedicades a la realització de tasques en salut pública. En aquest cas, quatre municipis no han pogut facilitar informació relativa a sis treballadors. La informació que faltava feia referència a municipis amb una població superior als 75.000 habitants i amb equips compresos entre 13 i 48 persones. Atès que aquesta variable pot ser una dada rellevant que expliqui les diferències entre els municipis, s'ha procedit a construir els indicadors tot i la manca d'aquesta informació.

Taula 23. Mitjana municipal del nombre d'hores setmanals dedicades a salut pública segons grandària poblacional

Grandària poblacional	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
Entre 10.000 i 20.000 habitants	31	26,9	15,5	1,0	56,0
Entre 20.001 i 50.000 habitants	24	56,5	30,5	17,5	118,1
Entre 50.001 i 75.000 habitants	8	260,1	124,3	113,0	449,0
Més de 75.000 habitants	10	484,0	453,5	175,0	1.669,0

en un 32,9% s'hi dediquen entre 25 i 49 hores, en un 15,1% entre 50 i 99 hores setmanals i en un 28,8% dels municipis tenen una dedicació de 100 hores setmanals o més.

Un cop més, una de les variables que explica, en part, aquestes diferències és el volum poblacional del municipi. Si observem la taula 23, que inclou les mitjanes del nombre d'hores setmanals dedicades a salut pública en funció del nombre d'habitants del municipi, observem que les localitats més grans tenen una mitjana superior d'hores de dedicació setmanal. Els municipis d'entre 10.000 i 20.000 habitants dediquen una mitjana setmanal de 26,9 hores a les tasques de salut pública i és el grup que es comporta de forma més homogènia tot i les diferències entre el mínim i el màxim. La mitjana d'hores setmanals s'incrementa una mica més del doble en els municipis entre 20.001 i 50.000 habitants, en els quals la dispersió també és més gran. El grup de localitats d'entre 50.001 i 75.000 i el de població superior a 75.000 habitants, tot i tenir un nombre inferior de municipis, són els que tenen un comportament més heterogeni. La seva mitjana és de 260,1 i 484 hores setmanals, respectivament. Per tant, la grandària poblacional és una variable que sembla influir en el volum dels recursos dels municipis. Tot i així, cal tenir en compte que hi ha diferències importants, que no podem passar per alt, en els municipis que concentren un major volum de població. Això es deu al fet que hi apareix un municipi amb un equip de salut pública que concentra un nombre de treballadors molt superior a la resta de localitats que tenen la mateixa grandària poblacional.

Si els tècnics que realitzen tasques en salut pública es dediquessin de forma exclusiva a aquest àmbit, seria previsible que aquells municipis on hi ha un major nombre de personal fossin els que tenen una dedicació d'hores més alta, i a la inversa, aquelles localitats amb menys personal tindrien un nombre menor d'hores de dedicació setmanals. Ara bé, com hem vist anteriorment, no tots els tècnics es dediquen únicament a aquest àmbit. Com es pot observar a la taula 24, l'encreuament de les variables nombre d'hores setmanals dedicades a salut pública i volum dels equips de salut ens indica que, en general, els equips més grans dediquen un nombre major d'hores a aquest àmbit. Ara bé, tant els municipis que tenen equips de salut pública entre una i dues persones com els que tenen equips de tres i quatre treballadors dediquen un nombre molt heterogeni d'hores a la salut pública. Aquest fet indica que

Taula 24. Nombre de municipis segons hores agregades de dedicació a salut pública i nombre de treballadors

Hores setmanals	Entre 1 i 2 persones	Entre 3 i 4 persones	Entre 5 i 9 persones	Més de 9 persones	Total
Entre 1 i 24 hores setmanals	14	2	1	0	17
Entre 25 i 49 hores setmanals	17	7	0	0	24
Entre 50 i 99 hores setmanals	4	6	1	0	11
Més de 100 hores setmanals	0	4	8	9	21
Total	35	19	10	9	73

els equips en salut pública formats per un nombre reduït de treballadors tenen graus diferents de dedicació a la salut pública.

Per aprofundir més en aquest tema, ja que aquest pot ser un indicador rellevant que expliqui els diferents graus de prestació de serveis en matèria de salut pública, s'ha calculat el percentatge de la jornada laboral dedicat a la realització de tasques en salut pública a cada Ajuntament. Aquesta variable s'ha obtingut del quocient entre el sumatori del nombre total d'hores dedicades a salut de tot l'equip de treball i el sumatori del total d'hores de jornada laboral del personal que treballa en salut. Aquest indicador ens permetrà obtenir un càlcul agregat per a cada Ajuntament del percentatge d'hores dedicades a salut pública independentment del nombre de personal que hi treballi. Es podria obtenir un indicador semblant a partir del càlcul del nombre mitjà d'hores dedicades a salut pública per treballador a cada municipi. A l'hora d'interpretar-lo, però, caldria tenir en compte que no tots els treballadors tenen jornades laborals amb el mateix nombre d'hores. Per aquest motiu, ens sembla més adient utilitzar el percentatge d'hores dedicades a salut pública.

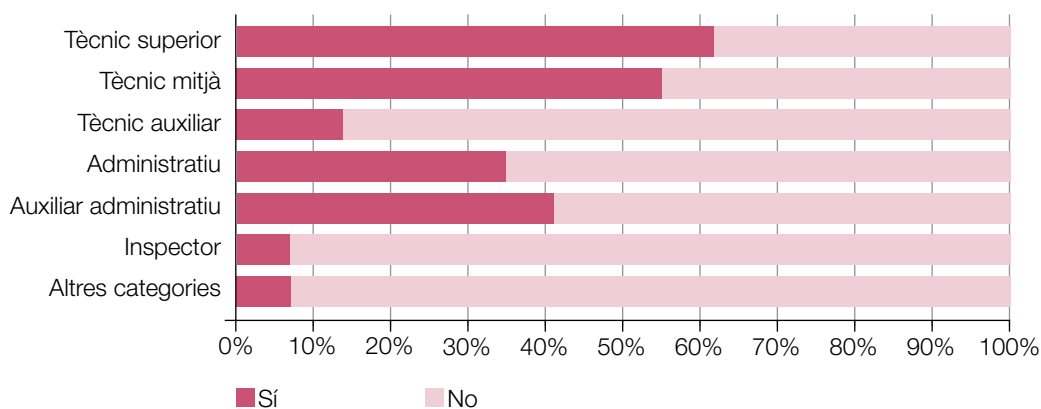
La taula 25 mostra, en primer lloc, que en pràcticament la meitat de les localitats observades com a mínim un 75% de la jornada laboral dels tècnics en salut pública es dedica a aquest àmbit, fet que indica que existeix un alt grau d'especialització en aquesta matèria, ja que en aquests municipis els equips es dediquen fonamentalment a la realització de tasques en salut pública. En un 19,2% de les localitats, tot i que els tècnics realitzen altres funcions, més de la meitat de la seva jornada està destinada a aquesta matèria. Per tant, si bé és cert que no es dediquen exclusivament a la salut pública, en molts casos és la tasca que els ocupa un percentatge més elevat de la seva jornada laboral. En canvi, en un 17,8% dels municipis, les tasques en salut ocupen entre una quarta part i la meitat de la jornada laboral, fet que indica que no són equips especialitzats en aquesta matèria i dediquen un percentatge baix de la jornada laboral a la realització d'activitats en salut. De la mateixa manera, en un 13,7% dels municipis

Taula 25. Nombre de municipis segons percentatge d'hores de la jornada laboral dedicades a salut pública

Dedicació a salut pública	Freqüència	Percentatge
Menys del 25% de la jornada laboral	10	13,7
Entre el 25 i el 49% de la jornada laboral	13	17,8
Entre el 50 i el 74% de la jornada laboral	14	19,2
Més del 74% de la jornada laboral	36	49,3
Total	73	100,0

les tasques de salut pública es realitzen dins d'un conjunt molt més ampli d'activitats i, per tant, en aquests municipis, en general els equips no estan especialitzats en salut pública.

A banda del grau de dedicació dels municipis a les tasques de salut pública, el qüestionari incloïa altres preguntes que ens donaran informació addicional sobre les característiques dels equips de treball: la categoria professional, el nivell d'estudis i la formació són algunes d'aquestes variables. Com s'ha vist més amunt, la major part dels professionals que treballen en salut ocupen la categoria professional de tècnic superior o de tècnic mitjà. El gràfic 1 reflecteix com es distribueixen els treballadors segons la categoria professional en els municipis observats i quantifica el percentatge de localitats on apareix algun tècnic de grau superior, de grau mitjà, auxiliars, administratius, auxiliars administratius, inspectors i altres categories. Així, en el 61,6 i el 54,8% de les localitats hi ha com a mínim un tècnic de grau superior o de grau mitjà respectivament. En canvi, la presència dels tècnics auxiliars és molt inferior i només existeix en un 13,7% dels municipis. Els auxiliars administratius hi són presents en un 41,1% i els administratius en un 34,2%. Els inspectors i les altres

Gràfic 1. Percentatge de municipis on hi ha presència de cadascun dels perfils professionals [n = 73]

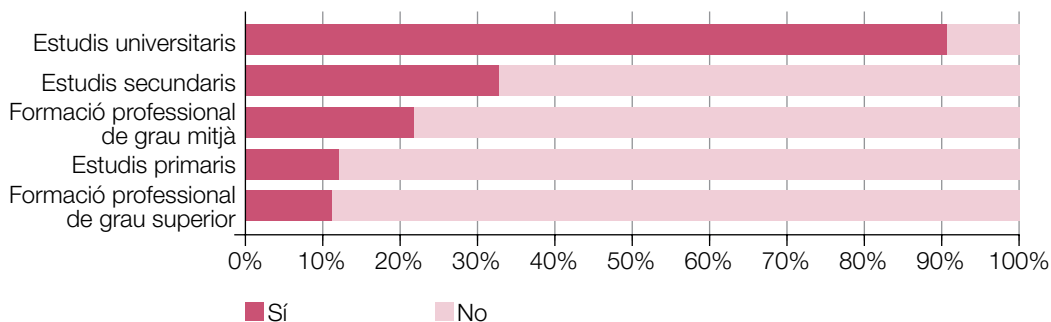
Taula 26. Nombre de municipis segons composició dels equips de salut pública per categoria professional

Categoria professional	Freqüència	Percentatge
Tècnics	24	32,9
Administratius	8	11,0
Tècnics i altres categories	1	1,4
Tècnics i administratius	31	42,5
Tècnics, administratius i altres categories	9	12,3
Total	73	100,0

categories professionals són figures minoritàries presents, només en un 6,8% de les poblacions.

Per tal d'analitzar la composició dels equips de salut pública s'ha creat una nova variable, resumida a la taula 26, que recull de quina manera s'agrupen les diferents categories professionals que componen els grups de treball a cada municipi. Per fer-ho, s'han agrupat les categories tècniques (tècnic de grau superior, tècnic de grau mitjà, tècnic auxiliar), les administratives (administratiu i auxiliar administratiu) i les altres categories professionals. En un percentatge important d'ajuntaments els equips de salut pública són mixtes, ja que estan formats per personal tècnic i administratiu o bé per personal tècnic, administratiu i d'altres categories. Aquests dos grups conformen el 54,8% del total. D'altra banda, en un 32,9% de les localitats els equips de salut pública estan formats únicament per tècnics, en un 11% únicament per administratius i en un municipi hi ha tècnics i altres categories professionals.

El nivell d'estudis i la formació acadèmica dels tècnics que treballen en el servei de salut pública són variables que ens indiquen el tipus de recursos de què disposen els ajuntaments per implementar les polítiques públiques en salut. S'ha observat que el gruix important de treballadors en salut pública tenen un alt nivell acadèmic i la gran majoria ha cursat estudis universitaris. Per tal d'observar si el personal amb un alt nivell educatiu es distribueix de forma homogènia en tots els municipis, s'ha calculat el percentatge de localitats que tenen treballadors amb estudis universitaris, amb formació professional de grau superior, amb formació professional de grau mitjà, amb estudis secundaris i amb estudis primaris. El gràfic 2 reflecteix que un 90,4% dels municipis amb personal propi té a la seva plantilla de salut pública algun treballador amb estudis universitaris, un 32,9% en té algun amb estudis secundaris, un 21,9% amb formació professional de grau mitjà, un 12,3% amb estudis primaris i un 11% amb formació professional de grau superior. Aquests percentatges indiquen que l'alt nivell formatiu dels treballadors en el servei de salut pública és una constant en pràcticament tots els municipis. Per tant, tot i que els equips de salut pública acostumen a ser força reduïts, ja que pràcticament la meitat dels municipis té equips humans d'una o dues persones, estan compostos per personal altament format.

Gràfic 2. Percentatge de municipis amb treballadors amb estudis primaris, estudis secundaris, formació professional i estudis universitaris [n = 73]

Com ja s'ha comentat, els equips en salut pública provenen de més de quinze especialitats diferents. La multiplicitat d'activitats en salut pública que realitzen els municipis i el fet que molts d'ells desenvolupin actuacions més enllà dels serveis mínims en l'àmbit de la promoció de la salut fan necessària la creació d'equips polivalents capacitats per desenvolupar activitats de contingut totalment diferent. Per aquest motiu, els equips en salut pública segons la seva formació haurien de ser multidisciplinaris i haurien de provenir de branques de formació molt diverses, per tal de poder cobrir l'ampli ventall d'especialitats que ocupa la salut pública. Per tal d'analitzar l'àrea d'especialització dels equips de salut s'utilitzarà la variable branca de formació descrita en l'apartat anterior. Aquest indicador ens permetrà observar si els equips en salut pública dels municipis estan formats per treballadors provinents de la branca de formació tècnica, experimental o de ciències de la salut, de la branca social o humanística o bé si provenen dels dos àmbits de formació. En primer lloc, cal esmentar que aquesta variable es calcula només per als 66 municipis que tenen treballadors propis amb formació de grau superior. Els resultats obtinguts són força rellevants: pràcticament la meitat de les localitats tenen personal provinent de la branca tècnica, experimental o de ciències de la salut i de la branca social o humanística alhora. Com es pot observar en la taula 27, en canvi, la resta de municipis tenen equips de salut pública formats per personal que té formació en una de les dues àrees.

A tall de conclusió, pràcticament la totalitat dels municipis (95%) té personal propi que realitza les tasques en salut pública a l'Ajuntament. Els equips en salut pública acostumen a ser força reduïts i normalment estan formats per entre una i quatre persones que dediquen un nombre d'hores setmanals molt heterogeni a la realització d'aquestes tasques. La major part dels municipis enquestats estan formats per personal amb perfil tècnic i administratiu, ja que en un 58,9% dels municipis existeixen ambdues figures. Una altra de les característiques dels equips de salut pública és el seu alt nivell professional i formatiu: un 61,6% dels municipis té algun tècnic de grau superior, un 54,8% un tècnic de grau mitjà i en un 90,4% de les localitats hi ha personal amb estudis universitaris. A més a més, aquests són equips multidisciplinaris, formats per personal que prové d'especialitats molt diverses.

Taula 27. Nombre de municipis segons branca de formació dels equips en salut pública

Branca de formació	Freqüència	Percentatge
Equips tècnics, experimentals i ciències de la salut	15	22,7
Equips socials o humanístics	17	25,8
Equips mixtos	34	51,5
Total	66	100,0

Tipologies de municipis segons característiques tècniques i de personal

Tal i com s'ha esmentat, els municipis disposen de diferents estructures tècniques, organitzatives i de recursos humans per tal de desenvolupar les actuacions en salut pública: l'existència de departament, de responsable tècnic, el nombre de persones que treballen en salut pública, el nombre d'hores setmanals de dedicació, el grau d'especialització, la composició dels equips segons la categoria professional i la branca de formació són variables que descriuen les principals característiques que tenen els equips locals de salut pública. Aquesta informació porta a preguntar-nos si existeixen diferències notables pel que fa l'estructura de recursos humans entre els municipis amb estructures tècniques i organitzatives distintes.

Els municipis que tenen estructures tècniques i organitzatives (departament i responsable) són els que tenen un volum més gran de treballadors amb un grau més elevat de dedicació i especialització a la salut pública. Totes les localitats que tenen equips més grans de nou persones se situen en aquest grup, i també ho fan vuit dels deu municipis que disposen d'equips formats per entre cinc i nou persones. Aquest fet és la causa que la mitjana del nombre de treballadors d'aquest grup de municipis se situï en 5,8, molt per sobre dels municipis amb altres tipus d'organització. Alhora, aquestes localitats també dediquen més hores setmanals a la salut pública que la resta, fins i tot si s'exclouen els casos amb equips de recursos humans més grans. D'altra banda, el grau d'especialització mesurat a través del percentatge de la jornada laboral dedicat a la salut pública també és molt més elevat. El 61,7% dels municipis amb departament i responsable estan especialitzats exclusivament en salut pública, ja que dediquen més del 74% de la seva jornada a desenvolupar tasques d'aquest tipus. Pel que fa a la composició dels equips segons la categoria professional del personal que hi treballa, en la major part dels municipis són mixtos i estan formats per tècnics, administratius i en alguns casos també s'hi afegeixen altres categories. El 68,9% de localitats amb estructures tècniques i organitzatives tenen equips mixtos formats per diferents perfils professionals. A més a més, aquestes localitats disposen sovint d'equips provinents de les dues branques de formació tècnica. El 63,6% dels municipis amb departament i responsable té equips mixtos pel que fa a la formació de grau supe-

Taula 28. Percentatge de municipis segons nombre d'hores agregades de dedicació setmanal a la salut pública i tipus d'estructures tècniques

Hores setmanals	Departament i responsable en salut pública	Sense departament o responsable en salut pública	Sense departament ni responsable en salut pública	Total
Entre 1 i 24 hores setmanals	13,3%	31,6%	55,6%	23,3%
Entre 25 i 49 hores setmanals	24,4%	47,4%	44,4%	32,9%
Entre 50 i 99 hores setmanals	15,6%	21,1%		15,1%
Més de 100 hores setmanals	46,7%			28,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

rior dels tècnics, un 22,7% té equips exclusivament tècnics i experimentals, i només un 13,6% disposa de personal format únicament en especialitats socials o humanístiques.

El fet que el grup de municipis que disposa de departament en salut pública sense responsable només acumuli cinc casos dificulta la realització de determinats càlculs amb aquest grup de localitats. Per aquest motiu, els municipis que només disposaven de departament i els que només disposaven de responsable s'han agrupat en una única categoria que concentra 19 poblacions i que d'ara endavant anomenarem municipis amb alguna estructura tècnica o organitzativa. La creació d'aquest grup permet realitzar determinats càlculs i comparar-los amb els municipis que disposen de departament i responsable i amb els que no disposen de cap dels dos instruments.

Les dades reflecteixen que les localitats amb alguna estructura organitzativa tenen equips de personal petits, amb un nombre considerable d'hores de dedicació a la salut pública i amb graus d'especialització molt diversos. Així, el 78,6% de localitats amb alguna estructura tècnica o organitzativa té equips de personal formats per una o dues persones, un 15,8% en té tres o quatre, i només un 5,3% té entre cinc i nou treballadors. El reduït nombre dels equips de personal d'aquest grup de municipis es reflecteix en la mitjana del personal, que ascendeix a 1,9 persones, valor situat molt per sota dels municipis que disposen de les dues estructures tècniques. Aquest fet es reflecteix a la taula 28 que mostra que el nombre d'hores dedicades a la salut també disminueix i que la major part dels municipis d'aquesta tipologia dedica entre 25 i 49 hores setmanals a aquesta matèria, amb una mitjana de 34,9 hores. Tot i que en general, són localitats que dediquen el gruix principal de la jornada laboral a les tasques de salut pública, la seva especialització és menor que la del grup anterior: un 36,8% dedica entre el 50 i el 74% de la jornada a salut pública i un 26,3% hi dedica més del 74% de

Taula 29. Mitjana del percentatge d'hores dedicades a salut pública sobre el total d'hores de la jornada laboral per tipus d'estructura tècnica

Estructures tècniques i organitzatives	N	Mitjana	Mínim	Màxim	Desviació típica
Departament i responsable en salut pública	45	72,9	14,2	100,1	28,5
Sense departament o responsable en salut pública	19	58,8	16,2	100,0	25,5
Sense departament ni responsable en salut pública	9	36,4	2,7	85,7	29,9

les seves hores de treball. El fet que els equips en salut estiguin formats principalment per una o dues persones disminueix la presència de diferents categories professionals en el mateix equip de recursos humans, i per tant la meitat de localitats d'aquest grup està formada únicament per perfils tècnics. En aquest grup de municipis hi destaca el percentatge considerable (47,1%) d'equips formats únicament per personal provinent de la branca social o humanística.

En darrer lloc, pel que fa al grup de localitats que no disposen de cap tipus d'estructura tècnica o organitzativa cal tenir present que està format per només onze municipis, dels quals dos no tenen personal propi que realitzi tasques en salut pública. Per tant, aquest informació s'ha de llegir de manera orientativa, amb les precaucions metodològiques adients. El grup de municipis que no disposa de cap tipus d'estructura tècnica per desenvolupar les activitats en salut pública és alhora el que disposa de menys recursos humans. El 54,5% de localitats d'aquesta tipologia de municipi té equips formats per entre una i dues persones, el 18,2% en té entre cinc i nou, i la mitjana de persones que treballen en salut és d'1,8. Tot i que el nombre de persones que treballen en salut és molt proper al del grup de localitats amb alguna estructura tècnica, la seva dedicació calculada en nombre d'hores setmanals i el seu grau d'especialització a la salut pública és força inferior. La mitjana d'hores setmanals dedicades és de 19,8 i la mitjana del percentatge d'hores dedicades a la salut pública sobre el total d'hores treballades és del 36,4%. Aquest fet, que es pot observar a la taula 29, indica que la dedicació i especialització d'aquests municipis és molt inferior a la de la resta de localitats que disposen d'una o dues estructures tècniques o organitzatives. En aquesta tipologia de municipis, els equips que treballen en salut pública en un 66,6% dels casos disposen d'equips formats per un únic perfil professional, ja sigui tècnic o administratiu, i un 33,3% té equips formats per les dues categories. D'altra banda, només cinc dels 11 municipis té personal amb estudis de grau superior, tres dels quals provenen de la branca social o humanística i dos d'ambdues especialitats.

En definitiva, s'observa que existeixen diferències importants pel que fa a les característiques dels recursos humans en els municipis amb perfils organitzatius i tècnics diferents. Les localitats amb estructures tècniques i organitzatives són les que tenen

equips de recursos humans més òptims per desenvolupar tasques en salut pública. Aquest fet és lògic si tenim en compte que els municipis amb un major nombre d'habitants són els que disposen de departament i responsable en aquest àmbit. Ara bé, disposar d'equips tècnics amb un grau superior de dedicació i especialització hauria de repercutir en una millor prestació dels serveis en salut pública. Aquest és el tema al voltant del qual es reflexiona en el capítol següent.

Els serveis mínims obligatoris dels ens locals en matèria de salut pública

Els ens locals són un dels principals actors en la gestió de la salut pública, ja que actuen com a proveïdors de serveis i com a ens col·laboradors d'altres administracions. Les tres lleis que han regulat aspectes de la salut pública a Catalunya han ordenat les actuacions i els serveis que són responsabilitat en aquesta matèria dels ens locals, i en especial dels ajuntaments, atorgant-los un lloc rellevant en aquest àmbit. Tot i així, tal com es podrà observar en el present apartat, la salut pública és una responsabilitat municipal amb poca visibilitat a la qual fins al moment no se li ha donat prou rellevància tot i el grau elevat de responsabilitat pública que implica.

Tal i com ja s'ha comentat en els capítols precedents, els serveis en salut pública fan referència a un ampli conjunt d'activitats i matèries que són totalment heterogènies entre sí: des de les activitats per prevenir la legionel·la fins a les activitats pròpies d'altres administracions existeix un ampli ventall de serveis que cobreixen necessitats molt diverses. Aquesta gran heterogeneïtat dificulta una visió de conjunt i causa que en la major part dels casos les activitats en aquest àmbit no es centralitzin en una sola àrea, servei o departament. La manca d'una visió global de la salut pública és un dels principals obstacles que s'ha presentat en l'anàlisi de la gestió de la salut pública i que ja havien subratllat estudis anteriors: «Sovint el personal tècnic de salut pública desconeix l'existència de l'actuació, no són conscients que una determinada actuació també té repercussions en salut pública» [Llebaria (coord.), 2010: 115]. Un cop analitzades les estructures polítiques, els instruments de planificació i els recursos disponibles per tal de desenvolupar aquestes activitats, és hora d'observar quin grau de prestació han assumit els municipis, la forma en què ho fan, quins recursos utilitzen i quins altres ens participen en la prestació d'aquests serveis.

Com s'ha descrit en l'apartat sobre les responsabilitats municipals en salut pública, els municipis són competents per prestar tres tipus de serveis en salut pública: els serveis mínims obligatoris que cobreixen l'àmbit de protecció de la salut, els serveis no obligatoris i els serveis propis d'altres administracions que els ajuntaments poden prestar de forma complementària. Aquest apartat té com a objectiu principal observar si existeixen diferents nivells de prestació en els serveis mínims obligatoris de responsabilitat municipal. Abans de realitzar l'anàlisi descriptiva de les dades, i amb l'objectiu de realitzar-ne una lectura correcta, cal tenir en compte algunes consideracions: en primer lloc, per motius de coherència metodològica interna de l'estudi i per tal de poder posar en relació les activitats amb la despesa que suposen, la informació relativa a les actuacions i la seva despesa feien referència al mateix període de temps: l'any 2009. Com que el treball de camp es va dur a terme l'any 2010, aquesta era la darrera dada econòmica disponi-

ble. En segon lloc, la Llei 18/2009, de salut pública, va entrar en vigor el 27 d'octubre de 2009; per tant, és lògic que molts dels municipis en el moment de la recollida de dades encara no s'haguessin adaptat als canvis. Tot i així, la principal modificació que incorpora la Llei de salut pública que afecta el llistat de serveis mínims que han de prestar els ens locals és la gestió del risc per a la salut en les activitats de tatuatge, micropigmentació i pírcing, ja que els serveis mínims restants ja s'havien previst en la Llei d'ordenació sanitària i en la Llei de protecció de la salut.

Les preguntes relatives a la prestació dels serveis en salut pública i les seves característiques suposen més del 50% de variables que inclou el qüestionari. Per a cada servei, ja sigui de protecció o de promoció de la salut, es va demanar informació relativa a la forma de prestació, forma de gestió, xarxes de col·laboració, personal, recursos propis utilitzats i font de finançament. Aquestes preguntes permeten tenir un coneixement ampli sobre la prestació de serveis en salut pública a les localitats observades. Pel que fa als serveis en protecció de la salut, que són l'objecte d'aquest capítol, el llistat d'actuacions es va elaborar a partir dels serveis detallats en l'article 52 de la Llei 18/2009, de salut pública, de les investigacions citades en el capítol 2 i de les prioritats fixades pel Servei de Salut Pública de la Diputació de Barcelona com a ens emissor de la demanda.

Així, tot i que el qüestionari recollia molta informació relativa a cadascuna de les activitats en salut pública, no recollia informació sobre la mesura en què es presta cada servei. De fet, l'estudi d'aquest aspecte hauria de ser tractat mitjançant altres tècniques d'investigació diferents de les utilitzades en aquest informe i alhora requeriria que tots els municipis disposessin d'informació homogènia quantificada i recollida amb els mateixos criteris. Tot i que aquesta és una de les principals mancances, aquest estudi realitza una fotografia prou rellevant que defineix les principals tendències en la gestió local de la salut pública.

Serveis en protecció de la salut

Els serveis de protecció de la salut són «el conjunt d'actuacions, prestacions i serveis destinats a garantir la innocuïtat i la salubritat dels productes alimentaris i a preservar la salut de la població davant dels agents físics, químics i biològics presents al medi» (Llei 18/2009, de salut pública). Per a l'estudi d'aquest àmbit d'actuació, els serveis en protecció de la salut s'han classificat en tres tipus: activitats en sanitat ambiental, en seguretat alimentària i en gestió del risc per a la salut derivat dels animals peridomèstics i de les plagues. L'apartat següent descriu la prestació d'aquests serveis i els recursos emprats per dur-los a terme de manera comparada entre els tres àmbits d'actuació.

Prestació i forma de gestió dels serveis en protecció de la salut

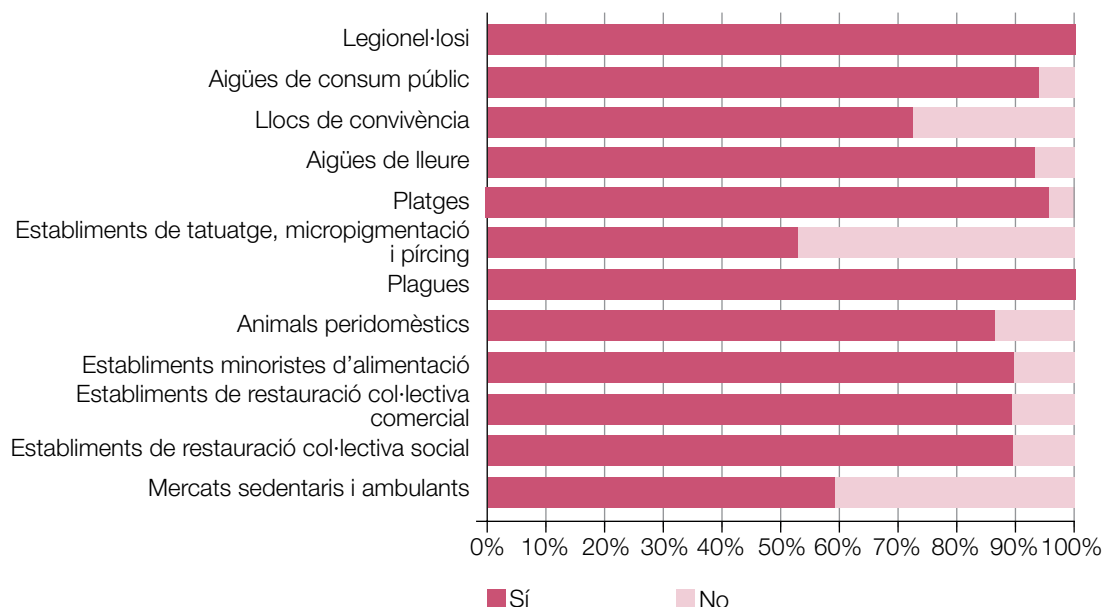
Aquest apartat té com a objectiu realitzar una descripció de quines són les activitats en protecció de la salut que realitzen els municipis i quins instruments utilitzen per

prestar-les i gestionar-les. Cal tenir present que les preguntes sobre la prestació i gestió del servei admeten més d'una categoria de resposta (multiresposta). Això es deu al fet que les variables sobre les activitats en salut pública s'han formulat de manera genèrica amb l'objectiu de detectar el compliment dels serveis mínims sense entrar en el detall de cada actuació. Aquest fet suposa que cada activitat inclogui més d'un aspecte. Per tant, cada activitat es pot prestar i/o gestionar a través de més d'un instrument. Per tal de sintetitzar l'anàlisi, sempre que ha estat possible, les respostes s'han recodificat en preguntes d'opció única.

Tot i que les diverses lleis en matèria de salut pública de Catalunya han previst que els serveis en protecció de la salut són serveis mínims que els ens locals hauran de prestar de manera obligatòria, el gràfic 3 reflecteix que hi ha activitats que no queden cobertes en alguns dels municipis enquestats. A efectes d'aquest estudi, s'entén que el servei es presta sempre que ho faci algun dels ens que es detallen a continuació: l'Ajuntament, un ens de cooperació municipal (mancomunitat o consorci), un ens en què l'Ajuntament hagi delegat el servei o l'Agència de Protecció de la Salut.

Pel que fa a l'àmbit de sanitat ambiental, l'única activitat que es duu a terme en tots els ajuntaments és la prevenció de la legionel·losi. El control sanitari d'aigües de consum públic i el control d'aigües de lleure es realitza en 72 municipis, que representen el 93,5% del total, i el control de les condicions higièniques i de salubritat dels llocs de convivència, tot i ser una activitat que ja es preveia com a obligatòria en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, només es duu a terme en tres quartes parts de les localitats enquestades. D'altra banda, no resulta sorprenent que el control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing es realitzi en un 46,8% dels mu-

Gràfic 3. Prestació de serveis en protecció de la salut [N = 77]*



*Exceptuant el servei de control de salubritat de les platges, que només pertoca a 20 localitats.

nicipis, ja que aquest servei s'ha incorporat al llistat de serveis mínims municipals amb l'aprovació de la Llei de salut pública de Catalunya. Prèviament a aquesta modificació legislativa, alguns municipis ja prestaven aquesta activitat entenent que cobria la gestió del risc per a la salut en els establiments públics i els indrets habitats. De fet, l'estudi *Les activitats i les estructures dels serveis de Salut Pública* [Llebaria (coord.), 2010] que recollia informació relativa als anys 2005 i 2006, ja havia detectat un conjunt de municipis que duïen a terme actuacions relacionades amb aquest àmbit, com ara la realització d'inspeccions o la gestió d'un cens d'aquests d'establiments. El control de salubritat de platges es realitza en gairebé tots els municipis costaners (95%).

Les activitats de l'àmbit de gestió del risc per a la salut derivat dels animals peridomèstics i de les plagues tampoc es duen a terme en tots els municipis enquestats. Si bé totes les localitats duen a terme el control i la gestió integral de plagues, no succeeix el mateix amb el control d'animals peridomèstics (coloms i altres aus), que es realitza en un 87% dels municipis.

Cap de les activitats de l'àmbit de seguretat alimentària es duu a terme en totes les poblacions enquestades: el control dels establiments minoristes d'alimentació, el control sanitari de restauració col·lectiva comercial i el control sanitari de restauració col·lectiva social es duen a terme en un 89,6% de les localitats observades. Tot i que aquestes tres activitats es realitzen en el mateix nombre de municipis, no són les mateixes poblacions en cada cas les que no les duen a terme. Cal esmentar que l'estudi *Les activitats i les estructures dels serveis de Salut Pública* [Llebaria (coord.), 2010] ja reflectia una manca del compliment de les competències relatives a la seguretat alimentària. Atès que l'univers d'estudi d'ambdues investigacions és diferent, les dades no es poden comparar. Malgrat això, i amb totes les precaucions possibles, sembla ser que els resultats podrien apuntar a un increment del control sanitari en l'àmbit de la seguretat alimentària dels anys 2005 i 2006. Aquest fet no resultaria estrany, tenint en compte que l'aprovació de la Llei de protecció de la salut era relativament recent (2003), en el moment de la realització d'aquest estudi. Probablement, la creació de l'Agència de Seguretat Alimentària i de l'Agència de Protecció de la Salut ha incentivat la prestació d'aquests serveis mitjançant aquests ens, especialment a través de l'APS, atès el seu baix nivell de compliment. El control sanitari de mercats sedentaris i ambulants és l'activitat de tots els àmbits que es realitza en un nombre més petit de municipis a banda del control dels establiments de tatuatge, micropigmentació i pírcing, que, com ja hem dit anteriorment, no és comparable a la resta d'activitats per les seves pròpies peculiaritats.

La taula 30 resumeix el nombre de municipis que duen a terme cadascuna de les activitats en protecció de la salut segons l'àmbit d'actuació al qual pertanyen i reflecteix que, de les onze activitats en protecció de la salut que cobreixen serveis mínims, vuit no s'estan duent a terme en tots els municipis. Aquestes xifres evidencien que la salut pública és una responsabilitat local, que tot i l'elevat grau de responsabilitat que comporta, no s'ha desenvolupat de manera suficient en tots els municipis. Cal esmentar que molts d'aquests serveis ja s'havien previst en la Llei d'ordenació sanitària i en la Llei de protecció de la salut, fet que indica que en determinades localitats hi ha una manca del desplegament d'aquestes competències.

Taula 30. Prestació de serveis en protecció de la salut

Activitat	Sí	No	Total
Legionel·losi	77	0	77
Aigües de consum públic	72	5	77
Llocs de convivència	56	21	77
Aigües de lleure	72	5	77
Platges	19	1	20
Establiments de pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing	41	36	77
Plagues	77	0	77
Animals peridomèstics	67	10	77
Establiments minoristes d'alimentació	69	8	77
Establiments de restauració col·lectiva comercial	69	8	77
Establiments de restauració col·lectiva social	69	8	77
Mercats sedentaris i ambulants	46	31	77

Les preguntes referents a la prestació d'altres activitats de responsabilitat dels ajuntaments en matèria de salut pública que no formen part dels tres àmbits principals d'actuació corroboren la manca de desenvolupament d'algunes de les competències municipals obligatòries. Així, el 92,2% dels municipis realitza inspeccions derivades de denúncies en l'àmbit de la salut pública i un percentatge inferior, que ascendeix al 74%, duu a terme la concessió de llicències, autoritzacions i comunicacions subjectes a l'àmbit de la salut pública. Per tant, sis i divuit municipis, respectivament, no duen a terme aquest tipus d'activitats obligatòries (inspeccions derivades de denúncies i concessió de llicències, autoritzacions i comunicacions subjectes a l'àmbit de la salut pública). Un cop més, la manca de coneixement de les activitats en matèria de salut pública realitzades per altres àrees es visualitza en la dificultat que tenen els tècnics per facilitar el nombre d'inspeccions derivades de denúncies que va realitzar l'Ajuntament l'any 2009. Aquesta variable ha estat resposta en 57 localitats, i per tant, vint municipis no han pogut facilitar aquesta informació. En els municipis que han respost aquesta pregunta, l'any 2009 es van realitzar una mitjana de 110,4 inspeccions. Set localitats no van realitzar-ne cap i l'Ajuntament que en va realitzar més en va dur a terme 3.700. D'altra banda, pel que fa el servei de policia sanitària mortuòria, el 36,3% dels municipis realitza aquest servei des del departament que coordina les activitats de salut pública.

Els municipis disposen de diversos mecanismes per tal de prestar els serveis de salut pública: poden prestar-los des de l'Ajuntament (ja sigui des de l'àrea que coordina les

activitats en salut pública o des d'una àrea diferenciada), o bé a través d'una mancomunitat, d'un consorci, o d'una comunitat de municipis. Si l'establiment o la prestació dels serveis resulta impossible o de molt difícil compliment, els municipis poden sol·licitar al Govern de la Generalitat la dispensa de l'obligació de prestar-los. De manera addicional, i específicament per als serveis de salut pública, les localitats poden encomanar l'execució del servei a l'Agència de Protecció de la Salut mitjançant la realització d'un conveni. Aquestes opcions són les categories de resposta que han estat incloses en el qüestionari⁵ i han estat agrupades en quatre per tal de sintetitzar els resultats obtinguts. Les respostes han estat recodificades en les opcions següents:

- El servei es presta des de l'Ajuntament. Aquesta opció contempla els casos en què el servei es realitza des de l'àrea que centralitza les activitats de salut pública o bé des d'una àrea diferenciada, independentment que es gestioni de forma directa o indirecta.
- El servei es presta a través de formes de cooperació municipal com ara la mancomunitat, el consorci o la comunitat de municipis.
- El servei es presta des d'un ens en què l'Ajuntament ha dispensat la seva prestació.
- El servei es presta des de l'Agència de Protecció de la Salut.

Pel que fa a l'opció de l'Agència de Protecció de la Salut, s'ha reservat per a aquells municipis en què l'APS desenvolupa tota l'activitat i, per tant, l'Ajuntament no hi intervé de cap manera. Per tant, aquesta opció de resposta no inclou tots els municipis que hagin signat un conveni amb aquest ens, ja que hi ha localitats que han encomanat només una part específica del servei. Per exemple, una localitat pot haver encomanat la incoació i tramitació d'expedients sancionadors derivats de les activitats del control de l'aigua a l'APS. Ara bé, aquest fet no implica que el municipi no estigui realitzant altres aspectes, com el control d'aigua o la resolució d'incidències a la xarxa de subministrament, entre d'altres.

En la prestació dels serveis en sanitat ambiental, tot i la multiplicitat d'opcions de resposta possibles, els resultats s'han acumulat principalment en una o dues categories. La major part dels serveis en aquest àmbit es presten directament des del mateix Ajuntament, tot i que per a determinades activitats la incidència de l'Agència de Protecció de la Salut és força rellevant. L'activitat que es presta des de l'Ajuntament en un percentatge més elevat de municipis és la prevenció de la legionel·losi (97,4%), seguida del control d'aigües de lleure, amb un 91,7%, i del control de salubritat de les platges, en un 85,7%. En les activitats de control sanitari d'establiments de tatuatge, micropigmentació i pírcing, control de condicions higièniques de salubritat i de llocs de convivència i control d'aigües de consum públic aquest percentatge descendeix al voltant del 80% a favor de l'Agència de Protecció de la Salut, que actua com a ens proveïdor de serveis en salut pública. L'APS actua com a prestadora de les activitats de control d'aigües de consum públic en un 15,3% del municipis, controla les condi-

5. La categoria de resposta Encàrrec a l'Agència de Protecció de la Salut no s'havia contemplat inicialment en el qüestionari i s'hi va afegir posteriorment ja que es repetia amb freqüència en diverses localitats.

cions higièniques de salubritat i de llocs de convivència en un 16% i realitza el control sanitari d'establiments de tatuatge, micropigmentació i pírcing en un 12,2%. En cap cas hi ha més de tres ajuntaments que hagin optat per utilitzar fórmules de cooperació municipal o de dispensa en la prestació d'aquests serveis.

De manera semblant a l'àmbit de la sanitat ambiental, la major part de les activitats en seguretat alimentària es realitzen des del mateix Ajuntament. Entre un 60 i un 90% dels municipis que realitzen les activitats en aquest àmbit se situen en aquesta categoria. L'Agència de Protecció de la Salut també és un proveïdor important de serveis en seguretat alimentària: en un 31,9% gestiona el control dels establiments de restauració col·lectiva social, un 21,7% li ha encarregat el control d'establiments de restauració col·lectiva comercial i un 17,4% dels municipis li han encomanat la gestió del control d'establiments minoristes d'alimentació. La presència de l'APS en el control de mercats sedentaris i ambulants és pràcticament anecdòtica i només representa un 4,3%. La resta de municipis realitzen aquestes activitats mitjançant dispensa, cooperació municipal o formes mixtes de gestió. En canvi, i a diferència dels àmbits de sanitat ambiental i seguretat alimentària, on l'APS intervé amb freqüència, les actuacions en la gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues es realitzen en pràcticament totes les poblacions des del mateix Ajuntament i només quatre municipis han dispensat una part d'aquestes activitats.

Per tant, tot i l'existència d'un ventall ampli d'instruments per a la prestació de serveis en salut pública, ja que els municipis disposen de sis fórmules distintes de prestació de serveis, la major part de les localitats els presten des de l'Ajuntament. Tot i així, cal destacar la presència de l'Agència de Protecció de la Salut, que actua com a ens proveïdor de serveis de sanitat ambiental i de seguretat alimentària.

Els municipis poden utilitzar dues fórmules distintes per a la gestió dels serveis: d'una banda, els instruments de gestió directa, en què el servei es presta directament per l'Ajuntament o bé per algun dels seus ens dependents, ja sigui un organisme autònom, una societat mercantil de capital íntegrament públic o una entitat pública empresarial. D'altra banda, també poden utilitzar les formes indirectes en les quals es gestiona el servei mitjançant un privat. Aquestes fórmules són la concessió, la gestió interessada, l'arrendament, el concert o la societat mercantil de capital mixt. Durant la realització del treball de camp algunes de les persones entrevistades van manifestar certa confusió conceptual entre les diverses opcions. Tot i que l'equip que va realitzar les entrevistes sempre va procurar aclarir aquests termes, és recomanable llegir aquestes dades amb precaució, ja que podrien contenir un cert biaix. D'altra banda, cal tenir present que en la major part dels municipis les activitats en salut pública no es duen a terme de forma centralitzada des d'una única àrea de l'Ajuntament. Aquest fet implica que les persones entrevistades desconeguin de manera habitual les característiques de les activitats gestionades per altres àrees. Per aquest motiu, aquestes preguntes només van ser respostes en cas que l'activitat es desenvolupés des de l'àrea que centralitza les activitats en salut pública a l'Ajuntament.

La major part dels serveis en sanitat ambiental es gestionen des de la mateixa estructura de l'Ajuntament, encara que es detecta una certa tendència a cercar col·laboracions

amb privats. Els serveis que es gestionen de manera directa amb més freqüència són el control sanitari dels establiments de tatuatge, micropigmentació i pírcing i el control de les condicions higièniques i de salubritat dels llocs de convivència. Ara bé, cal tenir en compte que, com ja s'ha assenyalat en diverses ocasions, la incorporació del control sanitari dels establiments de tatuatge al llistat de serveis mínims és molt recent. Per tant, és possible que algunes d'aquestes localitats encara estiguin organitzant la forma òptima per gestionar-lo. D'altra banda, el control sanitari dels llocs de convivència és un activitat en què l'APS té una forta incidència, fet que pot haver produït que els municipis amb recursos propis limitats per gestionar aquest servei no recorrin a formes de prestació indirecta sinó al suport d'aquest ens. Els serveis que es concessionen amb més freqüència són la prevenció de la legionel·losi –26 municipis han concessionat com a mínim una part d'aquest servei–, i el control d'aigües de consum públic, que sovint es gestiona mitjançant la companyia subministradora d'aigua a la població. La categoria relativa a altres formes de gestió, que inclou instruments de gestió directa (organismes autònoms i societats mercantils de capital íntegrament públic) i indirecta (gestió interessada), no superen en cap cas els tres casos.

En canvi, les localitats enquestades han recorregut amb més freqüència als ens privats per gestionar les activitats relacionades amb les plagues i els animals peridomèstics. La taula 31 mostra l'elevat percentatge de municipis que han concessionat com a mínim una part d'aquestes activitats. Com es pot observar, hi ha un escàs nombre de localitats que realitzin el control i la gestió de plagues únicament des de l'Ajuntament sense l'ajuda d'un tercer: 48 municipis, que representen el 81,3% de les localitats que presten el servei des de l'àrea que centralitza les activitats en salut pública, han concessionat com a mínim una part del control integral de les plagues. Les altres formes de gestió, que inclouen formes de gestió directa (societat mercantil de capital íntegrament públic) i indirecta (gestió interessada), només acumulen 3 casos. Pel que fa al control d'animals peridomèstics, tot i que la concessió de l'activitat no és tan elevada com en el control integral de plagues, 26 municipis, que representen el 56% de les localitats que centralitzen les activitats en l'àrea de salut pública, han concessionat com a mínim una part de l'activitat. Aquestes dades reflecteixen que existeix un elevat grau de concessió de les activitats en gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues que supera el de les activitats en sanitat ambiental i el de seguretat alimentària, tal com es veurà a continuació.

En la gestió de les activitats en seguretat alimentària hi predomina la gestió directa, des del mateix Ajuntament, sense cap tipus d'organització diferenciada. És en aquest àmbit d'actuació on les activitats s'han concessionat en menor mesura. A diferència de l'àmbit de sanitat ambiental i de gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues, la concessió d'activitats es duu a terme en un 10% dels municipis, exceptuant el control d'establiments minoristes d'alimentació, en què s'ha concessionat com a mínim una part d'aquesta activitat en un 20% de les poblacions. La taula 31 resumeix el nombre de municipis segons les fórmules de gestió utilitzades i fa evident els diferents models de gestió utilitzats per a cada activitat. Existeix una forta tendència a concessionar com a mínim una part del control integral de plagues, el control d'animals peridomèstics, la prevenció de la legionel·losi i el control sanitari d'aigües de consum públic. Més del 50% de les localitats que presten el servei des de l'àrea que centralit-

Taula 31. Forma de gestió de les activitats de protecció de la salut

Activitat	Sense organització diferenciada	Concessió	Sense organització diferenciada i concessió	Altres formes de gestió	Total
Legionel·losi	47,1% (24)	23,5% (12)	27,5% (14)	2,0% (1)	100,0% (51)
Aigües de consum públic	38,2% (13)	38,2% (13)	14,7% (5)	8,8% (3)	100,0% (34)
Llocs de convivència	97,4% (37)	2,6% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	100,0% (38)
Aigües de lleure	68,3% (28)	17,1% (7)	9,8% (4)	4,9% (2)	100,0% (41)
Platges	66,7% (4)	16,7% (1)	0,0% (0)	16,7% (1)	100,0% (6)
Establiments de pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing	100,0% (31)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100,0% (31)
Plagues	13,6% (8)	47,5% (28)	33,9% (20)	5,1% (3)	100,0% (59)
Animals peridomèstics	41,3% (19)	28,3% (13)	28,3% (13)	2,2% (1)	100,0% (46)
Establiments minoristes d'alimentació	80,0% (36)	2,2% (1)	17,8% (8)	0,0% (0)	100,0% (45)
Establiments de restauració col·lectiva comercial	88,4% (38)	0,0% (0)	11,6% (5)	0,0% (0)	100,0% (43)
Establiments de restauració col·lectiva social	91,7% (33)	5,6% (2)	2,8% (1)	0,0% (0)	100,0% (36)
Control de mercats sedentaris i ambulants	87,9% (29)	3,0% (1)	6,1% (2)	3,0% (1)	100,0% (33)

za les actuacions en salut pública ha concessionat com a mínim una part d'aquestes activitats. Aquesta forma de gestió també té una incidència notable, tot i que no tan elevada, en el control d'aigües de lleure i en el control dels establiments minoristes d'alimentació, que s'han concessionat en un 26 i un 20% dels municipis. En canvi, per a la resta d'activitats el nivell de concessió és molt inferior i se situa entre el 2 i el 12%.

En resum, les activitats de protecció de la salut, que cobreixen els serveis mínims que han de prestar els municipis de manera obligatòria, no es duen a terme en tots els

municipis. Així, vuit de les onze activitats que s'han establert com a mínimes no es realitzen en totes les poblacions enquestades. La manca de capacitat per dur a terme aquestes activitats, que sovint requereixen personal i coneixements molt especialitzats, també es visualitza en el percentatge notable de municipis que han encomanat la realització de determinades activitats a l'Agència de Protecció de la Salut. Aquest fet produeix que altres formes de prestació de serveis tinguin molt poca incidència en la salut pública. D'altra banda, la concessió és una forma de gestió que alguns municipis han utilitzat sovint per desenvolupar especialment les activitats relatives al control integral de plagues, el control d'animals peridomèstics i la prevenció de legionel·losi així com el control d'aigües de consum públic.

Els recursos emprats per a la realització d'activitats de protecció de la salut

La finalitat d'aquest apartat és analitzar quins són els recursos específics utilitzats pels municipis per al desenvolupament de cadascuna de les activitats protecció de la salut. S'analitzen el tipus de personal que hi treballa, els recursos materials utilitzats, les xarxes de col·laboració que s'han establert amb altres ens, així com la procedència de les fonts per finançar cada activitat. Aquestes preguntes es van formular per a cada activitat i en tots els casos admeten més d'una resposta. Aquest fet produeix que s'obtingui un gran volum de resultats per a totes aquestes variables i serveis. Per tal d'evitar una lectura excessivament descriptiva amb un gran volum de percentatges, l'anàlisi que es detalla a continuació s'ha realitzat de forma agregada per a cada àmbit de gestió i, a més a més, només recull els resultats més significatius.

Pel que fa al personal que treballa en protecció de la salut, les persones entrevistades havien d'indicar si en aquella activitat hi intervenia algun tècnic superior, mitjà, auxiliar o bé alguna persona que realitzés tasques administratives, ja fos administratiu o auxiliar administratiu. Les dades mostren que, per a totes les activitats en sanitat ambiental, el percentatge de tècnics de grau superior i de grau mitjà és més elevat que el de tècnics auxiliars i administratius. De fet, aquesta no és una dada sorprenent si es té en compte que, tal com s'ha comentat en l'apartat dedicat als recursos existents per a la implementació de les polítiques públiques de salut, el col·lectiu de treballadors en aquest àmbit està altament tecnificat. Les activitats en sanitat ambiental en les quals es registra un percentatge més alt de perfils tècnics són el control de les condicions higièniques i de salubritat dels llocs de convivència, el control d'aigües de lleure i la prevenció de la legionel·losi. Per a la realització d'aquestes activitats hi intervé algun tècnic de grau superior en gairebé un 50% de les localitats. D'altra banda, existeixen perfils tècnics que realitzen les activitats en gestió del risc de les plagues i els animals peridomèstics en un 30-40% dels municipis, i en un 50% de localitats col·laboren en les activitats de seguretat alimentària. Com s'ha vist en el capítol 7, en un 61,6% de les poblacions enquestades algun dels treballadors en salut pública ocupa una categoria professional de tècnic de grau superior i en un 54,8% existeix algun perfil tècnic de grau mitjà. Per tant, aquests percentatges indiquen que en la major part de locali-

tats on existeix personal de tipus tècnic (mitjà o superior) aquests participen en el desenvolupament de les activitats de protecció de la salut.

Per tal de mesurar els recursos materials de què disposen els municipis es va preguntar a les persones enquestades si disposaven d'equipaments tècnics, de material reprogràfic i/o de material d'exposició per desenvolupar les activitats de protecció de la salut. S'entén per equipaments tècnics aquell material especialitzat que està destinat a la realització d'una activitat tècnica (per exemple, gàbies, neveres, provetes, termòmetres...), i per material reprogràfic el que té com a objectiu informar sobre algun aspecte concret de l'activitat (díptics, fulletons, cartells...). Aquestes preguntes ofereixen informació addicional del tipus d'activitat que s'està realitzant al municipi més enllà de la forma com es presta i es gestiona; el fet que els ajuntaments disposin d'equipaments tècnics per dur a terme les activitats implica que aquestes es realitzen directament des de l'Ajuntament, sense la intervenció de tercers. En canvi, l'absència d'aquests instruments pot suposar l'externalització de l'activitat o bé la contractació puntual d'empreses que seran les encarregades de desenvolupar les actuacions de tipus tècnic. En la mateixa línia, disposar de material reprogràfic mostra que els ajuntaments realitzen activitats de caire educatiu i informatiu.

Les activitats en sanitat ambiental mostren l'alt nivell de tecnificació que suposen, ja que entre un 40 i un 60% de municipis disposa de material tècnic per desenvolupar-les. Només en l'activitat del control d'aigües de consum públic aquest percentatge disminueix fins al 19%. El percentatge de localitats que utilitzen material informatiu i reprografia és inferior i se situa entre el 15 i el 34%, excepte en l'activitat del control d'establiments de tatuatge, micropigmentació i pírcing, que ascendeix al 51,4%. El material d'exposició pràcticament no té rellevància per dur a terme aquestes actuacions.

En canvi, tot i que les activitats de gestió de les plagues i els animals peridomèstics també requereixen instruments tècnics, només un 12,1% i un 21,7% dels ajuntaments afirma disposar d'aquest material per realitzar aquestes activitats. El percentatge de municipis que disposa de recursos informatius i reprogràfics ascendeix fins al 25 i el 28%. Els baixos percentatges de municipis que tenen material per realitzar aquestes activitats es poden explicar per l'alt grau de concessió d'aquest servei. Atès que en moltes localitats aquestes activitats les desenvolupa una empresa concessionària, és habitual que l'Ajuntament no disposi del material tècnic per dur-les a terme. D'altra banda, el fet que el percentatge de material reprogràfic sigui més elevat que el del material tècnic indica que les tasques que desenvolupen els municipis de manera directa estan més orientades a la promoció i prevenció del risc, és a dir a l'educació sanitària, que a la protecció de la salut.

El percentatge de localitats que disposen de recursos tècnics per realitzar les activitats en seguretat alimentària oscil·la entre el 47,2% i el 64,8%. Aquestes xifres, de manera similar al que succeïa amb les activitats en sanitat ambiental, indiquen un alt nivell de tecnificació de les activitats en aquest àmbit. El material reprogràfic també té molta incidència en els municipis enquestats, i entre el 35,8 i el 60% de les poblacions l'utilitza en l'àmbit de la seguretat alimentària. Per tant, aquestes dades mostren que

els municipis combinen les tasques tècniques i de control del risc amb les tasques d'educació sanitària en l'àmbit de la seguretat alimentària. Cal esmentar que al voltant del 10% dels municipis disposen també de material d'exposició.

Tal i com s'havia detectat, els resultats obtinguts reflecteixen alts nivells de coordinació entre les diferents àrees de l'Ajuntament per tal de dur a terme les activitats de salut pública. Així, entre el 47,4% i el 73,5% dels municipis reben suport d'altres àrees per tal de desenvolupar les activitats en sanitat ambiental. Les actuacions que requereixen una major col·laboració intramunicipal són la prevenció de la legionel·losi, el control de salubritat de les platges i el control d'aigües de lleure. Per a les activitats en gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues, més de la meitat dels municipis col·labora amb altres àrees de l'Ajuntament. Aquest percentatge és més elevat en l'àmbit de la seguretat alimentària, on ascendeix fins al 60 i el 70% de les localitats, exceptuant el control de restauració col·lectiva social, en què és inferior. En resum, aquestes xifres mostren que, a banda de l'àrea que coordina les activitats en salut pública, hi ha una implicació elevada per part d'altres àrees de l'Ajuntament per a la realització d'aquestes activitats.

A banda del mateix Ajuntament, en la realització de les activitats en protecció de la salut també hi intervenen diferents ens que donen suport tècnic o material als municipis en la realització de les seves funcions. Els ens que col·laboren amb els ajuntaments en la prestació de serveis de salut pública són la Diputació de Barcelona, el Departament de Salut i l'Agència de Protecció de la Salut. Per a les activitats de sanitat ambiental, l'APS col·labora en un 35,6% dels municipis en la realització de les activitats del control sanitari d'aigües de consum humà, en un 34% dels casos per les activitats de prevenció de la legionel·losi i en un 21,3% per al control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència. Alhora, el Departament de Salut també col·labora en la realització d'aquestes mateixes activitats en una quarta part dels municipis aproximadament. La Diputació presta el seu suport de forma especial per a les activitats de control d'establiments de tatuatge, micropigmentació i pírcing i prevenció de legionel·losi on participa en un 26,5% dels municipis. Els altres actors que hi intervenen oferint suport a l'Ajuntament tenen una incidència menor.

Pel que fa a les activitats de gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues la Diputació col·labora en un 20-30% de les localitats i el Departament de Salut ho fa en un 7-10% dels municipis. D'altra banda, cal esmentar que per a aquest tipus d'activitat la categoria «altres xarxes» se situa al voltant del 15%, ja que alguns municipis esmenten la col·laboració amb empreses privades per la realització de l'activitat. Aquest fet mostra que els ajuntaments estan recorrent sovint als ens privats per a la realització d'aquestes actuacions, ja sigui concessionant tot o part del servei o bé realitzant contractes específics per dur terme activitats concretes.

En les activitats en seguretat alimentària, la Diputació és un ens que col·labora amb freqüència: ho fa en un 44,2% dels casos per al control dels establiments minoristes d'alimentació, en un 34,4% per al control dels mercats, en un 26,9% per al control de la restauració col·lectiva comercial i en un 20% per al control de la restauració col·lectiva social. El Departament de Salut també dóna suport en un nombre notable de municipis.

pis per al control dels establiments minoristes d'alimentació (32,7%) i en el control de restauració col·lectiva comercial (26%) i social (22%).

L'anàlisi de les xarxes de col·laboració que actuen en cada activitat ens permet detectar l'especialització dels ens com a actors col·laboradors per desenvolupar determinades activitats. Aquest fet porta a preguntar-nos quin és el pes que té cadascun dels actors col·laboradors en general. La taula 32 resumeix el percentatge que representa cada ens sobre el total de col·laboracions. Així, del total d'ens que col·laboren amb l'Ajuntament per realitzar activitats de protecció de la salut, la Diputació de Barcelona representa el 29,5% del total de les col·laboracions, seguit de l'APS, que representa el 28%, i del Departament de Salut, en un 22,9%. El fet que en el disseny inicial d'aquestes preguntes no s'hagués contemplat l'opció de l'APS com a ens col·laborador amb els ajuntaments en el ventall de respostes múltiples sinó al final, de forma agregada, fa difícil saber si les poblacions que han afirmat que cooperen amb el Departament de Salut es refereixen en concret a l'APS.

Les activitats de protecció de la salut es financen a través de recursos propis de l'Ajuntament i del suport econòmic d'altres ens. El qüestionari incloïa preguntes sobre quines eren les fonts de finançament per dur a terme cadascuna de les activitats de protecció de la salut. El fet que els ajuntaments puguin rebre finançament de diferents ens per a la realització d'una mateixa activitat és la causa que aquesta pregunta es configuri com a multiresposta i que, per tant, cada localitat pugui triar més d'una opció en cada cas. Les categories de resposta previstes eren les següents: Ajuntament, consorcis o mancomunitats, Consell Comarcal, Diputació de Barcelona, Departament de Salut i altres fonts de finançament. Si bé aquesta informació fixa quins són els principals ens que aporten recursos econòmics, no ens permet calcular la quantitat econòmica que representa aquesta col·laboració.

Les actuacions de l'àmbit de la sanitat ambiental es financen a través dels ajuntaments, el Departament de Salut i la Diputació de Barcelona, que hi participen en diferent grau. Així, tots els ajuntaments costegen la prevenció de la legionel·losi, un 95% aproximadament fa front a la despesa del control d'aigües de lleure, del control de les condicions higièniques i de salubritat dels llocs de convivència, i el 85,3% aporta recursos econò-

Taula 32. Ens col·laboradors en les activitats de protecció de la salut

	Freqüència	Percentatge
Diputació	122	29,5
APS	116	28,0
Departament de Salut	95	22,9
Entitats del municipi	47	11,4
Altres	34	8,2
Total	414	100,0

mics per al control d'establiments de pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing. Cal destacar l'important paper de la Diputació com a font de finançament per a determinades activitats, com la prevenció de la legionel·losi, en què col·labora amb el 94,1% de les localitats, i també té rellevància en el control sanitari de les platges (cal tenir en compte que per aquest servei es disposa de molt poques dades). El Departament de Salut també col·labora econòmicament en la major part de les activitats de protecció de la salut, tot i que per a cap actuació dóna suport econòmic a més del 15% dels municipis.

De manera semblant a les activitats en sanitat ambiental, les fonts per finançar les activitats en gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues provenen principalment de l'Ajuntament. Tots els municipis que gestionen el control integral de plagues des de l'àrea que centralitza les actuacions en salut pública aporten recursos econòmics per desenvolupar aquesta activitat, i un 97,8% ho fa per gestionar el control d'animals peridomèstics. La Diputació també col·labora en aquest àmbit en un nombre important de localitats: un 67,4% dels municipis rep suport econòmic d'aquest ens per al control dels animals peridomèstics i un 32,2% per a la gestió integral de plagues. El Departament de Salut aporta finançament només en dos municipis.

Pel que fa a l'àmbit de la seguretat alimentària, al voltant del 90% dels municipis finança amb recursos propis les activitats del control d'establiments minoristes d'alimentació, el control dels establiments de restauració col·lectiva comercial i el control sanitari dels mercats. Cal esmentar que aquest percentatge descendeix fins al 75% per al control dels establiments de restauració col·lectiva social. En aquest àmbit d'actuació pren especial rellevància la Diputació, que hi dóna suport econòmic en un percentatge molt important de municipis: col·labora en el 77,4% dels municipis per al control dels establiments minoristes d'alimentació, i en el 68,5% en els establiments de restauració col·lectiva comercial. A més a més, col·labora econòmicament en gairebé un 57% dels municipis en el control dels establiments de restauració col·lectiva social i en el control dels mercats sedentaris i ambulants. D'acord amb les dades obtingudes, el Departament de Salut no aporta finançament en més del 10% dels municipis per cap d'aquestes activitats. Tot i així, cal tenir present que s'ha previst que els municipis puguin encomanar la gestió de determinades activitats a l'Agència de Protecció de la Salut mitjançant un conveni.

Cal esmentar que el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, l'Associació Catalana de Municipis i Comarques i la Federació de Municipis de Catalunya van arribar a l'acord que aquests convenis entre els municipis i l'Agència de Protecció de la Salut no tindrien contraprestació econòmica.⁶ Per tant, tot i que no aporta recursos econòmics de manera directa, el Departament de Salut assumeix el cost econòmic que suposa la gestió de moltes de les activitats en protecció de la salut als municipis.

6. Pacte tercer del conveni subscrit el dia 11 de gener de 2006 entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, l'Associació Catalana de Municipis i Comarques i la Federació de Municipis de Catalunya.

La taula 33 resumeix la importància de cada font de finançament respecte del total d'ens que donen suport econòmic per les activitats en protecció. Així, del total d'ens que col·laboren econòmicament en les activitats d'aquest àmbit, el 62,2% són els ajuntaments, seguit de la Diputació, que representa el 32,6% del total, i del Departament de Salut, que suposa el 3,9% dels ens que ofereixen suport. Si es comparen aquestes dades amb la taula 33, relativa als ens col·laboradors en les activitats de protecció de la salut, s'observa que el paper de la Diputació i del Departament de Salut és diferent. La Diputació col·labora amb els municipis per al desenvolupament de les activitats de protecció de la salut aportant recursos tècnics, materials i econòmics. Ara bé, la seva incidència és major com a font de finançament per a la gestió d'activitats. En canvi, el paper del Departament de Salut com a ens que ofereix suport tècnic i material és força rellevant (si sumem les col·laboracions del Departament de Salut i de l'APS representen el 30% del total de col·laboracions). El fet que els convenis entre l'Agència de Protecció de la Salut i els municipis no continguin cap contraprestació econòmica impedeix conèixer l'aportació econòmica real que realitza aquest ens. Les dades obtingudes mostren l'existència d'una certa especialització dels ens o institucions que col·laboren amb els municipis. Així, mentre que el Departament de Salut aporta suport tècnic i material, la Diputació contribueix mitjançant suport econòmic.

Factors que influeixen en la cobertura de serveis en protecció de la salut

Com s'ha pogut observar al llarg dels apartats anteriors, tot i l'obligatorietat que tenen els municipis de prestar els serveis mínims en protecció de la salut, hi ha localitats on determinades activitats no queden cobertes, ja que cap tipus d'ens les està realitzant. Les actuacions que es desenvolupen en un percentatge menor de municipis són el control de mercats sedentaris i ambulants i el control de les condicions higièniques i de salubritat dels llocs de convivència que, segons la informació facilitada pel mateix departament municipal, no es duen a terme en 31 i 21 municipis, respectivament. Aquest fet indica que existeixen graus diferents de prestació de les activitats mínimes en salut pública en els municipis enquestats. L'objectiu del present apartat és analitzar

Taula 33. Distribució d'actuacions de finançament per ens d'origen en les activitats de protecció de la salut

	Freqüència	Percentatge
Ajuntament	468	62,2
Diputació	245	32,6
Departament de Salut	29	3,9
Altres	10	1,3
Total	752	100,0

aquests nivells de prestació dels serveis mínims i les característiques de les localitats en funció d'aquesta variable.

Per tal de construir una variable que resumeixi el nivell de prestació de cada municipi s'han tingut en compte els serveis mínims obligatoris detallats en l'article 52 de la Llei 18/2009, de salut pública. Cadascun d'aquests serveis s'ha traduït en una o més activitats que seran utilitzades com a indicadors del grau de prestació. El quadre 1 posa en relació els serveis que cobreixen cadascuna de les activitats i l'àmbit de gestió a què fan referència. Com es pot observar, es tenen en compte la major part dels serveis mínims inclosos en la Llei excepte el servei d'educació sanitària, el de policia sanitària mortuòria i els relacionats amb els animals domèstics i de companyia. El servei d'educació sanitària en l'àmbit de les competències locals no va ser inclòs en el llistat ja que és un servei transversal que pot fer referència a pràcticament tots els àmbits

Quadre 1. Àmbit de gestió, serveis i activitats en protecció de la salut

Àmbit de gestió	Servei	Activitat
Sanitat ambiental	Gestió del risc per a la salut derivat de la contaminació del medi	Prevenició de legionel·losi
	Gestió del risc per a la salut pel que fa a les aigües de consum públic	Control sanitari d'aigües de consum públic Control d'aigües de lleure
	Gestió del risc per a la salut als equipaments públics i als llocs habituals, incloses les piscines	Control de les condicions higièniques de salubritat de llocs de convivència Control de salubritat de les platges
	Gestió del risc per a la salut en les activitats de tatuatge, micropigmentació i pírcing	Control sanitari d'establiments de tatuatge, micropigmentació i pírcing
Animals salvatges urbans i plagues	Gestió del risc per a la salut derivat dels animals salvatges urbans i de les plagues	Control i gestió integral de plagues Control d'animals peridomèstics
Seguretat alimentària	Gestió del risc per a la salut derivat dels productes alimentaris	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació
		Control sanitari de restauració col·lectiva comercial
		Control sanitari de restauració col·lectiva social Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants

de gestió i tots els serveis. El servei de policia sanitària mortuòria tampoc no serà tingut en compte a l'hora de construir aquest indicador ja que el qüestionari tractava aquest servei des de la perspectiva departamental i no del municipi. Els serveis que cobreixen els animals de companyia tampoc no s'analitzaran, ja que queden exclosos de l'objecte d'estudi. L'activitat del control sanitari de platges, descrita en l'apartat anterior, tampoc no s'utilitzarà per construir aquesta variable, ja que aquest és un servei que no han de prestar tots els municipis.

Per tal de mesurar el nivell de prestació dels serveis mínims en protecció de la salut, s'ha construït una variable que és el resultat del sumatori de les activitats que es realitzen en protecció de la salut a cada localitat, independentment del mecanisme utilitzat per prestar-la (ajuntament, fórmules de cooperació municipal, dispensa o encàrrec de gestió a l'Agència de Protecció de la Salut). Els resultats de la variable que mesura el nombre d'activitats mínimes realitzades oscil·len entre quatre, per al nivell inferior de prestació, i onze per als casos en què es duen a terme totes les activitats en protecció de la salut. La mitjana d'actuacions realitzades és de 9,3, amb una desviació típica d'1,6, fet que mostra que, en general, la major part dels municipis presta entre vuit i onze activitats mínimes. Per tant, el nivell de compliment d'aquest tipus d'activitats és força elevat en els municipis observats. Per tal d'explicar els diferents nivells de prestació de les activitats en salut pública, la variable nombre d'activitats mínimes realitzades s'ha recodificat en tres categories, que són les següents:

- El nivell baix de prestació s'ha assignat a aquells municipis que duen a terme entre quatre i set activitats mínimes.
- El nivell mitjà suposa la realització de vuit o nou activitats d'aquest tipus.
- El nivell alt de prestació implica el desenvolupament de pràcticament totes les activitats mínimes en protecció de la salut (entre 10 i 11 activitats).

La taula 34 resumeix el nombre de municipis segons el nivell de prestació de les activitats mínimes en protecció de la salut. En més de la meitat dels municipis existeix un alt grau de compliment dels serveis mínims, ja que es realitzen entre deu i onze activitats mínimes. Un 36,4% de poblacions ha assolit un nivell mitjà de prestació i duu a terme entre vuit i nou activitats de les 11 obligatòries. Als municipis restants, que representen un 11,7% del total, es detecta un dèficit del desenvolupament de les activitats obligatòries en protecció, ja que només realitzen entre quatre i set activitats en matèria de salut pública. Aquest fet porta a qüestionar-nos quines característiques

Taula 34. Nombre de municipis segons nivell de prestació de les activitats mínimes

Nivell de prestació	Freqüència	Percentatge
Nivell baix	9	11,7
Nivell mitjà	28	36,4
Nivell alt	40	51,9
Total	77	100,0

Taula 35. Mitjana del nombre d'activitats mínimes segons grandària poblacional

Grandària poblacional	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
Entre 10.000 i 20.000 habitants	35	8,6	1,7	4,0	11,0
Entre 20.001 i 50.000 habitants	24	9,5	1,4	5,0	11,0
Entre 50.001 i 75.000 habitants	8	10,4	0,5	10,0	11,0
Més de 75.000 habitants	10	10,4	0,8	9,0	11,0

tenen aquests municipis i si la manca de recursos influeix en el nivell de prestació de serveis.

Per tal d'estudiar les característiques que tenen els municipis en funció del nivell de prestació dels serveis mínims en protecció de la salut, hem considerat, a banda de la «grandària poblacional», utilitzar algunes de les variables que s'han construït en l'apartat anterior. Les variables emprades són les següents:

- Grandària poblacional, que, ateses les circumstàncies, es tracta d'una característica molt rellevant.
- Els recursos organitzatius de què disposen les localitats per desenvolupar les actuacions en salut pública (departament i responsable).
- El nombre total de treballadors de l'equip en salut pública.
- El nombre total d'hores dedicades a la salut pública a l'Ajuntament.

Com es pot observar a la taula 35, la variable grandària poblacional explica de manera parcial un major compliment de les activitats mínimes en salut pública. Els municipis d'entre 10.000 i 20.000 habitants realitzen una mitjana de 8,6 activitats mínimes, xifra que ascendeix en un punt en les localitats d'entre 20.001 i 50.000 habitants. Els municipis d'una grandària superior, amb poblacions entre 50.001 i 75.000 habitants i més de 75.000 habitants, tenen una mitjana pràcticament idèntica, de 10,4 actuacions. D'altra banda, tots els municipis que presten entre quatre i set activitats es troben en les franges de població inferiors i la major part de les localitats majors de 50.000 habitants realitzen entre deu i onze activitats, i només dos municipis majors de 75.000 habitants en realitzen vuit o nou. Cal subratllar que el grup de municipis que es comporta de forma més heterogènia és el que té entre 10.000 i 20.000 habitants, on existeix una diversitat important en la prestació dels serveis mínims en salut pública.

Les diferències existents en el nivell de prestació dels serveis mínims en l'àmbit de protecció de la salut es fan visibles en el tipus de recursos organitzatius de què disposen els municipis enquestats. La taula 36 mostra que els municipis que disposen de les dues estructures organitzatives que s'han definit (departament i responsable en salut pública) tenen nivells de prestació d'activitats en salut més elevats. Així, el 66% de localitats que tenen ambdós recursos tenen un nivell alt de prestació i el 27,7% té un nivell mitjà. Les poblacions restants, que no disposen d'alguna estructura organit-

Taula 36. Nombre de municipis segons nivell de prestació en protecció de la salut i recursos organitzatius

Nivell de prestació	Departament i responsable en salut pública	Departament o responsable en salut pública	Sense departament ni responsable en salut pública	Total
Nivell baix	3	3	3	9
Nivell mitjà	13	10	5	28
Nivell alt	31	8	3	40
Total	47	19	11	77

zativa o de cap de les dues, tenen nivells de prestació més baixos i el gruix important de municipis se situa en el nivell mitjà de prestació. Aquestes dades són força coherents si es té en compte que, com ja havíem vist, els municipis que concentren més població són els que acostumen a disposar d'estructures tècniques i administratives amb més freqüència. Ara bé, si es realitza el mateix càlcul sense tenir en compte la grandària del municipi, s'observa que aquesta tendència és manté tot i que en menor mesura. Així, en els municipis d'entre 10.000 i 20.000 habitants les diferències s'estableixen especialment entre les poblacions que tenen recursos i les que no en tenen. Tot i així, cal recordar que els municipis que no tenen departament ni responsable en salut només són 11, i que 10 se situen en aquest tram de població. En el grup de municipis amb poblacions entre 20.001 i 50.000 habitants, la mitjana dels serveis que es presten es diferencia en un punt entre les localitats amb estructures tècniques i organitzatives i les que disposen d'algun d'aquests recursos. Altres dades rellevants són les següents: tres municipis que no disposen ni de departament ni de responsable en salut realitzen entre 10 i 11 activitats, i cinc en realitzen entre vuit i nou. De manera inversa, tres municipis que disposen dels dos recursos organitzatius tenen nivells de prestació baixos. Per tant, si bé els municipis que disposen de recursos organitzatius per desenvolupar les activitats en salut pública tendeixen a tenir nivells de prestació més elevats que la resta, aquest fet no garanteix amb total seguretat un desenvolupament de totes les activitats mínimes.

Pel que fa als equips que treballen en salut pública, les dades recollides a la taula 37 apunten que els municipis que disposen d'un equip de treballadors més ampli tenen un nivell de prestació de serveis en protecció de la salut més elevat. Tot i així, cal tenir present que les diferències entre els grups són petites i se situen en mig punt, aproximadament. Així, els municipis amb equips formats per una o dues persones realitzen una mitjana de 8,8 activitats, i els equips amb tres o quatre treballadors duen a terme una mitjana de 9,5 activitats. Aquest indicador s'incrementa en els municipis que tenen equips formats per entre cinc i nou i per més de nou persones fins a 9,8 i 10,5, respectivament. Les quatre localitats sense personal propi al servei de salut pública realitzen entre sis i onze activitats. Aquesta dada no deixa de sorprendre si tenim en compte que dues d'aquestes localitats havien manifestat no disposar de cap tipus de

Taula 37. Mitjana del nombre d'activitats mínimes realitzades segons composició de l'equip de salut pública

Nombre total de treballadors	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
Sense personal	4	8,2	2,1	9	11
Entre 1 i 2 persones	35	8,8	1,6	6	11
Entre 3 i 4 persones	19	9,5	1,2	7	11
Entre 5 i 9 persones	10	9,8	1,8	5	11
Més de 9 persones	9	10,6	0,7	9	11

personal que realitzés funcions en salut pública. Cal recordar que les altres dues disposaven de personal extern per a la gestió d'aquestes activitats.

La taula 38 mostra com el grau de prestació d'activitats en salut creix a mesura que augmenta el nombre d'hores de dedicació. Els municipis amb un grau de dedicació més elevada són els que es comporten de forma més homogènia i, en canvi, els que tenen una dedicació menor a la salut pública tenen un ventall més ampli de graus de prestació d'activitats.

Aquestes dades semblen confirmar que els municipis amb una major disponibilitat de recursos humans dedicats a la salut pública se situen en les franges de població més elevades i que, alhora, com acabem de veure, els municipis amb una grandària superior són els que tenen nivells més elevats de prestació. Així, quan s'extreu el factor poblacional, si es comparen els grups amb un nombre diferent de recursos, ja sigui persones que formen part de l'equip, hores de dedicació o especialització, les diferències es fan més difuses i en molts casos només es pot parlar de mitjanes distintes entre els grups que disposen del nombre mínim i màxim de recursos. Cal tenir en compte també que, en aquests casos, el nombre de municipis que conforma cada grup és molt més reduït.

La composició dels equips en salut pública segons la categoria professional sembla influir en el nivell de prestació dels serveis de protecció de la salut. S'observa que els municipis amb equips formats per una sola categoria professional tenen un nivell de prestació d'activitats inferior a les localitats amb equips mixtos. També s'estableixen diferències entre les poblacions amb un únic perfil professional: els municipis amb perfils tècnics assoleixen una mitjana de 9,1 serveis, un punt per sobre de les localitats amb perfils únicament administratius. Aquest grup està format únicament per vuit casos, així que aquestes interpretacions s'han de llegir amb les precaucions metodològiques adients. Les poblacions amb perfils tècnics i administratius tenen una mitjana de prestació de 9,6 activitats mínimes, i els municipis amb perfils tècnics, administratius i amb altres categories són els que tenen una mitjana més alta, situada en 10,2 activitats mínimes.

Taula 38. Mitjana d'activitats mínimes realitzades segons nombre d'hores setmanals dedicades a salut pública

Hores setmanals	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
Entre 1 i 24 hores setmanals	17	8,5	1,9	4	11
Entre 25 i 49 hores setmanals	24	9	1,6	5	11
Entre 50 i 99 hores setmanals	11	9,4	1,2	8	11
Més de 100 hores setmanals	21	10,4	0,7	9	11

En definitiva, la realització dels serveis mínims previstos en la Llei 18/2009, de salut pública, no es duu a terme de forma homogènia en totes les localitats enquestades, tot i que a nivell general existeix un nivell mitjà-alt de prestació de les activitats mínimes als municipis observats ja que la mitjana se situa en 9,3 serveis i més de la meitat de poblacions realitza 10 o 11 actuacions obligatòries. Les diferències dels nivells de prestació de serveis depenen principalment de la grandària poblacional del municipi. Altres variables, com els recursos organitzatius i humans de què disposa cada municipi, hi influeixen de forma més tímida. Aquest fet és coherent si es té en compte que, com s'ha observat més amunt, alguns municipis han delegat o encomanat la prestació de serveis en altres ens i, per tant, compten amb recursos que no són propis per desenvolupar aquestes activitats. Aquest tema és el que es tractarà en l'epígraf següent.

Actors col·laboradors en la prestació de serveis en matèria de protecció de la salut

El present apartat té com a objectiu descriure quins són els principals ens, a banda dels municipis, que actuen com a col·laboradors en la prestació de serveis en matèria de protecció de la salut i quina és la seva incidència. Per fer-ho s'analitzaran els ens sobre els quals els municipis han dispensat els serveis en protecció de la salut i es descriuran els instruments de cooperació municipals, emprats, així com la col·laboració dels municipis amb els ens especialitzats en protecció de la salut.

Com ja s'ha esmentat anteriorment, les formes de cooperació municipal i la dispensa dels serveis obligatoris són fórmules de prestació que s'han utilitzat amb molt poca freqüència per a la prestació de serveis en matèria de salut pública. Només en quatre municipis, que representen un 5,2% del total, algun consorci, mancomunitat o comunitat de municipis presta entre un i dos serveis en matèria de protecció. El baix percentatge de municipis que forma part d'alguna mancomunitat, consorci o comunitat de municipis que presta serveis en protecció de la salut corrobora aquesta informació: un 16% dels municipis participa en alguna mancomunitat que realitza activitats en protecció de la salut i un 18,2% ho fa en un consorci d'aquest tipus. Pel que fa a la dispensa dels serveis mínims obligatoris, les dades també tenen poca incidència: cinc

Taula 39. Mitjana d'activitats mínimes realitzades segons categoria professional dels equips en salut pública

Categoria professional	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
Administratius	8	7,9	1,9	4	11
Tècnics	24	9,1	1,6	5	11
Tècnics i administratius	31	9,6	1,2	8	11
Tècnics, administratius i altres categories	9	10,2	0,7	9	11

municipis, que representen un 6,5% del total, han dispensat entre un i sis serveis en protecció de la salut. La major part d'aquests s'han dispensat en el Consell Comarcal i en algun cas, en l'Entitat Metropolitana. En definitiva, tot i que aquestes fórmules de prestació de serveis públics són utilitzades habitualment pels municipis en la prestació d'altres serveis públics, en la salut pública tenen una incidència molt poc rellevant.

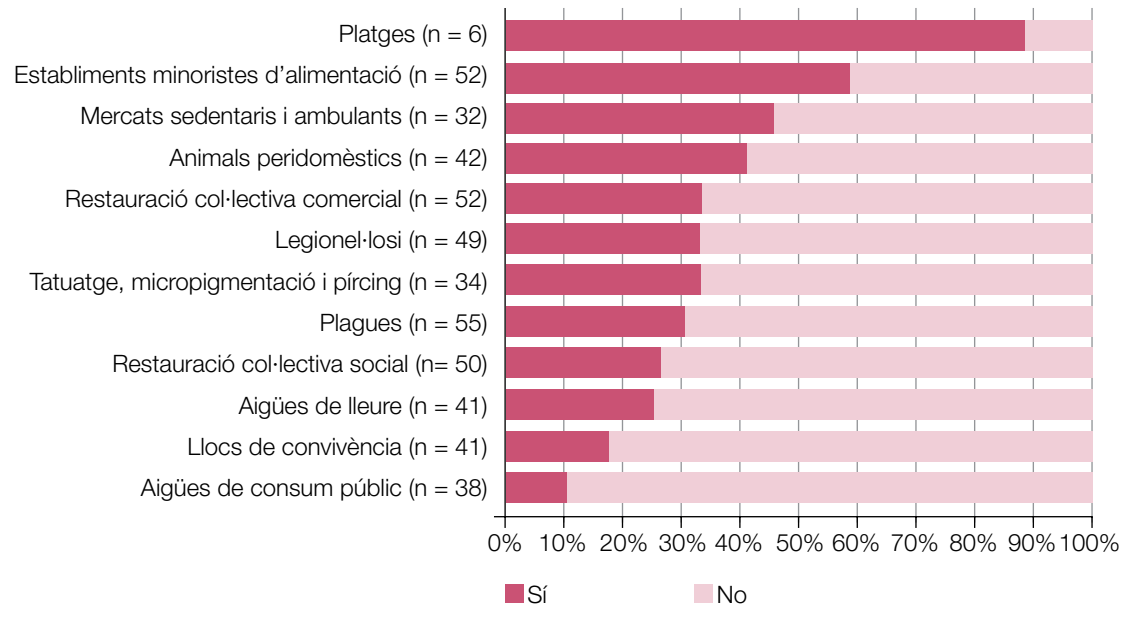
La Diputació de Barcelona, ens de suport tècnic, material i econòmic

Tal com s'ha pogut observar al llarg d'aquest capítol, davant la complexitat que suposa el compliment de les competències locals mínimes en salut pública, els municipis han rebut suport material, tècnic i econòmic mitjançant determinats ens supramunicipals com la Diputació de Barcelona. Aquest ens ha treballat estretament amb les localitats per tal d'oferir-los complicitat i suport tot fomentant el desenvolupament de determinades activitats.

Amb relació a la Diputació de Barcelona, el gràfic 4 mostra el percentatge vàlid⁷ de municipis que han afirmat rebre aquest tipus de suport en el desenvolupament de cadascuna de les activitats en protecció de la salut. El nombre de respostes obtingudes (n) depèn dels ajuntaments que presten les activitats des del departament municipal que centralitza les actuacions en salut pública. Per a la seva lectura, cal tenir present que, per a determinades activitats, com el control de salubritat de platges, es disposa d'un nombre reduït de dades. Com es pot veure, les activitats on la Diputació presta més suport als municipis són el control de salubritat de les platges, el control sanitari dels establiments minoristes d'alimentació i el control sanitari de mercats sedentaris i ambulants.

Tot i que aquests percentatges se situen al voltant del 25% per a la major part d'activitats, no pot passar per alt, el fet que la Diputació de Barcelona col·labori en un

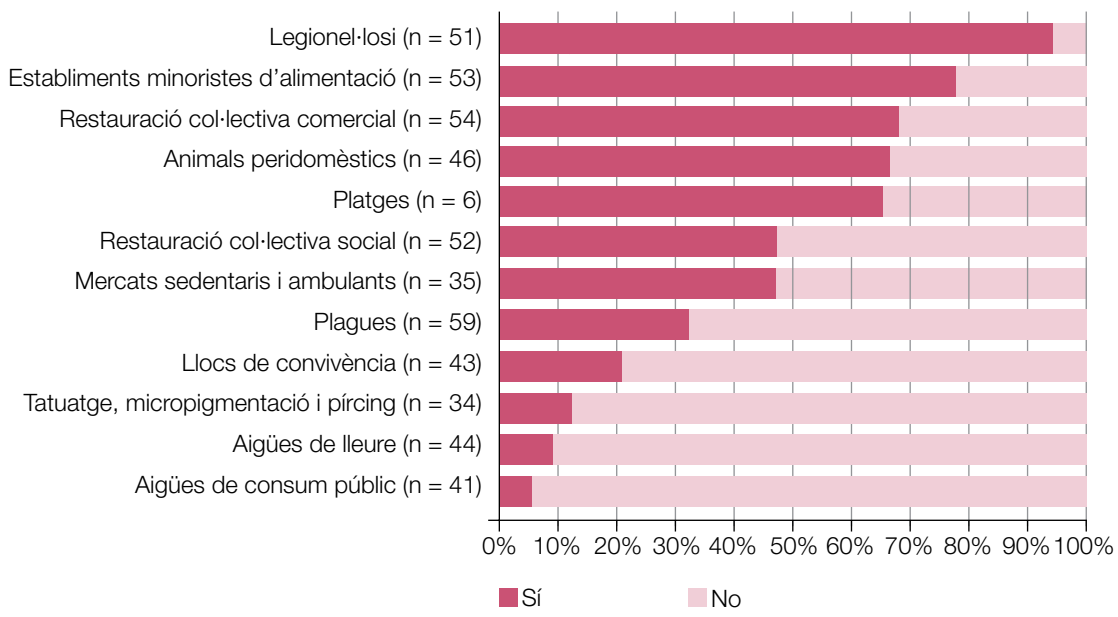
7. Percentatge calculat a partir del total de respostes vàlides, sense tenir en compte les opcions no sap o no respon.

Gràfic 4. Percentatge de municipis on la Diputació de Barcelona dona suport segons activitats en protecció de la salut

nombre important de municipis per a la realització de tot tipus d'activitats en protecció de la salut, ja sigui en l'àmbit de la sanitat ambiental, la gestió del risc dels animals peridomèstics i les plagues o en el de la seguretat alimentària. En definitiva, aquestes dades reflecteixen l'esforç que ha fet aquest ens supramunicipal per tal de facilitar les funcions dels municipis en un àmbit de gestió molt tecnificat i sovint complex.

Ara bé, la Diputació de Barcelona destaca més en el seu paper com a ens que ofereix suport econòmic als municipis que en la col·laboració directa d'activitats. Si es compara el gràfic 5 amb el gràfic 4, s'observa la seva importància com a ens que facilita suport econòmic als municipis. Així, en set de dotze activitats en protecció de la salut, la Diputació aporta finançament en més del 50% dels ajuntaments. Alhora, es mostra cert interès en el foment de les activitats de seguretat alimentària. De les set actuacions on aporta finançament en més del 50% dels municipis, quatre se situen en l'àmbit de la seguretat alimentària. Aquestes dades sembla que apunten al fet que aquest ens supramunicipal ha fomentat amb més freqüència la realització d'aquelles activitats on, d'acord amb les dades obtingudes, s'havia detectat un grau de prestació menys elevat. D'altra banda, cal destacar que aporta recursos econòmics per a la gestió del risc de la legionel·losi en un 94,1% de localitats i per al control dels establiments minoristes d'alimentació en un 77,4%. A l'altre extrem, pel que fa al control dels establiments de tatuatge, micropigmentació i pírcing, el control d'aigües de lleure i el control d'aigües de consum públic, la seva aportació no supera el 15% de localitats.

En definitiva, davant la complexitat i tecnificació que impliquen moltes de les actuacions que han de desenvolupar els municipis en l'àmbit de protecció de la salut, la

Gràfic 5. Percentatge de municipis on la Diputació de Barcelona aporta finançament segons activitats en protecció de la salut

Diputació de Barcelona ha fet un esforç per tal d'incentivar i fomentar les activitats mínimes en aquest àmbit. Per fer-ho, ha col·laborat amb els ajuntaments facilitant-los recursos tècnics, materials i especialment econòmics. Alhora, destaca la importància que ha atorgat a les activitats en seguretat alimentària, les quals es presten amb menor freqüència.

Els consells comarcals

La Llei 15/1990, d'ordenació sanitària, va assignar als consells comarcals un paper rellevant en l'àmbit de la salut pública. Aquests es van configurar com a ens competents per «Fer activitats i prestar serveis sanitaris d'interès supramunicipal, especialment els referents al control sanitari del medi ambient, la salubritat pública, l'epidemiologia i la salut pública en general» (article 66, 1b, Llei 15/1990, d'ordenació sanitària). A més a més, la Llei també va preveure que els municipis poguessin delegar-los o assignar-los les seves competències en aquesta matèria.

Tot i que aquest estudi no se centra en el paper dels consells comarcals, i per tant no es disposa d'informació sobre quines són les actuacions que estan duent a terme en aquest àmbit, les dades apunten a una incidència molt reduïda d'aquest actor en la salut pública.

Els consells comarcals apareixen principalment com a actors en els quals s'han dispensat certes activitats mínimes en protecció de la salut. La taula 40 mostra el nombre

Taula 40. Nombre de municipis que han dispensat en el Consell Comarcal activitats mínimes

Activitat	Sí	No	Total
Legionel·losi	0	77	77
Aigües de consum públic	1	71	72
Llocs de convivència	2	54	56
Aigües de lleure	1	71	72
Platges	0	20	20
Tatuatge, micropigmentació i pírcing	2	39	41
Plagues	1	76	77
Animals peridomèstics	2	65	67
Establiments minoristes d'alimentació	5	64	69
Restauració col·lectiva comercial	3	66	69
Restauració col·lectiva social	1	68	69
Mercats sedentaris i ambulants	1	45	46

de poblacions que han dispensat en els consells comarcals les activitats en protecció de la salut. Com es pot observar, l'impacte d'aquests ens supramunicipals com a proveïdors de serveis en salut pública és força reduït. L'activitat que s'ha dispensat amb més freqüència en aquest ens és el control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació i el control dels establiments de restauració col·lectiva comercial, que s'han dispensant en 5 i 3 localitats, respectivament.

D'altra banda, pel que fa al suport tècnic, material i econòmic, el paper dels consells comarcals tampoc no té especial rellevància. D'una banda, aquests ens en cap cas aporten recursos econòmics de manera directa als municipis per finançar les activitats en protecció de la salut. De l'altra, aquests apareixen citats en un cas com a ens col·laboradors en la prestació dels serveis següents: la prevenció de la legionel·losi, el control d'animals peridomèstics, el control d'establiments minoristes d'alimentació i el control d'establiments de restauració col·lectiva comercial i social.

En definitiva, amb la informació disponible, i tenint en compte que l'objecte d'aquest estudi no és l'avaluació del paper dels consells comarcals, les dades apunten a un desenvolupament reduït de les seves funcions com a ens col·laboradors amb els municipis. Aquest fet es podria explicar per la presència d'altres actors, més especialitzats en aquest àmbit, que presten suport als municipis. Un d'aquests ens és l'Agència de Protecció de la Salut, de la qual es parlarà a continuació.

L'Agència de Protecció de Salut, actor fonamental en la prestació de serveis

L'Agència de Protecció de la Salut (APS) és un organisme autònom administratiu adscrit al Departament de Salut que es va crear amb l'aprovació de la Llei 7/2003, de protecció de la salut, amb «l'objectiu d'integrar tots els serveis i les activitats referits a la protecció de la salut i coordinar-los amb la resta d'organismes de protecció de la salut, amb la finalitat de protegir la població dels factors ambientals i alimentaris que poden produir un efecte negatiu en la salut de les persones» (Llei 7/2003, de protecció de la salut). L'Agència de Protecció de la Salut té una estructura descentralitzada en demarcacions territorials anomenades serveis regionals. Els serveis regionals coincideixen amb les regions sanitàries del Servei Català de la Salut. Entre altres funcions, l'Agència de Protecció de la Salut ha de facilitar el suport tècnic als ajuntaments i als consells comarcals en la prestació dels serveis en protecció de la salut (ja siguin serveis propis o no). De la mateixa manera, l'Agència també ha de complir amb la prestació dels serveis mínims en protecció de la salut d'aquells ajuntaments i ens locals que li encomanin la seva gestió a través de convenis entre ambdues administracions. Cal tenir present, però, que la Llei 18/2009, amb la creació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), ha previst l'extinció d'aquest instrument. De tota manera, els municipis podran continuar encomanant els serveis en protecció de la salut a l'ASPCAT.

Com es pot observar en la taula 41, els municipis han recorregut sovint aquest instrument en la realització d'activitats en protecció de la salut. Com ja s'ha observat anteriorment, l'Agència de Protecció de la Salut efectua la gestió de determinades activitats en protecció de la salut i també actua com a ens col·laborador realitzant el suport tècnic a aquelles localitats que ho necessiten. La taula 41 resumeix el nombre de municipis on l'Agència de Protecció de la Salut és l'únic ens que intervé en aquella activitat i on, per tant, el municipi no participa en la prestació del servei. El nombre total de localitats depèn del nombre de municipis que presta cadascun dels serveis. Com es pot observar, aquest ens té especial incidència com a únic actor proveïdor de serveis en les activitats de l'àmbit de la seguretat alimentària i, en menor mesura, en les activitats en sanitat ambiental. Ho mostra el fet que 22 municipis li han encomanat el control d'establiments de restauració col·lectiva social, 15 el control de restauració col·lectiva comercial, 12 el control d'establiments minoristes d'alimentació, onze el control d'aigües de consum públic i nou el control de les condicions higièniques i de salubritat dels llocs de convivència.

L'APS té poca rellevància com a ens proveïdor del control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing, del control d'aigües de lleure, de prevenció de legionel·losi i de control de mercats sedentaris i ambulants. D'altra banda, no gestiona cap activitat de gestió del risc per a la salut derivat dels animals peri-domèstics i de les plagues i del control de salubritat de platges. Aquestes xifres col·loquen l'Agència de Protecció de la Salut com l'ens més important en la prestació de serveis mínims i explica que altres instruments de gestió més freqüents en la prestació d'altres serveis públics de caràcter local, com per exemple les diferents fórmules

Taula 41. Nombre de municipis que han encomanat la gestió integral del servei a l'Agència de Protecció de la Salut

Activitats	Sí	No	Total
Control d'establiments de restauració col·lectiva social	22	47	69
Control d'establiments de restauració col·lectiva comercial	15	54	69
Control d'establiments minoristes d'alimentació	12	57	69
Control sanitari d'aigües de consum públic	11	61	72
Control de condicions higièniques i de salubritat i llocs de convivència	9	47	56
Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing	5	36	41
Control d'aigües de lleure	3	69	72
Prevenició de legionel·losi	2	75	77
Control de mercats sedentaris i ambulants	2	44	46
Control de salubritat de les platges	0	20	20
Control i gestió integral de plagues	0	77	77
Control d'animals peridomèstics	0	67	67

existents de cooperació municipal, tinguin un impacte mínim en la gestió de la salut pública.

També s'ha obtingut informació addicional sobre la importància d'aquest ens per mitjà de la pregunta relativa a l'existència d'un conveni de col·laboració amb l'Agència de Protecció de la Salut. Per a l'anàlisi d'aquesta pregunta cal tenir en compte que s'han detectat municipis on, tot i que no s'ha signat el conveni de col·laboració, existeix relació entre ambdues administracions. Les dades reflecteixen que 47 municipis, que representen el 61% del total de localitats enquestades, han signat algun conveni de col·laboració amb aquest ens. Els resultats dibuixen l'APS com un actor més rellevant en la realització d'activitats de forma conjunta amb els municipis que no pas com a únic ens proveïdor de serveis en protecció de la salut a les localitats. La taula 42 recull el nombre de municipis que han signat un conveni amb l'Agència de Protecció de la Salut per a la prestació de determinats serveis obligatoris. El total de municipis depèn del nombre de casos vàlids que han respost per a cada servei. Com es pot veure, no tots els municipis tenien coneixement de les matèries per a les que s'havia signat un conveni.

L'APS ha signat un conveni amb els municipis especialment per la realització d'activitats de seguretat alimentària i sanitat ambiental, àmbits en els quals ja tenia especial incidència com a únic proveïdor als municipis. Així, col·labora amb 39 municipis per al

Taula 42. Nombre de municipis que han signat un conveni amb l'Agència de Protecció de la Salut

Activitats	Sí	No	Total
Control d'establiments de restauració col·lectiva comercial	39	7	46
Control d'establiments de restauració col·lectiva social	37	9	46
Control sanitari d'aigües de consum públic	36	10	46
Control d'establiments minoristes d'alimentació	32	14	46
Control de condicions higièniques i de salubritat i llocs de convivència	28	18	46
Prevenició de legionel·losi	19	27	46
Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing	15	31	46
Control d'aigües de lleure	12	33	45
Control de mercats sedentaris i ambulants	6	39	45
Control i gestió integral de plagues	2	43	45
Control de salubritat de les platges	1	44	45
Control d'animals peridomèstics	0	44	44

control d'establiments de restauració col·lectiva comercial, en 37 per al control d'establiments de restauració col·lectiva social, en 36 per al control sanitari d'aigües de consum públic, en 32 per al control d'establiments minoristes d'alimentació i en 28 per al control de les condicions higièniques i de salubritat i llocs de convivència. En menor mesura, però de forma notable, també intervé en les activitats de la prevenició de la legionel·losi, el control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing i el control d'aigües de lleure. Tal com ja s'ha fet visible en la descripció d'activitats, la incidència d'aquest ens en les activitats relacionades amb els animals peridomèstics i les plagues i amb el control sanitari de platges la seva incidència és pràcticament mínima. Tot i que el nombre de municipis que han respost en cada cas és diferent, aquestes xifres mostren que entre el 40 i el 50% del total de municipis han sol·licitat la col·laboració de l'APS per prestar activitats en l'àmbit de la seguretat alimentària i que en més d'una quarta part de municipis dona suport en la gestió d'activitats com el control d'aigües de lleure, el control d'aigües de consum públic i el control de les condicions higièniques i de salubritat dels llocs de convivència. Per a aquestes dues darreres activitats en l'àmbit de la sanitat ambiental, l'APS també hi incideix com a única prestadora de serveis.

D'altra banda, el qüestionari també preguntava sobre la previsió d'encomanar serveis en salut pública a la futura Agència de Salut Pública de Catalunya. Les dades mostren

que 27 localitats han previst encomanar-li serveis en protecció de la salut, 13 de les quals no han signat cap conveni amb l'actual APS. Per tant, aquestes xifres reflecteixen, un cop més, la capacitat limitada dels municipis per prestar totes les activitats que s'han establert com a obligatòries. Aquest fet no és sorprenent si es tenen en compte els recursos municipals disponibles i l'alt grau de tecnificació i especialització que suposa el compliment de les competències obligatòries locals en matèria de salut pública. Tot i així, els municipis han fet un esforç notable per tal d'assolir nivells alts de prestació mitjançant els mecanismes previstos en la Llei.

La importància de l'APS com a actor que col·labora amb els municipis en la prestació de serveis en protecció de la salut porta a preguntar-nos en quin grau els municipis han sol·licitat el suport d'aquest ens i si aquesta col·laboració incideix en el nombre de serveis realitzats en cada municipi. Amb aquest objectiu s'ha creat una variable quantitativa que recull el nombre de serveis per als quals s'ha signat conveni amb l'APS en cadascuna de les localitats. La variable oscil·la entre un, per a aquells municipis que han encomanat un servei a l'Agència de Protecció de la Salut, i nou que és el nombre màxim de serveis encomanats a l'APS. La mitjana de serveis encomanats és de cinc activitats, amb una desviació típica de 2,1. Tal com es pot observar en la taula 43, pràcticament la meitat dels municipis que han signat un conveni amb l'APS ha acordat el suport en cinc o sis activitats. És a dir, tot i que no totes les localitats enquestades han signat algun conveni amb l'APS, les que han sol·licitat col·laboració ho fan per un nombre destacat d'actuacions. Com s'ha esmentat anteriorment, el llistat de serveis mínims està format per 11 activitats i, per tant, per a aquests casos l'APS està oferint suport per a la realització de pràcticament la meitat de les actuacions obligatòries.

Malgrat l'alt percentatge d'actuacions en què l'APS dóna suport als municipis, cal recordar l'existència de 36 municipis que no han signat cap conveni amb l'Agència de Protecció de la Salut. Tot i així, d'aquests 36 municipis, vuit van manifestar que havien encomanat la prestació d'alguns serveis a l'APS. Aquesta incongruència, que ja havia estat detectada durant la realització del treball de camp, es deu al fet que l'APS realitza algunes activitats tot i que encara no hagi signat cap conveni. Per tant, aquestes dades han de ser analitzades amb certes precaucions. Paral·lelament a la signatura

Taula 43. Nombre de municipis segons activitats encomandes a l'Agència de Protecció de la Salut mitjançant un conveni

Nombre d'activitats	Freqüència	Percentatge
Entre 1 i 2 activitats	5	12,2
Entre 3 i 4 activitats	10	24,4
Entre 5 i 6 activitats	18	43,9
Més de 6 activitats	8	19,5
Total	41	100,0

de convenis, i com ja havia previst la Llei de protecció de la salut, alguns municipis han manifestat establir xarxes de col·laboració amb l'APS per al suport tècnic de la realització d'actuacions en protecció.

El fet que determinats municipis hagin signat un conveni de col·laboració porta a preguntar-nos quines característiques tenen i si aquesta variable influeix en el seu nivell de prestació. Si s'analitzen els municipis en funció de la seva grandària poblacional, s'observa que s'han signat convenis amb municipis de tots els trams, tot i que sembla que existeix una certa tendència que els municipis mitjans siguin els que formalitzen amb més freqüència la col·laboració de l'APS mitjançant un conveni: el 51,4% de localitats amb una població compresa entre 10.000 i 20.000 habitants ha signat conveni, ho ha fet el 75% de localitats entre 20.001 i 50.000 habitants i el 62,5% i el 60% de les que tenen entre 50.001 i 75.000 habitants i les més grans de 75.000. D'altra banda, les dades reflecteixen nivells de prestació més elevats en aquells municipis que han formalitzat la seva relació amb l'APS: les localitats que han signat un conveni amb aquest ens tenen una mitjana que se situa en 9,7 serveis, un punt per sobre de la mitjana dels municipis que no han signat cap conveni. La taula 44 mostra la mitjana, el mínim, el màxim i la desviació típica per a aquesta variable i permet observar que els municipis que han signat un conveni amb l'APS tendeixen a comportar-se de forma més homogènia. Aquesta informació es visualitza a través de la desviació típica, índex estadístic que indica la dispersió de les dades en aquell grup de municipis; aquest indicador és inferior per al grup de localitats que han signat un conveni amb l'APS, fet que mostra que les mitjanes d'activitats mínimes de cada població són més semblants entre les poblacions que han signat un conveni amb l'APS que les que no ho han fet.

En resum, l'Agència de Protecció de la Salut és un actor fonamental en la prestació de serveis de protecció de la salut. Els seu àmbit principal d'actuació és la seguretat alimentària, tot i que també intervé amb freqüència en les activitats en sanitat ambiental, especialment pel que fa al control d'aigües de consum públic i al control de les condicions higièniques i de salubritat dels llocs de convivència. La informació dels municipis que han manifestat que l'APS realitza tota l'activitat en aquell municipi i la signatura dels convenis de col·laboració posen en relleu el paper fonamental de l'APS com a proveïdora de serveis. Tot i les limitacions d'algunes dades, la intervenció d'aquest ens, que participa en diferents tipus de municipis amb característiques molt distintes entre ells, visualitza les capacitats limitades que tenen els municipis per prestar les competències locals en salut pública i l'esforç que han realitzat per complir amb els serveis mínims assignats a través dels mecanismes previstos en la Llei.

Taula 44. Mitjana municipal d'activitats mínimes realitzades segons existència de conveni amb l'APS

	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
Amb conveni	47	9,7	1,2	7	11
Sense conveni	29	8,8	1,9	4	11

Els serveis en matèria de salut pública més enllà dels serveis mínims

Paral·lelament als serveis mínims, els municipis són competents per «promoure, en el marc de les legislacions sectorials, aquelles activitats i prestar serveis sanitaris necessaris per tal de satisfer les necessitats i les aspiracions de llur comunitat de veïns» (article 68, c, de la Llei 15/1990, d'ordenació sanitària). A més a més, també podran realitzar activitats complementàries que són pròpies d'altres administracions públiques i, en particular, les que fan referència a l'educació sanitària, l'habitatge, la protecció del medi i de l'esport. Per tant, la Llei fa als municipis competents per prestar tres tipus de serveis: els serveis mínims que comprenen principalment les activitats en protecció de la salut, analitzades en el capítol anterior, i els serveis més enllà d'aquests, que poden ser serveis no definits com a serveis mínims o bé activitats pròpies d'altres administracions. La descripció de les actuacions més enllà dels serveis mínims són l'objecte principal d'aquest capítol.

Serveis en promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Aquest apartat descriu les activitats dutes a terme pels municipis enquestats que es realitzen més enllà dels serveis mínims en l'àmbit de la promoció de la salut i de la prevenció de la malaltia i es comparen amb les activitats mínimes obligatòries. La informació recollida sobre aquests serveis és la mateixa que per als serveis en matèria de protecció de la salut i fa referència a la forma de prestació i de gestió, a les xarxes de col·laboració, al personal, als recursos propis utilitzats i a les fonts de finançament.

Les activitats més enllà dels serveis mínims se situen en els àmbits de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia. S'entén per promoció de la salut «les actuacions, prestacions i serveis destinats a fomentar la salut individual i col·lectiva i a impulsar l'adopció d'estils de vida saludable per mitjà de les intervencions adequades en matèria d'informació, comunicació i educació sanitàries» (article 2, k de la Llei 18/2009, de salut pública). La prevenció de la malaltia engloba aquelles «actuacions, prestacions i serveis destinats a reduir la incidència de malalties específiques i de llurs factors de risc per mitjà d'accions individuals i col·lectives de vacunació, immunització passiva, consell i tractament precoç» (article 2, i, de la Llei 18/2009, de salut pública). El llistat d'activitats en promoció de la salut, utilitzat com a indicador dels serveis en aquest àmbit, va ser elaborat a partir d'estudis anteriors⁸ i de les aportacions realitzades des del Servei de Salut Pública de la Diputació de Barcelona. El quadre 2 detalla les activitats analitzades.

Quadre 2. Àmbits i activitats en promoció i prevenció de la malaltia

Àmbit	Activitats
Promoció de la salut i prevenció de la malaltia	Alimentació i nutrició Activitat física i salut Afectivitat i sexualitat Salut mental Prevenció d'accidents i primeres cures Abús de substàncies addictives legals, com l'alcohol o el tabac Ús de substàncies addictives il·legals Salut bucodental Activitats no diferenciades

De manera similar a com succeïa en l'àmbit de protecció de la salut, les actuacions que fan referència a la promoció i la prevenció de la malaltia són molt diferents entre si i engloben temàtiques totalment diverses. En alguns d'aquests casos, són generalistes i es dirigeixen a la població sense distinció de cap col·lectiu; en altres casos, en canvi, estan enfocades a col·lectius específics com els infants, els adolescents, la població adulta o la gent gran. Cal destacar la importància del col·lectiu adolescent com un dels principals destinataris de les activitats d'aquest àmbit.

Les actuacions en matèria d'afectivitat i sexualitat s'orienten en el 97,9% dels municipis a l'adolescència. De la mateixa manera, les actuacions relacionades amb el consum de substàncies addictives (ja siguin legals o il·legals) també s'enfoquen als adolescents en un 89,8 i un 88,6% dels casos. Tot i que en menor mesura, en un 79,7% i un 63% respectivament, la promoció d'hàbits saludables d'alimentació i nutrició i la prevenció d'accidents i primeres cures també es dirigeixen a aquest col·lectiu. La infància també és un dels receptors principals d'aquestes actuacions: la promoció d'hàbits saludables en alimentació i nutrició i les relacionades amb la salut bucodental es dirigeixen als infants en un 88,1 i un 97,9% respectivament. En canvi, les actuacions de promoció de l'activitat física i l'esport estan enfocades a la gent gran en un 66,7% de les localitats. Alhora, algunes d'aquestes activitats tenen una finalitat més generalista: en un 75% dels casos les actuacions d'activitat física i salut van dirigides a la població sense distinció de cap col·lectiu específic i també el 60% de les activitats en salut mental. El principal receptor de les activitats no diferenciades també es la població general tot i que també es realitzen activitats dirigides a sectors concrets com les dones o les persones immigrades.

8. Es van utilitzar els estudis següents: *La despesa dels ajuntaments de Catalunya en salut pública* (Diputació de Barcelona, 2004) i *Les activitats i les estructures dels serveis de Salut Pública. Estudi als ajuntaments de més de 10.000 habitants* [Llebaria (coord.), 2010]. Per a més informació, podeu consultar el capítol 2, «La salut pública com a objecte d'estudi».

En definitiva, les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia s'han dissenyat en un percentatge important dels casos amb l'objectiu d'atendre alguns dels col·lectius de major vulnerabilitat. El fet que les activitats en aquest àmbit es dirigeixin a la infància, l'adolescència, la gent gran, les dones o les persones immigrades reflecteix la funció de la salut pública com a mecanisme per tal de garantir la igualtat i equitat social.

Prestació i forma de gestió dels serveis en promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Aquest apartat té com a objectiu efectuar una descripció de quines són les activitats més enllà dels serveis mínims que realitzen els municipis i quins instruments utilitzen per prestar-les i gestionar-les. Tal, com succeïa en els serveis en protecció de la salut, les preguntes sobre la prestació i gestió del servei són preguntes multiresposta i, per tant, la persona entrevistada pot marcar més d'una opció de resposta possible en cada pregunta. Sempre que ha estat possible, s'han recodificat en preguntes de resposta única.

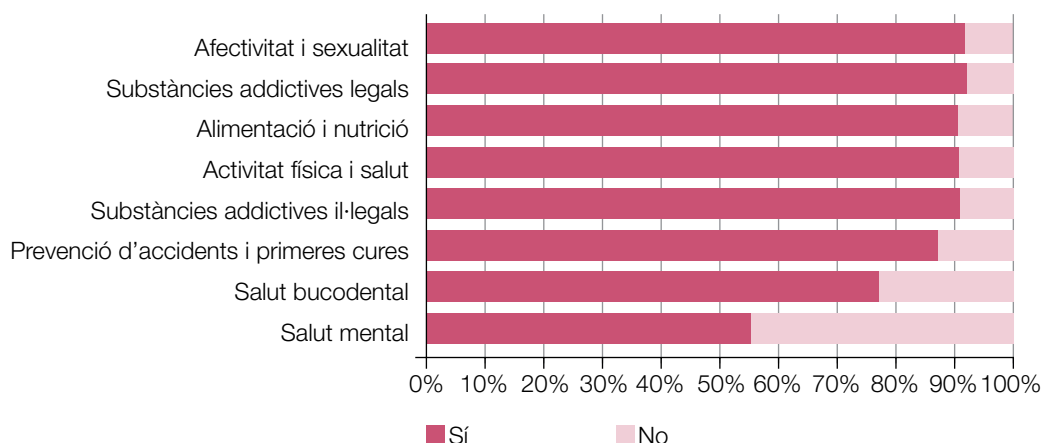
Pel que fa a la prestació de les activitats més enllà dels serveis mínims, s'ha pogut constatar l'elevat nombre de municipis que duen a terme activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia, ja que en alguns casos aquesta xifra supera les localitats que presten alguns dels serveis mínims. En canvi, algunes de les activitats mínimes obligatòries en protecció de la salut, com el control sanitari de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència i el control sanitari dels mercats sedentaris i ambulants es realitzaven en 56 i 46 poblacions respectivament, xifres que se situen per sota de la major part de les activitats en promoció de la salut. Les activitats d'aquest àmbit que es realitzen amb més freqüència són les relatives al tractament de l'afectivitat i sexualitat i les que fan referència a l'abús de substàncies addictives legals com l'alcohol o el tabac, que es desenvolupen en 71 municipis i que representen el 93,5% de localitats enquestades. Les segueixen les activitats de promoció d'alimentació i nutrició, les de l'activitat física i salut i les de l'ús de substàncies addictives il·legals, que es realitzen en 70 municipis; 67 localitats treballen en la prevenció d'accidents i primeres cures, 60 en accions relatives a salut bucodental i 42 en la salut mental.

Les activitats no diferenciades, a diferència de la resta d'actuacions en aquest àmbit, inclouen actuacions diverses amb objectius diferents i estan dirigides a col·lectius, en molts casos, específics. Per aquest motiu, a efectes d'aquest estudi, amb l'objectiu d'intentar comparar, en la mesura del possible, activitats amb característiques similars entre els ajuntaments estudiats, aquesta tipologia serà exclosa de la comparació. Tot i així, cal destacar que 72 municipis duen a terme accions d'aquest tipus.

La taula 45 resumeix el nombre de localitats que realitza cada activitat i reflecteix que, malgrat el nombre elevat de municipis que realitzen activitats d'aquest àmbit, no hi ha cap actuació que s'estigui duent a terme en totes les poblacions.

Taula 45. Nombre de municipis segons prestació de serveis en promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Activitats	Sí	No	NS/NR	Total
Afectivitat i sexualitat	71	6	0	77
Abús de substàncies addictives legals, com l'alcohol o el tabac	71	6	0	77
Alimentació i nutrició	70	7	0	77
Activitat física i salut	70	7	0	77
Ús de substàncies addictives il·legals	70	7	0	77
Prevenció d'accidents i primeres cures	67	9	1	77
Salut bucodental	60	17	0	77
Salut mental	42	34	1	77

Gràfic 6. Prestació de serveis en promoció de la salut i prevenció de la malaltia [n = 77]

Pel que fa a les formes de prestació d'aquestes activitats, els municipis poden prestar-les des del mateix Ajuntament (ja sigui de forma directa o indirecta), a través de fórmules de cooperació municipal o bé a través d'una delegació. La major part de les actuacions en aquest àmbit (entre el 90 i el 100%) es presten directament des de l'Ajuntament, ja sigui des de l'àrea que centralitza les activitats de salut pública o bé des d'una àrea diferenciada. Només en l'ús de substàncies addictives il·legals i d'actuacions en salut bucodental aquest percentatge disminueix al voltant del 80% a favor de fórmules de cooperació municipal i de delegació de serveis. Aquestes fórmules de prestació, tot i que també s'utilitzen en les altres activitats de promoció i prevenció, tenen una incidència menor.

Amb relació a la forma de gestió de les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia, la major part d'aquestes activitats es duen a terme des del mateix Ajuntament. Entre un 76,9% i un 96,3% dels municipis desenvolupa aquestes activitats directament des de l'Ajuntament. L'activitat en què s'utilitzen altres formes de gestió (organisme autònom, concessió o concert) amb més freqüència (23,1%) és la salut mental. A l'altre extrem, en la prevenció d'accidents i primeres cures, només un municipi ha concessionat la gestió d'aquesta activitat.

La taula 46 mostra els diferents tipus de gestió utilitzats en cada activitat. El nombre de municipis que ha respost en cada cas varia en funció de les localitats que presten aquests serveis des de l'àrea que centralitza les activitats en salut pública. Per aquest motiu, el total de municipis no és igual per a cada activitat. Les actuacions que es duen a terme amb més freqüència des d'aquest departament són la promoció d'hàbits saludables en alimentació i nutrició, temes en l'àmbit de l'abús de substàncies addictives com l'alcohol o el tabac i actuacions que fan referència a l'afectivitat i la sexualitat. Les activitats que acostumen a realitzar-se amb menys freqüència des del mateix departament són les activitats que fan referència a la salut mental i a la prevenció d'accidents i primeres cures. Les fórmules previstes, diferents de la gestió des del propi Ajuntament, s'han agrupat en altres formes de gestió directa i indirecta. Les altres formes de gestió directa inclouen l'organisme autònom i l'entitat pública empresarial. Les formes de gestió indirecta inclouen la concessió, la gestió interessada, el concert i la gestió mixta de l'activitat des de l'Ajuntament i la concessió de part de l'activitat. Com es pot observar, les formes indirectes de gestió d'activitats, i en especial la concessió, són fórmules que tenen un impacte menor que en l'àmbit de protecció de la salut.

Taula 46. Nombre de municipis segons forma de gestió de les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Activitat	Des del mateix Ajuntament	Altres formes directes de gestió	Formes indirectes de gestió	Total
Alimentació i nutrició	52	1	6	59
Activitat física i salut	31	4	2	37
Afectivitat i sexualitat	45	0	3	48
Salut mental	20	1	5	26
Prevenció d'accidents i primeres cures	26	1	0	27
Abús de substàncies addictives legals	47	0	3	50
Ús de substàncies addictives il·legals	40	0	5	45
Salut bucodental	45	1	1	47

En resum, malgrat que les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia no es configuren com a serveis mínims, es visualitza una tendència clara en la major part dels municipis a desenvolupar actuacions en aquest àmbit. Aquest fet contrasta amb la manca de cobertura de determinats serveis mínims, que es realitzen en un nombre inferior de municipis que alguns dels serveis de promoció de la salut. Ara bé, com s'ha esmentat amb anterioritat, aquest estudi no recull quin és el grau de prestació de cada servei, i per tant, és desconegut la implicació de cada ajuntament en cadascuna de les actuacions. Cal tenir en compte que algunes de les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia poden realitzar-se sense la necessitat que el municipi disposi d'un elevat nivell de recursos materials o organitzatius. Per exemple, l'esforç que suposa la realització d'un taller puntual que promogui hàbits saludables en l'alimentació no es pot comparar amb el que implica el desplegament i els recursos necessaris per realitzar el control sanitari de la legionel·losi. En aquest sentit, i sense menystenir l'esforç que suposen les actuacions en promoció de la salut i prevenció de la malaltia, el desenvolupament de certes activitats en aquest àmbit no implica la sofisticació en la gestió que suposa realitzar el control sanitari de certes activitats de protecció de la salut.

Els recursos emprats per a la realització d'activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia

De manera similar a com s'han descrit les característiques dels recursos emprats en la realització de les activitats de protecció de la salut en l'apartat anterior, l'objecte principal d'aquest epígraf és analitzar les xarxes de col·laboració, el finançament, els recursos materials i el personal emprat en el desenvolupament d'actuacions en les activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia. Cal subratllar que aquestes preguntes admeten més d'una opció de resposta.

Per tal de dur a terme les activitats de promoció de la salut, els municipis disposen d'equipament tècnics, de material reprogràfic i informatiu i de material d'exposició. Aquestes variables a banda d'especificar els recursos amb què compten els ajuntaments, indiquen el tipus d'actuacions que estan duent a terme en cadascun dels àmbits. El percentatge de localitats que disposen de material tècnic per realitzar actuacions en promoció de la salut i prevenció de la malaltia és inferior al percentatge de municipis que disposen d'aquest material per desenvolupar activitats de protecció de la salut. Aquest fet podria indicar que el perfil de les activitats que es realitzen en aquest àmbit requereixen una menor especificitat tècnica. Tot i així, alguns d'aquests percentatges són força elevats: més de la meitat de localitats disposa d'equipaments tècnics per a la realització d'activitats relatives a l'àmbit d'alimentació i nutrició, un 51% en disposa per actuacions relacionades amb l'activitat física i l'esport i un 47,9% n'utilitza en la gestió d'activitats d'afectivitat i sexualitat. De manera inversa, el material reprogràfic i informatiu s'utilitza amb més freqüència en l'àmbit de promoció de la salut que en el de protecció. Aproximadament tres quartes parts de les poblacions disposen de material reprogràfic i informatiu per a activitats relacionades amb

l'alimentació i la nutrició, l'activitat física i l'esport, l'afectivitat i la sexualitat i per a les que tracten l'abús de substàncies addictives legals com l'alcohol o el tabac; entre un 40 i un 60% de poblacions en disposa per a la prevenció d'accidents i primeres cures, per a la salut bucodental i la salut mental. El percentatge de materials d'exposició també és força més elevat i se situa entre el 20 i el 30% de localitats en funció del tipus d'activitat. La diferència en la tipologia de materials utilitzats en els dos àmbits principals de gestió de la salut pública reflecteix les diferències existents entre els dos àmbits d'actuació, ja que les activitats de protecció de la salut estan més orientades a la realització d'activitats de caire tècnic, i les de promoció i prevenció estan més orientades a activitats de caire informatiu i educatiu.

El personal que realitza actuacions en promoció de la salut i prevenció de la malaltia està format principalment per tècnics. De manera similar al personal que intervé en les accions de protecció de la salut, en pràcticament el 50% de localitats hi intervé un tècnic superior o un tècnic mitjà i pràcticament en un 30% hi participen perfils de caire administratiu. Si es té en compte que en un 61,6% de localitats hi ha algun tècnic de grau superior i en un 54,8% algun de grau mitjà, aquestes dades apunten que en la major part de localitats els tècnics que formen part de l'equip en salut pública participen en la realització d'actuacions de promoció de la salut.

Per a la realització d'activitats en promoció de la salut existeix una coordinació intensa amb altres àrees de l'Ajuntament, ja que, exceptuant les actuacions en salut bucodental i mental, més de les tres quartes parts de les localitats es coordinen amb altres àrees de l'Ajuntament. Aquests percentatges són especialment elevats per a les activitats relacionades amb la promoció de l'activitat física i l'esport (86,1%) i per a les activitats d'ús de substàncies addictives il·legals (85,7%), fet que indica que en pràcticament tots els municipis altres àrees de l'Ajuntament col·laboren per realitzar aquest tipus d'activitats.

Pel que fa les xarxes de col·laboració que s'estableixen per desenvolupar aquestes activitats, a diferència de les actuacions en protecció de la salut, on els actors que hi intervenien principalment eren el Departament de Salut i la Diputació, s'observa que en les actuacions de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, intervenen una multiplicitat d'actors que provenen de diferents sectors. La Diputació apareix com una institució rellevant que col·labora amb els municipis per a la realització d'activitats en aquest àmbit i ho fa amb molta més freqüència que per a les activitats de protecció de la salut. Per a determinades activitats, com la promoció d'hàbits alimentaris i de nutrició, activitats relacionades amb temes d'afectivitat i sexualitat, l'abús de substàncies legals addictives com l'alcohol o el tabac o l'ús de substàncies addictives il·legals, hi col·labora amb un 60-75% de les localitats en funció de l'actuació.

Les associacions i entitats del municipi es presenten com a actors col·laboradors rellevants en la realització d'activitats de promoció i prevenció, ja que participen en el 30-50% de localitats. Aquest és un dels trets que diferencia les xarxes de col·laboració d'aquest àmbit amb les que s'estableixen per a la realització d'actuacions en protecció de la salut, on les entitats i associacions tenen un impacte molt menor. D'altra banda, els altres actors que participen en aquest tipus d'activitats també és major. Entre

aquests, destaquen els centres d'atenció primària (CAP), l'Institut Català de la Salut, les escoles, els hospitals, la Creu Roja o algunes empreses privades que realitzen activitats concretes. Aquests actors incideixen en entre el 13,9% i el 38,3% de les poblacions en funció de l'activitat.

Tot i que el Departament de Salut també col·labora amb els municipis, és l'actor que ho fa en un percentatge inferior de municipis, exceptuant les activitats en salut bucodental, on aquesta xifra ascendeix fins al 59,6%. La taula 47 resumeix quin és el pes de cadascun dels ens que col·laboren amb els ajuntaments en la realització d'activitats en promoció i prevenció respecte del total d'actors col·laboradors. A diferència de l'àmbit de protecció de la salut, s'observa un major equilibri entre els diferents ens. Els actors que hi intervenen amb més freqüència són la Diputació i les entitats dels municipis que tenen un pes rellevant i suposen el 34,0% i el 29,0% del total d'ens que col·laboren amb els municipis per al desenvolupament d'aquestes activitats. L'increment de la col·laboració d'ens externs que donen suport a l'Ajuntament, en molts casos especialitzats en l'àrea d'actuació, és un dels factors que pot explicar l'alt nivell de prestació de les activitats més enllà dels serveis mínims.

Amb relació a les fonts de finançament per realitzar les activitats en promoció i prevenció de la salut, destaquen l'Ajuntament i la Diputació de Barcelona com a ens que aporten recursos econòmics per tal de desenvolupar activitats en l'àmbit de promoció i prevenció. Al voltant del 90% de les localitats aporten recursos econòmics per finançar les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia, excepte en les activitats en salut bucodental on aquesta xifra decreix fins al 78,7%. Alhora, cal tenir en compte l'important paper de la Diputació com a ens que intervé en el finançament de pràcticament totes les activitats en un nombre considerable de poblacions. Aquest ens supramunicipal finança en un 74,6% dels municipis activitats de promoció d'alimentació i nutrició, en un 73,6% activitats relacionades amb l'abús de substàncies addictives legals com l'alcohol o el tabac, en un 69,6% activitats en l'àmbit d'afectivitat i sexualitat i en un 68,9% actuacions sobre l'ús de substàncies addictives il·legals. Per a la resta d'activitats finança entre el 34 i el 61% de municipis. Per tant, a nivell general, la Diputació finança amb molta més freqüència activitats en promoció i prevenció

Taula 47. Ens col·laboradors en les activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Ens col·laborador	Freqüència	Percentatge
Diputació	185	34,0
Entitats del municipi	158	29,0
Departament de Salut	106	19,5
Altres	95	17,5
Total	544	100,0

de la salut que actuacions en l'àmbit de protecció de la salut, on aporta finançament per, casos concrets. En resum, podem afirmar que la implicació de la Diputació de Barcelona en l'àmbit de promoció i prevenció és molt elevat, ja que ofereix col·laboració en un percentatge important de municipis, ja sigui aportant recursos tècnics, materials o econòmics.

De la mateixa manera que en les activitats de protecció de la salut, el Departament de Salut no es presenta com una de les principals fonts per finançar aquest tipus d'actuacions. Les activitats en què aporta recursos econòmics amb més freqüència són les relatives a la salut bucodental, on contribueix econòmicament en un 34% de les localitats, i les relatives a l'abús de substàncies addictives, ja siguin legals o il·legals, on finança el 14,6% i el 15,6% dels municipis respectivament.

L'impacte d'altres actors que ofereixen suport econòmic, com per exemple els consorcis, les mancomunitats o els consells comarcals, pràcticament no té incidència. En la taula 48 es pot observar el pes que representa cadascun dels ens que financen activitats en promoció i prevenció de la salut respecte del total d'actors. Si es compara aquesta informació amb les fonts de finançament de les activitats en protecció de la salut, es visualitza que el pes de l'Ajuntament com a proveïdor de recursos econòmics és menor. La segona font de finançament més important és la Diputació de Barcelona, que representa el 35,5% del total d'ens que financen activitats.

En definitiva, tot i que l'Ajuntament aporta recursos econòmics amb menys freqüència que per a la realització dels serveis mínims en salut pública, aquest continua configurant-se com la font de finançament que intervé amb més freqüència en les activitats que es realitzen de forma complementària. Si bé és cert que en aquest tipus d'activitats hi intervenen una multiplicitat d'actors que hi col·laboren facilitant suport tècnic i material per la prestació d'activitats en promoció i prevenció, aquests no acostumen a aportar finançament per a aquestes activitats.

Taula 48. Distribució del finançament per ens d'origen en les activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Font de finançament	Freqüència	Percentatge
Ajuntament	313	51,7
Diputació	215	35,5
Departament de Salut	53	8,8
Consell Comarcal	5	0,8
Consortis, mancomunitats	4	0,7
Altres	15	2,5
Total	605	100,0

La importància del desenvolupament de les actuacions en promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Tal com s'ha analitzat en l'apartat anterior, la realització d'actuacions en promoció de la salut i prevenció de la malaltia no es duu a terme de la mateixa manera en tots els municipis estudiats. L'objecte d'aquest apartat és analitzar quin és el nivell de prestació de les actuacions més enllà dels serveis mínims i com són els municipis que les duen a terme.

De la mateixa manera com s'ha realitzat per a les actuacions en protecció de la salut, s'ha construït un indicador a partir del sumatori de les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia que indica el grau de prestació en aquest àmbit en cada localitat. Aquest indicador no s'ha pogut calcular per a una localitat a causa de manca d'informació en el moment de la recollida de dades. Els resultats obtinguts oscil·len entre dos, en el cas mínim i vuit, que és el nombre màxim d'activitats que s'han considerat en promoció de la salut i prevenció de la malaltia. La mitjana del nombre d'activitats ascendeix a 6,7, xifra força elevada si tenim en compte que el màxim possible és vuit i que la desviació típica se situa en 1,4 serveis. Aquests indicadors mostren que la major part dels municipis realitzen un nombre considerable d'activitats no definides com a mínimes. La taula 49 mostra que en més de la meitat de localitats (68,4%) es realitzen totes (vuit activitats) o gairebé totes (set activitats) les actuacions en promoció de la salut i prevenció de la malaltia, i aproximadament una quarta part dels municipis desenvolupa un nombre important d'activitats en aquest àmbit. Només 6 municipis, que representen un 7,9% de localitats observades, presten la meitat o menys de la meitat d'activitats estipulades.

Tal com apuntaven les dades a l'inici d'aquest capítol, el nivell de prestació d'activitats en aquest àmbit és molt elevat i els municipis han atorgat pràcticament la mateixa importància a les activitats en protecció, promoció i prevenció. Si es comparen els

Taula 49. Nombre de municipis segons activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia realitzades

Activitats	Freqüència	Percentatge
2 activitats	1	1,3
3 activitats	3	3,9
4 activitats	2	2,6
5 activitats	4	5,3
6 activitats	14	18,4
7 activitats	24	31,6
8 activitats	28	36,8
Total	76	100,0

nivells de prestació entre els dos àmbits d'actuació, aquest fet encara es fa més visible. El percentatge de municipis amb un nivell alt de prestació és més elevat en les activitats en promoció i prevenció que en les de protecció de la salut (68,4% enfront de 51,9%). En el nivell mitjà de prestació, aquesta situació s'inverteix a favor de les activitats en protecció (23,7% enfront de 36,8%). Un 7,8% té nivells baixos en la prestació de serveis en promoció i prevenció, i un 11,8% els té en protecció de la salut. La comparació d'aquestes dades ha de ser llegida amb precaució, ja que el nombre de serveis en protecció i promoció no és el mateix i ja que, com s'ha comentat, aquestes dades no mostren la intensitat amb què es presta el servei. Tot i així, aquesta informació posa en relleu la importància que se li ha donat a l'àmbit de promoció i prevenció de la salut en el món local català, independentment que aquest no s'hagi definit com un àmbit de competència obligatòria per als municipis.

Pel que fa al perfil dels municipis en funció del nombre d'activitats en promoció realitzades, de forma similar a la major part de variables descrites, depèn de la grandària poblacional del municipi. Tot i així, en aquest cas, les diferències són menors que en l'àmbit de protecció de la salut. Com que la major part de localitats tenen nivells elevats de prestació, situats entre les set i les vuit activitats en promoció de la salut, les diferències entre les mitjanes de cada grup són menors. Per aquest motiu, aquestes dades hauran de ser analitzades amb precaució. Tanmateix, els municipis amb nivells de prestació inferiors en promoció de la salut es concentren en els trams poblacionals més petits i, en canvi, els trams de població superiors mostren nivells de prestació dels serveis en promoció i prevenció alts i mitjans. Aquestes diferències reflecteixen un dels fets als quals ja s'ha fet referència i és que les localitats compreses entre 50.001 i 75.000 habitants i les més grans de 75.000 habitants tendeixen a estar formades per poblacions amb característiques semblants pel que fa a la prestació i els recursos en salut pública; no succeeix el mateix per a les compreses entre 10.000 i 50.000 habitants, les quals acostumen a tenir característiques molt més heterogènies dins del seu mateix grup.

Els diferents nivells en promoció de la salut porten a preguntar-nos si existeix alguna relació entre els nivells de prestació d'activitats en protecció i promoció de la salut. Alts nivells de prestació en les activitats mínimes suposen alts nivells de prestació en promoció i prevenció? O bé, baixos nivells en un dels àmbits suposen un alt nivell en l'altre? La taula 50 mostra que els nivells de prestació alts en protecció de la salut suposen alhora una prestació elevada de serveis en promoció i prevenció. Així, de les 39 localitats que presten pràcticament totes les activitats mínimes, 31 tenen un nivell alt de prestació en les activitats de promoció i prevenció. Només apareix un municipi que amb alts nivells de prestació en les activitats mínimes pràcticament no realitzi activitats en aquesta temàtica. Aquests resultats reflecteixen l'existència d'un grup important de municipis que desenvolupa activament polítiques en salut pública, ja que duu a terme pràcticament totes les activitats previstes. Pel que fa a les poblacions que han assolit un nivell mitjà de prestació dels serveis mínims, la major part té nivells de prestació alts o mitjans en l'altre àmbit. Cal esmentar que 16 poblacions que no cobreixen entre dos o tres serveis en protecció realitzen pràcticament totes les activitats en promoció i prevenció de la salut. També és rellevant el fet que de les nou localitats

Taula 50. Nombre de municipis segons nivell de prestació d'activitats en promoció i protecció de la salut

		Protecció de la salut			
		Nivell baix	Nivell mitjà	Nivell alt	Total
Promoció de la salut i prevenció de la malaltia	Nivell baix	3	2	1	6
	Nivell mitjà	1	10	7	18
	Nivell alt	5	16	31	52
	Total	9	28	39	76

que tenen un dèficit important en la cobertura de serveis en protecció, cinc prestin pràcticament totes les activitats en promoció i prevenció de la salut. Per tant, tot i aquests casos, que no representen un percentatge elevat respecte del total, les dades apunten al fet que alts nivells de prestació en l'àmbit de protecció de la salut suposen alts nivells de prestació en promoció i prevenció.

L'encreuament d'ambdues variables posa en relleu que les prioritats dels municipis en salut pública no són les mateixes en totes les localitats. Així, es poden distingir tres tipus de localitats:

- En primer lloc, les localitats que han atorgat la mateixa importància als àmbits de protecció de la salut i als de promoció i prevenció. Aquest grup està format per 44 municipis, que representen el 57,9% del total.
- En segon lloc, les que han dotat de més importància l'àmbit dels serveis mínims i que suposen el 13,2% dels municipis enquestats.
- En darrer lloc, es visualitza un grup de poblacions que han dotat de més continguts l'àmbit de promoció i prevenció de la salut que l'àmbit de serveis mínims. Aquest està format per 22 municipis, que representen el 28,9% de casos observats.

En resum, si bé les activitats que desenvolupen els municipis en matèria de salut pública depenen en gran part dels recursos materials i humans de què disposen, les dades recollides mostren, en primer lloc, la importància que des dels ajuntaments i des d'altres ens supramunicipals s'ha atorgat a les actuacions en promoció de la salut i prevenció de la malaltia equiparant-les pràcticament als serveis mínims. Aquest fet es reflecteix el fet que més del 50% de les poblacions tenen nivells alts de prestació en l'àmbit de promoció de la salut i prevenció de la malaltia. El fet que hi hagi multiplicat d'actors que cooperin amb els ajuntaments en aquest àmbit i que alguns d'aquests hi aportin finançament contribueix a incrementar la realització d'activitats en aquest àmbit. D'altra banda, aquestes dades posen en relleu que les localitats estan duent a terme activitats en protecció, promoció i prevenció de manera indistinta sense tenir en compte que part d'aquestes activitats es configuren com a responsabilitats mínimes.

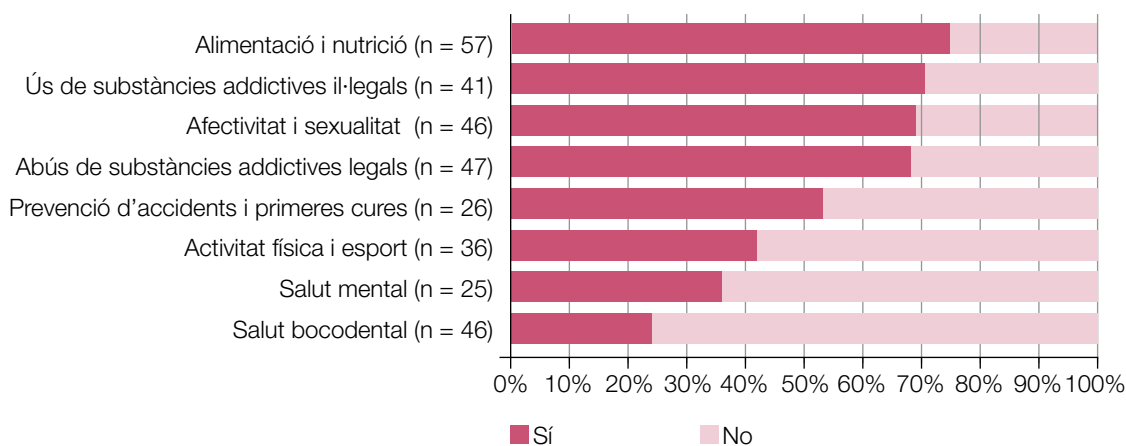
Actors col·laboradors en les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia

En els darrers deu anys sembla que les activitats en matèria de promoció de la salut i prevenció de la malaltia han adquirit progressivament més rellevància. Així, l'any 2001 Líndez destacava que els municipis havien centrat les seves actuacions principalment en l'àmbit de protecció de la salut: «*Respecto a las actividades, el papel de los municipios es preponderante en aspectos de protección de la salud, pero pocos municipios mantienen una actividad importante en vigilancia epimiológica y sustancias adictivas*» (Líndez *et al.*, 2001: 164). De la mateixa manera, l'estudi de la Diputació de Barcelona també va detectar un major desenvolupament de les activitats en protecció (Diputació de Barcelona, 2004). Avui, sembla que aquesta situació ha canviat i l'àmbit de la promoció i prevenció ha pres rellevància i gairebé s'ha equiparat amb el de la protecció de la salut.

Probablement aquest fet es degui a diversos motius, entre els quals val la pena destacar la presència de determinats ens, que amb el seu suport han fomentat el desenvolupament d'aquest àmbit de la salut pública. Per aquest motiu, a continuació ens aturarem en el paper de la Diputació de Barcelona com a ens col·laborador amb els municipis en aquestes actuacions.

De manera similar a com succeïa en l'àmbit de protecció de la salut, la Diputació destaca especialment com a col·laboradora amb els municipis en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. Com es pot observar en el gràfic 7, aquest ens incideix en un nombre important de municipis facilitant suport tècnic i material per al desenvolupament de moltes d'aquestes activitats. És una mostra d'aquest fet que col·labora en més de la meitat dels ajuntaments per a la realització d'actuacions relacionades amb l'alimentació i la nutrició, l'ús de substàncies addictives il·legals, l'afectivitat i sexualitat, l'abús de substàncies addictives legals i la prevenció d'accidents i primeres cures.

Gràfic 7. Percentatge de municipis on la Diputació de Barcelona dóna suport segons activitats de promoció de la salut



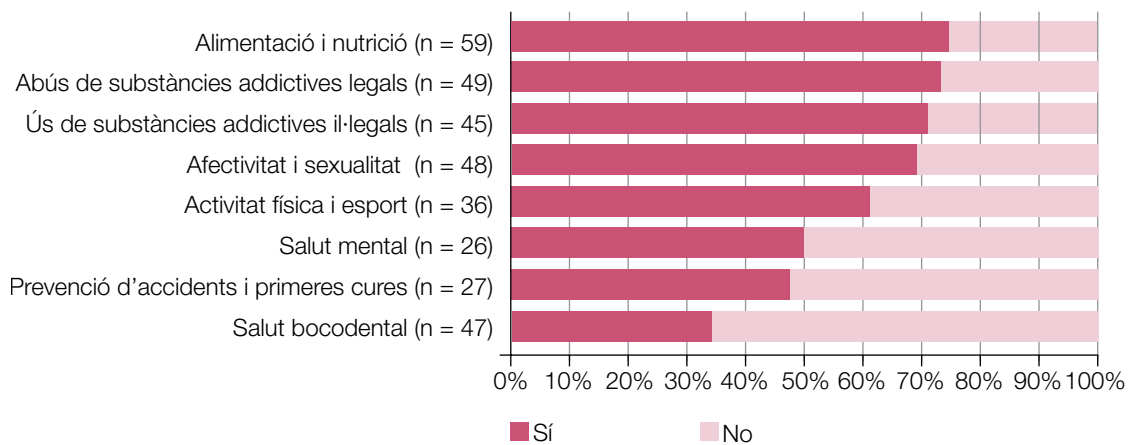
D'altra banda, és un ens de finançament important que aporta recursos econòmics per al desenvolupament de totes les activitats en aquest àmbit. A diferència de les activitats de protecció de la salut, on aquest ens participava fonamentalment costejant les actuacions, en l'àmbit de promoció de la salut ofereix suport tècnic, material i econòmic en una proporció semblant. Com indica el gràfic 8 les activitats que finança amb més freqüència són les relacionades amb l'alimentació i nutrició, l'abús de substàncies addictives legals i il·legals, l'afectivitat i sexualitat i l'activitat física i l'esport, on col·labora amb més del 60% de localitats. Tot i així, la seva incidència en la resta d'activitats també és força rellevant.

En resum, el paper de la Diputació com a ens que col·labora i finança activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia sembla haver ajudat a fomentar i incentivar aquest àmbit de la salut pública que durant molt de temps s'havia dut a terme en els municipis de forma incipient.

Activitats complementàries en matèria de salut pública pròpies d'altres administracions

L'evolució de la política i la gestió municipal al llarg dels 30 anys de la reinstauració d'ajuntaments democràtics ha estat caracteritzada per una ampliació constant de les matèries objecte de la preocupació municipal. Aquest fet s'ha manifestat, entre d'altres, en un increment dels serveis i les polítiques públiques implementades a nivell municipal i, sovint, en la intervenció en àmbits que no havien estat definits com de la seva competència obligatòria. En aquesta mateixa línia, la Llei 15/1990, d'ordenació sanitària, va preveure que els municipis fossin competents per prestar activitats complementàries en matèria de salut pública pròpies d'altres administracions. El qüestionari va incloure una bateria de preguntes sobre els serveis propis d'altres administracions.

Gràfic 8. Percentatge de municipis on la Diputació aporta finançament en les activitats de promoció de la salut



Per a aquestes actuacions, a diferència de les descrites anteriorment, només es va demanar si l'Ajuntament les estava realitzant.

Com es pot observar en la taula 51, els municipis incideixen amb poca freqüència en les activitats pròpies d'altres administracions. El total de municipis depèn del nombre de localitats que han respost aquesta pregunta, ja que algunes de les persones entrevistades desconeixien si l'Ajuntament realitza determinades activitats relacionades amb la salut pública. Les activitats d'aquest àmbit que es desenvolupen amb més freqüència són les actuacions relacionades amb la salut escolar, les activitats assistencials en l'àmbit de les drogodependències, altres serveis assistencials diferents dels relacionats amb l'addicció al consum de drogues i les activitats de planificació familiar o de salut maternoinfantil que es duen a terme en entre una quarta part i la meitat dels municipis. Tot i que aquests percentatges no són excessivament elevats, cal recordar que aquestes són activitats no obligatòries per als municipis i desenvolupades per altres administracions, i per tant, que teòricament ja s'estan realitzant.

Per a la prestació d'aquestes activitats, els municipis reben suport en el finançament provinent, en molts casos, del Departament de Salut. Així, un 70,3% dels municipis que realitzen activitats de salut escolar rep finançament del Departament de Salut. Tot i aquesta aportació econòmica, en un 56,8% de poblacions l'Ajuntament també aporta recursos econòmics per a aquesta activitat. En relació amb les activitats assistencials en l'àmbit de les drogodependències, el Departament de Salut finança un 31,8%

Taula 51. Nombre de municipis segons realització d'activitats pròpies d'altres administracions

Activitats	Sí	No	Total
Salut escolar	37	38	75
Activitats assistencials en l'àmbit de les drogodependències	22	54	76
Altres serveis assistencials	21	55	76
Planificació familiar o salut maternoinfantil	21	55	76
Prevenció i control de malalties transmissibles i prevalents	20	57	77
Salut laboral	13	62	75
Vigilància sanitària d'aigües de bany marines i interiors	9	66	75
Protecció respecte de la gestió de residus sanitaris	8	66	74
Laboratoris	5	72	77
Vigilància de salut i monitoratge	6	66	72
Cribratges	3	71	74

de localitats que presten aquests serveis. De la mateixa manera, el Govern central dóna suport econòmic a un 9,1% de les poblacions. Les altres activitats assistencials també són finançades pel Departament de Salut en un 52,3% dels casos en què es presta aquest servei. Tot i així, cal tenir en compte que el servei d'activitats assistencials en l'àmbit de les drogodependències i els altres serveis assistencials es presten en 22 i 21 localitats, respectivament.

Amb l'objectiu d'analitzar la incidència que tenen les activitats pròpies d'altres administracions, i tal i com ja s'ha fet per a les activitats en protecció, promoció i prevenció, s'ha construït una variable a partir del sumatori de les activitats complementàries que es desenvolupen a cada Ajuntament. Aquest indicador només s'ha pogut calcular per a 68 poblacions, que són les que han respost totes les preguntes d'aquest àmbit. Hi ha un conjunt de municipis que no realitza cap activitat complementària i el màxim d'activitats és de set, fet que indica que no hi ha cap localitat que dugui a terme totes les activitats pròpies d'altres administracions. Com es pot veure a la taula 52, aquesta variable funciona de forma inversa a les anteriors, ja que el gruix principal de localitats se situa entre els valors mínims –més de la meitat dels municipis presta entre una i dues activitats–, i són pocs els ajuntaments que presten un nombre elevat d'aquests serveis. Tot i així, cal destacar que en un 83,8% dels casos els municipis estan realitzant alguna activitat pròpia d'una altra administració.

La grandària poblacional és una variable que influeix en el nivell de prestació d'activitats complementàries pròpies d'altres administracions. Els municipis del tram poblacional inferior duen a terme una mitjana d'1,4 activitats complementàries, i aquesta xifra s'incrementa mig punt en les localitats compreses entre 20.001 i 50.000 habitants. Els municipis amb poblacions entre 50.001 i 75.000 habitants realitzen una mitjana de 3,1 activitats i per als de més de 75.000 habitants aquest indicador ascendeix a 4 activitats.

Taula 52. Nombre de municipis segons activitats pròpies d'altres administracions realitzades

Activitats	Freqüència	Percentatge
Cap activitat	11	16,2
1 activitat	20	29,4
2 activitats	19	27,9
3 activitats	5	7,4
4 activitats	6	8,8
5 activitats	2	2,9
6 activitats	3	4,4
7 activitats	2	2,9
Total	68	100,0

Si bé les mitjanes entre els dos trams poblacionals inferiors només se situen a mig punt, les diferències es fan especialment evidents entre els municipis grans i mitjans. En canvi, el càlcul de les mitjanes del nombre d'activitats complementàries dutes a terme pels municipis en funció dels nivells de prestació dels serveis mínims i dels serveis en promoció i prevenció ens dona unes diferències tan petites que no ens permeten parlar d'influència entre aquestes variables.

En definitiva, tot i que en menor mesura que els serveis mínims i les activitats en els àmbits de promoció i prevenció, les localitats estan duent a terme algunes activitats complementàries. Si bé aquestes accions són rellevants per incrementar la salut de la població, aquestes són actuacions pròpies d'altres administracions públiques que en teoria s'estan desenvolupant des d'altres nivells de govern. Tanmateix, cal recordar que les activitats pròpies dels municipis que no es duen a terme des dels ajuntaments o des de l'ens en què es delega o s'encomana són activitats que no s'estan prestant i que, per tant, suposen un important risc per a la salut de la població.

Despesa i finançament en salut pública

L'anàlisi de les estructures, les activitats, la despesa i les fonts de finançament configura els tres eixos bàsics d'aquest estudi per tal d'apropar-nos a les diferents fórmules que han adoptat els ajuntaments de població superior als 10.000 habitants de la província de Barcelona per a la gestió de la salut pública. La quantificació del cost i la despesa que suposa per als ajuntaments el compliment de les competències municipals en salut pública ha estat un dels reptes més rellevants i complexos que s'han plantejat diferents recerques en aquest àmbit.

Per tal de realitzar l'anàlisi del finançament i la despesa que suposa per als ajuntaments la salut pública, la informació sol·licitada es va estructurar en tres grans blocs:

El primer bloc, relatiu al cost de les activitats en salut pública, estava format per un conjunt de preguntes que feien referència a la despesa total realitzada l'any 2009, sense tenir en compte la despesa derivada de personal, per a cadascun dels grans àmbits en què es va estructurar el qüestionari. Aquest bloc de preguntes tenia per objecte la comparació del volum de recursos econòmics emprats en els àmbits d'actuació següents:

- Àmbit de protecció de la salut
 - Sanitat ambiental
 - Animals peridomèstics (aus i coloms) i plagues
 - Seguretat alimentària
- Altres activitats en protecció de la salut
- Àmbit de promoció de la salut (es tractaven totes les activitats de forma agregada)

El segon bloc, que també feia referència a la despesa, es va estructurar a partir de la classificació econòmica del pressupost i la seva finalitat era quantificar la despesa en salut pública distingint les operacions corrents i les de capital assignades a aquesta matèria:

- Capítol 1. Despeses de personal
- Capítol 2. Despeses en béns corrents i serveis
- Capítol 4. Transferències corrents
- Capítol 6. Inversions reals

El tercer bloc inclou les fonts de finançament per a la realització d'activitats en salut pública, així com als ingressos obtinguts mitjançant la prestació de serveis d'aquesta matèria. Concretament se sol·licitava:

- Fonts de finançament
 - Assignació de fons del mateix ajuntament
- Fonts d'ingressos obtinguts a través de la prestació de serveis en salut pública
 - Taxes
 - Sancions

Tot i així, els resultats obtinguts són dispersos, heterogenis i dificulten la comparació de les dades de manera conjunta a causa de la manca de consistència d'aquest tipus de dades.

Des de l'inici del treball de camp, l'obtenció de la informació econòmica referent a les activitats en salut pública dels ajuntaments es va configurar com la part més costosa i complexa de la recollida de dades. En tots els casos es van buscar mecanismes per tal de superar aquestes dificultats, però es important tenir-les presents perquè són indiciaires de les característiques, complexitats i particularitats de la gestió municipal d'aquest àmbit, tot i que probablement en algun cas podrien ser generalitzables.

En primer lloc, pel que fa a la definició de la matèria, tot i que la legislació aplicable estableix un concepte de «salut pública» i unes activitats associades, les visions i apropaments realitzats pels municipis no són completament coincidents. En definitiva, no en tots els ajuntaments s'interpreta igual el terme «salut pública» i, a més, cada ens adapta la definició genèrica a les necessitats i trets propis del seu municipi. L'estudi partia d'un qüestionari que seguia l'estructura de la matèria establerta per la Llei i que ja havia estat utilitzada en treballs previs; aquest fet limita aquesta possible amplitud del concepte, però alhora implica ometre aspectes que poden ser rellevants en alguns casos.

En segon lloc, i molt probablement vinculada a l'anterior, cal tenir present que existeix una àmplia heterogeneïtat en la realització de les diferents actuacions incloses en l'estudi. Aquesta variabilitat, que no sempre pot recollir-se de forma adient en un estudi d'univers ampli com el present, introdueix elements que no permeten una comparació immediata de les dades. En definitiva, en ocasions, les diferències en la despesa manifesten un nivell diferent d'activitat i no sempre és possible distingir aquesta circumstància d'una qüestió de despesa diferent per a una prestació similar. En relació amb aquest fet, s'han intentat aïllar, sempre que ha estat possible, els casos de més variabilitat i homogeneïtzar la informació.

En tercer lloc, l'anàlisi de les estructures organitzatives ens ha permès constatar que, tal com s'ha explorat en capítols anteriors, la gestió de les activitats vinculades a la salut pública sovint es troba fragmentada en diferents àrees o serveis. Aquesta característica dificulta l'establiment d'un criteri general en el tractament i, alhora, ha posat de manifest que els responsables o tècnics del conjunt de la matèria no sempre tenien un accés immediat a informació emesa per altres serveis o departaments.

En quart lloc, els tècnics i responsables de la matèria entrevistats no sempre tenien un coneixement exacte de les implicacions econòmiques de les seves activitats. Així, si bé són coneixedors del funcionament de les activitats, no és habitual que disposin d'informació detallada sobre la gestió econòmica. Aquest fet ens indica una certa manca de connexió entre les decisions tècniques en l'àmbit de la decisió de la matèria

i les seves implicacions econòmiques pel que fa a costos, despesa i fonts de finançament. Per tal de poder superar aquesta dificultat, es va procedir a un laboriós i exhaustiu treball en la recuperació d'aquestes dades, i tot i així no s'ha pogut obtenir informació per a totes les localitats.

I per acabar, cal tenir present que l'ordenació de la gestió pressupostària municipal no sempre permet una assignació detallada de despesa per a cada activitat realitzada. El grau de desagregació de la imputació de la despesa no sempre és el mateix i no se solen utilitzar mètodes de gestió econòmica com els centres de cost, per exemple. La informació relativa a la despesa del departament desagregada pels capítols de la classificació econòmica del pressupost (d'acord amb l'*Orden ministerial 20-9-1989 del Ministerio de Economía y Hacienda, sobre la estructura de los presupuestos de las Entidades Locales*)⁹ va ser facilitada en molts casos pel departament d'Intervenció. Sovint la informació enviada respon a la classificació funcional del pressupost i, concretament, a la subfunció 4.1.3, que fa referència a les actuacions relatives a la salut sota el títol *Acciones públicas relativas a la salud*. Cal tenir present que es tracta d'una assignació comptable que pot experimentar variabilitat entre municipis i, també, amb la informació facilitada pel departament.¹⁰ En definitiva, malgrat l'existència d'un marc jurídic comú, l'aplicació quotidiana del mateix implica la utilització de metodologies de comptabilització amb especificitats per a cada ens.

A causa d'aquestes dificultats, en una primera fase, el percentatge d'informació recollida per a aquest àmbit va resultar reduït i impedia una anàlisi i comparació rigoroses. Per aquest motiu, es va establir una segona fase de recollida de dades i de recuperació de la informació econòmica. Aquest procés va millorar de forma sensible el percentatge de resposta, que tot i així és menor que en altres aspectes recollits en aquest estudi. El percentatge de resposta màxim es va obtenir mitjançant les preguntes sobre despesa associades als àmbits d'actuació que inclouen la sanitat ambiental, la gestió del risc de plagues i la seguretat alimentària, en relació amb la protecció i la promoció de la salut, que es tracten de forma indiferenciada. En canvi, l'índex de no resposta en la informació sol·licitada seguint la classificació econòmica és més elevat. Aquesta circumstància pot estar relacionada amb el fet que en el primer cas és el mateix departament qui disposa d'aquesta informació; les dades d'acord amb l'estructura econòmica solen ser facilitades pels departaments d'Intervenció. D'altra banda, també desplega un cert impacte el fet que sigui el mateix departament el responsable d'aquell àmbit o conjunt d'activitats. Un major grau de coneixement de tota la informació pot resultar indiciari de l'estructura interna i la intervenció del departament en la gestió de les activitats.

9. El marc jurídic aplicable ha patit una modificació substancial amb l'aprovació de l'*Orden EHA/3665/2008, de 3 de diciembre, por la que se aprueba la estructura de los presupuestos de las entidades locales*. Aquesta nova normativa és aplicable per als pressupostos de l'exercici del 2010 però el present estudi se centra en els de l'exercici de 2009, encara regits per l'anterior.

10. Així, informació d'activitats que han estat considerades de salut pública pot haver estat assignada a altres funcions diferents de la 4.1.3; i a la inversa, actuacions no catalogades en aquest estudi, com per exemple determinades activitats d'assistència a la malaltia, s'han comptabilitzat en aquesta subfunció.

En resum, si bé existeix informació disponible i comparable sobre les activitats, els recursos materials utilitzats, les xarxes de col·laboració i els ens que aporten finançament, no podem dir el mateix en relació amb els recursos econòmics emprats per a la seva realització. Aquest fet es configura com el principal obstacle per tal de mesurar la despesa que suposen aquestes activitats i, a la fi, per conèixer l'esforç real que impliquen les competències locals en salut pública. La complexitat d'establir indicadors econòmics reals que fixin els nivells de despesa dels municipis ja havia estat detectada per les investigacions precedents. «La gran variabilitat en l'organització i el desenvolupament de les activitats dels ajuntaments fa que les dades sobre el pressupost s'hagin d'analitzar amb precaució, perquè pot haver-hi moltes desviacions» [Llebaria (coord.), 2010: 77]. La lectura d'aquest apartat, doncs, s'ha de realitzar amb la cautela i la prudència pertinents d'acord amb totes aquestes apreciacions del funcionament intern.

La despesa dels municipis: la protecció i la promoció per àmbits d'actuació

Aquest apartat té com a objectiu analitzar la despesa en salut pública del departament que centralitza les actuacions en aquesta matèria en funció de l'àmbit d'actuació, sense tenir en compte les despeses de personal comptabilitzades en el capítol 1. Aquest fet permet observar quins van ser els recursos assignats l'any 2009 a cadascun dels àmbits d'actuació, i comparar-los entre ells. Al seu torn, la comptabilització de la despesa visualitza quin pes tenen aquestes activitats en els departaments que centralitzen les actuacions en salut pública.

Aquesta anàlisi es porta a terme a partir de les dades referents a la despesa que va realitzar el departament que centralitza les actuacions en salut pública l'any 2009 per a cadascun dels grans àmbits d'actuació: sanitat ambiental, plagues i animals peridomèstics, seguretat alimentària, dins del bloc de protecció i promoció de la salut, que es tracta de forma conjunta. Per a aquestes dades s'ha obtingut un percentatge de resposta que oscil·la entre 48 i 59 casos, que representen el 62,3% i el 76,6% dels municipis estudiats. Aquestes variables poden oferir una aproximació indicària sobre el seguiment i la implicació dels departaments sobre les activitats que desenvolupen. Així, si l'activitat és prestada des del mateix departament, la informació disponible és major que en aquells casos en què l'activitat és prestada per altres àrees o altres ens.

La protecció de la salut: sanitat ambiental, gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues i seguretat alimentària

A nivell general, pel que fa a les activitats obligatòries en protecció de la salut cal destacar que existeix una distància àmplia entre els imports màxims i mínims. Tal com es pot observar en la taula 53, alguns indicadors estadístics com el rang de les dades, entès com la diferència entre el valor màxim i el valor mínim, i la desviació típica reflecteixen que la dispersió de la informació obtinguda és altament elevada. L'actuació

Taula 53. Despesa en activitats en protecció de la salut (euros)

	Sanitat ambiental	Animals peridomèstics i plagues	Seguretat alimentària
N	52	59	48
Suma	909.706,30	1.273.558,50	424.805,80
Mitjana	17.494,40	21.585,70	8.850,10
Desviació típica	19.406,10	22.458,00	11.195,40
Mínim	0	3.187,50	0
Màxim	83.000,00	144.200,70	43.470,70
Rang de les dades	83.000,00	141.013,20	43.470,70

en la gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues és la que acumula un nombre de dades més heterogènies i el rang d'aquesta variable és de 141.013,2 euros. Com s'ha comentat en els capítols 8 i 9, dedicats a l'anàlisi dels serveis i les activitats prestades, no totes les localitats presten el mateix nombre de serveis, ni tampoc utilitzen els mateixos mitjans per fer-ho. D'altra banda, aquestes diferències reflecteixen que, independentment dels serveis que es cobreixen en cada localitat, aquests es poden prestar en diferents graus d'intensitat.

La gestió del risc dels animals peridomèstics i de les plagues és l'àmbit d'actuació en protecció de la salut que suposa una despesa més elevada als departaments en salut pública. L'any 2009 els departaments que coordinen les accions en salut pública van realitzar una despesa total en aquest tipus d'activitats que ascendeix fins a 1.273.558,5 euros. És important destacar que, com s'ha esmentat en el capítol 8, aquestes actuacions són les que concentren un grau més elevat de concessió. La realització de les actuacions en sanitat ambiental l'any 2009 va suposar una despesa total per a aquests municipis de 909.706,3 euros. Les activitats en seguretat alimentària són les que tenen una despesa inferior i se situen a força distància dels altres àmbits en protecció de la salut. En aquest sentit, cal tenir en compte dos aspectes: en primer lloc, cal recordar que les activitats que feien referència a aquesta matèria eren les que es prestaven en menor mesura i, alhora, eren les que s'encomanaven en un percentatge major de municipis a l'Agència de Protecció de la Salut. Aquest fet explica que el nombre de casos que no faciliten informació o bé afirmen no tenir despesa per la prestació d'aquestes activitats sigui més elevat que per a la resta d'actuacions.

Promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Per a les activitats en promoció de la salut es disposa d'informació de 57 localitats, que representen el 74% del total. Aquesta dada, juntament amb les activitats en gestió del risc d'animals peridomèstics i de les plagues, és una de les variables de des-

pesa que acumula un nombre més elevat de resposta, fet que ens indica que sovint els departaments en salut pública coordinen una part d'aquestes actuacions. En aquest àmbit d'activitat, l'heterogeneïtat de les dades s'incrementa respecte, les dades de protecció de la salut, ja que el rang de les dades, la distància entre el valor mínim i el màxim, ascendeix fins a 706.839,6 euros. Tal i com s'aprecia a la taula 54, la despesa mínima dels departaments en salut pública en activitats en promoció de la salut se situa en 529,4 euros i la màxima en 707.369 euros. D'altra banda, l'any 2009 els departaments que centralitzen les actuacions en salut pública van realitzar una despesa total en promoció de 2.385.340,5 euros. La mitjana de la despesa en promoció de la salut és més elevada que la mitjana obtinguda per cap dels àmbits tractats en protecció. Aquestes dades corroboren el que ja s'havia observat en el capítol 9: la rellevància que s'ha atorgat a les actuacions d'aquest àmbit tot i ser serveis que els municipis cobreixen de forma no obligatòria, i alhora, apunta a una major centralització de les activitats de promoció i prevenció de la salut en els departaments de salut pública que en les activitats de protecció.

Ara bé, cal tenir present que quan analitzem la informació facilitada a partir de la classificació econòmica, podem observar que aquesta lògica de pesos relatius s'inverteix. En qualsevol cas, però, hem considerat que la informació aportada pel departament és més explicativa de l'activitat del mateix departament de salut i que, en canvi, la informació pressupostària facilitada pels departaments d'intervenció indica la despesa municipal total així com les fórmules d'assignació de la mateixa en els diversos conceptes pressupostaris.

Així, tot i que la informació econòmica facilitada per les persones entrevistades pot ser incompleta (i no inclou les despeses totals per a totes les activitats), ens permet reforçar algunes de les conclusions a les quals s'ha arribat en capítols anteriors. En primer lloc, el fet que diferents àrees de l'Ajuntament coordinin activitats en salut pública constitueix el principal obstacle per tal de realitzar una anàlisi de la gestió de la salut pública que reculli informació homogènia i comparable entre els diferents ajun-

Taula 54. Despesa en activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia (euros)

	Promoció de la salut
N	57
Suma	2.385.340,50
Mitjana	41.848,10
Desviació típica	97.746,00
Mínim	529,40
Màxim	707.369,00
Rang de les dades	706.839,60

taments. En segon lloc, les diferències en els nivells de prestació dels serveis en matèria de salut pública i en els instruments utilitzats es reproduïen en les diferències de despesa a càrrec dels departaments de salut pública. En tercer i darrer lloc, els resultats obtinguts reflecteixen que les activitats en promoció de la salut i prevenció de la malaltia han adquirit molta importància si es té en compte que són activitats que no s'han previst com a actuacions mínimes.

La despesa en matèria de salut pública segons la classificació econòmica del pressupost

El document que estableix els criteris utilitzats per a la classificació del pressupost és l'*Orden ministerial 20-9-1989 del Ministerio de Economía y Hacienda, sobre la estructura de los presupuestos de las Entidades Locales*. Aquest document estableix dos tipus de classificacions per estructurar els pressupostos municipals de despeses. La primera, que té una finalitat principalment comptable, és la classificació econòmica i agrupa els crèdits per capítols, segons les operacions corrents, les de capital i les financeres. La segona, la classificació funcional, ordena les despeses segons la seva finalitat i els objectius que es vulguin assolir. El text de la pregunta on se sol·licitava la informació referent a la classificació econòmica del pressupost plantejava «quina quantia total es va assignar al departament de salut pública», per després aturar-se en algunes desagregacions corresponents a les matèries i activitats tractades. En concret, es demanava:

- Despesa en previsió inicial del departament per als capítols 1, 2, 4 i 6 per al 2009.
- Despesa en obligacions reconegudes per als capítols 1, 2, 4 i 6 per al 2009.
- Despesa segons dedicació a protecció o promoció dels capítols 2 i 4 en obligacions reconegudes.
- Despesa en salut pública, en obligacions reconegudes, realitzada per altres departaments.

La intenció d'aquest plantejament era intentar capturar qualsevol despesa realitzada en matèries subjectes a estudi. La realitat, però, ha superat les previsions de casuística específica en aquest àmbit. Un cop analitzades les dades remeses, s'ha conclòs que, en termes generals, les dades responen a dos criteris:

- Càlcul realitzat expressament per completar l'estudi a partir de la recollida de la informació que hagi pogut realitzar el responsable del departament entrevistat o la intervenció municipal.
- Els imports corresponents a la subfunció 4.1.3, que fa referència a les actuacions relatives a la salut sota el títol *Acciones públicas relativas a la salud*, inclosa a l'*Orden ministerial 20-9-1989 del Ministerio de Economía y Hacienda, sobre la estructura de los presupuestos de las Entidades Locales*.

Tot i que el detall de la sol·licitud s'ajustava més a la primera de les possibilitats, cal dir que pensem que ha estat un mètode de càlcul minoritari i que existeix el risc de no

haver-hi inclòs alguns imports rellevants, fet que distorsiona la comparabilitat de les dades. La segona opció, molt més «pacífica» pel que fa a la comparabilitat atès que es tracta d'un concepte definit normativament, no ho és a la pràctica atès que molts conceptes no són unívocs i la seva despesa pot haver estat assignada a altres subfuncions. De la mateixa manera, és possible que crèdits corresponents a aspectes que l'estudi no consideraria com a salut pública hagin estat assignats a aquesta subfunció. La taula 55 resumeix la suma, la mitjana, la desviació típica, el mínim i màxim de la despesa segons la classificació econòmica del pressupost pels ajuntaments que han facilitat aquesta informació.

El capítol 1 de la classificació econòmica del pressupost de despeses municipal recull les despeses del personal, ja sigui funcionari o laboral, que treballa al servei de l'Ajuntament. S'ha obtingut informació per a 52 municipis, que representen el 67,5% de les localitats enquestades. L'assignació del personal a matèries i àmbits funcionals concrets pot no resultar simple. El perfil de la major part del personal en un municipi és força transversal; és a dir, un mateix professional pot gestionar diferents temàtiques i és poc probable que s'assigni la despesa corresponent a les remuneracions de forma proporcional a cadascuna. En general, la despesa en personal s'assigna en bloc a una o altra matèria. En cas d'haver facilitat la informació corresponent a la classificació funcional, és possible que aquella despesa hagi estat assignada a una altra funció. Aquest fet ha produït que determinats municipis que tenen equips de personal realitzant tasques en salut pública hagin respost que no tenen cap despesa assignada al capítol 1 per a aquest àmbit. Així, de les 52 localitats que han respost aquesta pregunta, 9 municipis afirmen tenir una despesa de 0 euros en el capítol 1, i d'aquests, n'hi ha 6 que disposen d'alguna persona que duu a terme funcions en salut pública.

Les dades obtingudes mostren la gran variabilitat existent de dedicació a la salut pública en els ajuntaments entrevistats i l'heterogeneïtat del volum de persones que conformen els equips de treball. N'és una mostra que les dades oscil·len entre 0 i 818.403,2 euros. Els 52 municipis que han respost aquesta pregunta l'any 2009 van realitzar una despesa total en personal que treballa en l'àmbit de la salut pública de 6.773.640,8 euros. Aquesta informació ens permet calcular de manera aproximada la despesa mitjana que suposa per a l'Ajuntament cadascun dels treballadors en salut pública. Aquesta xifra ascendeix a 30.969,7 euros per persona i oscil·la entre 0 i 57.697,2 euros. El valor mínim s'explica per una dedicació setmanal molt reduïda a la salut pública. La informació obtinguda ens permet corroborar algunes de les conclusions a les quals s'havia arribat en l'apartat 7, relatiu als recursos utilitzats pels municipis i és el fet que el treballadors en salut són un col·lectiu amb un alt nivell formatiu, amb categories professionals elevades i que conserva una certa antiguitat a l'Ajuntament. Aquest fet queda reflectit en la despesa mitjana que suposa per a l'Ajuntament cada treballador.

Pel que fa a la despesa corresponent al capítol 2 de la classificació econòmica del pressupost, que recull la compra de béns i serveis, han facilitat informació 59 localitats, que representen el 76,6% del total. Com indica el seu títol, aquesta despesa està relacionada amb els subministraments i també amb la contractació dels serveis externs.

Taula 55. Despesa en salut pública segons classificació econòmica del pressupost

	Capítol 1	Capítol 2	Capítol 4	Capítol 6	Total
N	52	59	58	56	55
Suma	6.773.640,8	4.955.774,1	860.329,4	404.159,7	13.330.707,7
Mitjana	130.262,3	83.996,2	14.833,3	7.217,1	242.376,5
Desviació típica	189.278,3	75.565,9	23.648,4	31.230,4	279.012,6
Mínim	0,0	8.095,0	0,0	0,0	3.000,0
Màxim	818.403,2	432.145,0	109.029,6	210.000,0	1.433.296,0

Les dades indiquen que la despesa total dels 59 ajuntaments que han facilitat aquest tipus d'informació és de 4.955.774,1 euros. La quantitat mínima destinada a béns corrents i serveis en salut pública és de 8.095, el màxim és de 432.145 euros i la mitjana de despesa assignada a aquest capítol ascendeix a 83.996,2 euros. Aquestes xifres indiquen que una mica més d'una tercera part de la despesa total realitzada l'any 2009 en salut pública es va destinar a la compra de béns i serveis.

La despesa comptabilitzada en el capítol 4 quantifica les transferències corrents realitzades a altres entitats dependents de l'Ajuntament, com organismes autònoms o empreses municipals, així com les transferències realitzades a ens en els quals participa el municipi, com mancomunitats o consorcis. Tal i com ja s'ha analitzat, la prestació dels serveis de salut pública mitjançant eines de cooperació (mancomunitats i consorcis) és poc habitual. En definitiva, els municipis han constituït pocs ens de cooperació per a la gestió d'activitats vinculades a aquesta temàtica. D'altra banda, els ens dependents de l'Ajuntament que realitzen funcions en aquesta matèria són presents en poques localitats. Així, un 32,8% dels municipis que han respost aquesta variable, 19 sobre 58, afirmen que la seva despesa computada en el capítol 4 és igual a 0. El volum total de transferències realitzat cap a altres ens dependents i de cooperació municipal en el conjunt d'ajuntaments que han respost aquesta variable és de 860.329,4 euros i la quantitat màxima és de 109.029 euros. Si es compara aquesta informació amb les dades obtingudes per als capítols 1 i 2, s'observa que la despesa en aquests capítols, destinats al personal i a la compra de béns i serveis, es molt més elevada que la despesa en transferències corrents, fet que indica que el pes principal de la despesa, i per tant la gestió de la salut pública, es vehicula a través de l'Ajuntament en forma de personal propi i de contractes. El fet que s'hagi arribat a un acord entre la Generalitat de Catalunya, l'Associació Catalana de Municipis i Comarques i la Federació de Municipis de Catalunya pel qual els convenis acordats entre els municipis i l'Agència de Protecció de la Salut no tindran cap contraprestació econòmica redueix el pes assignat a aquest capítol del pressupost.

Les inversions reals comptabilitzades en el capítol 6 formen part de les despeses de capital, és a dir, d'aquelles despeses destinades a la compra de béns que tinguin una

vida útil superior a l'any. Per tant, aquesta variable ens indicarà quina és la inversió realitzada pels ajuntaments a llarg termini per a la realització d'activitats en matèria de salut pública. Aquesta xifra, per a la qual es disposa d'informació per a 56 ajuntaments, mostra el nivell reduït d'inversió realitzat per desenvolupar activitats en aquest àmbit. Així, del total de respostes obtingudes, 48 municipis afirmen haver realitzat una despesa de capital de zero euros. Les altres vuit localitats van generar una despesa situada entre 945,5 i 210.000 euros. Aquesta dada mostra el baix nivell d'assignació de despesa vinculada a inversió als àmbits de salut pública en els municipis i posa en relleu el pes relatiu de la despesa corrent.

El total de la despesa en matèria de salut pública és el sumatori de la despesa destinada al personal, a la compra de béns i serveis i a les transferències corrents a altres ens, així com a les inversions reals realitzades. Per aquesta variable han respost un total de 55 ajuntaments, que representen el 71,4% de les localitats observades. Aquests ajuntaments van realitzar una despesa total de 13.330.707,7 euros en salut pública. L'Ajuntament que va realitzar una despesa inferior en aquest àmbit va gastar 3.000 euros i la despesa superior ascendeix a 1.433.296,0 euros. Aquestes dades evidencien els diferents nivells de prestació de serveis i dels recursos disponibles a les localitats estudiades i situa la despesa mitjana per habitant als municipis de la província de Barcelona més grans de 10.000 habitants en 5,8 euros per càpita. Aquesta variable oscil·la entre 0,21 i 22,6 euros per habitant en funció de la localitat. Aquesta xifra coincideix força amb el càlcul realitzat pel Departament de Salut de la Generalitat que ascendia a 5,12 euros per habitant [Llebaria (coord.), 2010]. Cal tenir en compte, però, que la mitjana d'aquest estudi, no té en compte la despesa destinada als animals domèstics i de companyia, i que aquella investigació tenia un univers d'estudi diferent. D'altra banda, aquesta dada també s'aproxima a la despesa quantificada en l'estudi de la Diputació de Barcelona (Diputació de Barcelona, 2001), que situava aquesta xifra en 5,7 euros per càpita per als municipis d'entre 10.000 i 20.000 habitants, i en 10,2 euros per habitant per a les localitats més grans de 20.000 habitants.

La despesa destinada a salut pública realitzada per altres departaments no serà analitzada a causa del baix nivell de resposta obtingut. En concret, per a aquest conjunt de variables han respost entre 11 i 15 del total de 77 municipis inclosos en l'estudi. Com ja s'ha esmentat anteriorment, el baix nivell de resposta per aquestes variables es deu a les dificultats que es presenten per obtenir les dades d'altres departaments.

Les fonts de finançament de la salut pública municipal

El finançament de la gestió municipal de les activitats en salut pública s'estructura a partir de recursos propis dels municipis i de transferències d'altres administracions. Per a la prestació de determinats serveis, els ajuntaments poden haver establert taxes o preus públics i haver determinat sancions econòmiques per l'incompliment de la normativa aplicable en cada cas. Pel que fa a l'assignació de fons del propi Ajuntament, s'han obtingut dades per a 47 localitats, que representen el 61% del total dels casos.

Taula 56. Distribució de municipis que apliquen taxes i preus públics en matèria de salut pública

	Freqüència			Percentatge		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Mercats	34	29	63	54,0	46,0	100,0
Piscines	27	39	66	40,9	59,1	100,0
Inspeccions	27	42	69	39,1	60,9	100,0
Plagues	9	59	68	13,2	86,8	100,0
DDD	8	59	67	11,9	88,1	100,0
Altres	22	48	70	31,4	68,6	100,0

En aquests ajuntaments es va assignar un total de 8.631.151,8 euros. El mínim se situa en 0 i el màxim en 902.108,7 euros. La localitat que afirma no assignar cap fons procedent de l'Ajuntament per a la realització de tasques en salut pública obté fonts de finançament procedents de taxes, sancions i convenis d'un volum considerable.

Pel que fa les taxes i les sancions, destaca l'alt percentatge de municipis que manifesten que no van obtenir finançament mitjançant aquests instruments l'any 2009. Aquesta informació contrasta amb el percentatge de municipis que van respondre que s'havien establert ordenances fiscals que fixaven taxes o preus públics en matèria de salut pública. La taula 56 descriu les taxes i els preus públics previstos amb més freqüència que són els que fan referència a mercats, piscines i inspeccions. Pel que fa les activitats relatives al control de plagues i la desinfecció, desinsectació i desratització (DDD), se n'han previst en menor mesura. Pel que fa les altres taxes, un nombre important de municipis n'aplica per l'emissió de les autoritzacions sanitàries.

Així, dels 51 municipis que van respondre la pregunta sobre l'ingrés obtingut a través de les taxes, el 39,2% va quantificar-lo en zero. La quantitat total que van recaptar els municipis procedent de taxes l'any 2009 ascendeix a 1.025.559,26 euros, distribuïts de manera molt heterogènia, ja que el mínim se situa en 0 i el màxim en 410.543 euros. Pel que fa a les sancions, s'han obtingut dades per a 52 localitats, 41 de les quals afirma no haver obtingut cap ingrés d'aquest tipus. Els onze municipis restants van recaptar 86.929 euros procedents d'aquesta font i els valors també són molt heterogenis.

Pel que fa als ingressos procedents d'altres administracions, destaca l'important pes dels recursos obtinguts a través de subvencions. Les 69 localitats que han facilitat aquesta informació, que representen el 89,6% de les poblacions enquestades, van rebre un total de 2.506.084 euros l'any 2009, quantitat que oscil·la entre 1.000 i 514.300,4 euros. Aquesta informació serà analitzada amb més detall en l'epígraf següent.

Les subvencions en salut pública

Tot i la manca de coneixement general sobre la informació econòmica en matèria de salut pública, les persones entrevistades van demostrar tenir més control de les subvencions que havien rebut l'any 2009 per la realització d'actuacions en salut pública. Així, 69 localitats, que representen el 89,6% dels municipis observats, han facilitat informació sobre les subvencions rebudes i només en un cas un municipi no sabia la quantitat que representava aquesta ajuda. Aquest és el percentatge de resposta més alt que s'ha obtingut per a aquest bloc de preguntes, tot i que no se situa gaire per sobre d'algunes de les variables descrites en l'apartat anterior. Si bé la resta d'informació econòmica recollida té una manca de consistència evident, no succeeix el mateix amb la informació relativa a les subvencions. Un dels fets que demostra la major fiabilitat d'aquestes dades és que aquesta informació, en pràcticament tots els casos, va ser resposta directament el dia de l'entrevista sense cap tipus de dificultat per la persona entrevistada.

El control dels responsables i dels tècnics sobre aquesta informació probablement es deu a les tasques prèvies i posteriors que s'han de realitzar a l'hora de sol·licitar aquestes ajudes, com per exemple la presentació de documentació que justifiqui les quanties econòmiques sol·licitades (memòries d'activitats, factures o presentació de projectes, entre d'altres). Pel que fa les subvencions, cal esmentar que en molts casos la quantia final inclou els animals de companyia ja que la Diputació concedeix subvencions per activitats referents als animals de companyia, les aus i els coloms, fet que produeix que no es pugui conèixer a quin dels dos àmbits (animals domèstics i de companyia o animals salvatges urbans i aus) s'ha destinat.

La major part de municipis enquestats, el 96,1%, va rebre l'any 2009 alguna subvenció per finançar activitats en salut pública i només tres municipis no van rebre cap ajuda d'aquest tipus. La taula 57 mostra que l'any 2009 les localitats enquestades van rebre 865.831,7 euros per la realització d'activitats en promoció de la salut, 628.975,5 euros per a actuacions en proteccions de la salut i que 800.918,8 euros es van atorgar per a realitzar activitats dels dos àmbits. Les dades mostren que, tot i que s'atorguen més subvencions per a la realització d'activitats obligatòries, s'atorga un volum superior de recursos a les activitats destinades a promoció de la salut.

Com es pot veure a la taula 58, si s'analitzen les subvencions en funció de l'administració emissora, es visualitza clarament el que ja s'havia detectat en els capítols relatius als serveis en salut pública, i és la importància de la Diputació de Barcelona com a finançadora d'una part important de les activitats en aquest àmbit. Sobre el total de subvencions que els municipis van rebre l'any 2009, el 80,7% prové de la Diputació, que va aportar un total d'1.595.290,6 euros. Aquesta quantitat representa el 63,6% del total de recursos que van rebre les localitats observades a través de subvencions. Les subvencions de la Generalitat de Catalunya, que suposen el 14,4% del total d'ajuts rebuts, van aportar el 31,9% del capital (799.738,4 euros). Tot i que aquests són els ens principals que van atorgar subvencions l'any 2009 als ajuntaments estudiats, altres entitats com la Federación Española de Municipios, la Red Española de Ciudades Saludables

Taula 57. Nombre i volum de subvencions segons àmbit a què es destinen

	N*	Quantitat (euros totals)
Promoció de la salut	58	865.831,7
Protecció de la salut	81	628.975,5
Promoció i protecció de la salut	34	800.918,8

*Per la variable Àmbit a què es destinen les subvencions no es disposa d'informació per la totalitat dels casos (181 subvencions).

Taula 58. Nombre de subvencions atorgades i quantitat

	N*	Quantitat (euros totals)
Diputació de Barcelona	143	1.595.290,6
Consell Comarcal	1	2.163,0
Generalitat de Catalunya	25	799.738,4
Federación Española de Municipios	6	79.268,0
Red Española de Ciudades Saludables	2	31.280,0

*Per la variable Quantitat censos totals de la subvenció atorgada no es disposa d'informació per a la totalitat dels casos (181 subvencions).

o els consells comarcals també van aportar recursos econòmics. Tot i que la participació d'aquests ens no té un pes rellevant respecte del total de subvencions rebudes, cal subratllar que entre les tres entitats van fer una aportació total de 112.711 euros.

Aquesta informació porta a preguntar-nos com es distribueixen aquestes ajudes en les localitats estudiades. Cal destacar que en alguns casos les subvencions ascendeixen a xifres força elevades i representen un percentatge important del total d'ingressos de què disposa el municipi. La localitat que va rebre una quantitat inferior va ser subvencionada amb 1.000 euros i el municipi que va rebre la quantitat màxima va obtenir la quantia total de 514.300,4 euros. Les 69 poblacions que han respost aquesta pregunta han rebut subvencions per un valor total que ascendeix a 2.506.084 d'euros, amb una mitjana situada en 36.320,1 euros per municipi. D'altra banda, la quantitat de subvencions rebudes als municipis observats és força heterogènia, ja que el rang de les dades ascendeix a 513.300,4 i la desviació típica fins a 68.495,1. La taula 59 mostra la distribució dels municipis en funció de les subvencions que van rebre l'any 2009. Així, 17 localitats, que representen el 24,6% del total, van rebre subvencions per un valor inferior als 9.000 euros, un 21,7% van rebre entre 9.000 i 18.000 euros, un 30,4% entre 18.000 i 36.000 euros, i un 23,2% van rebre subvencions per més de 36.000 euros.

Taula 59. Nombre de municipis segons valor de les subvencions rebudes

	Freqüència	Percentatge
Menys de 9.000 euros	17	24,6
Entre 9.001 i 18.000 euros	15	21,7
Entre 18.001 i 36.000 euros	21	30,4
Més de 36.000 euros	16	23,2
Total	69	100,0

El valor de les subvencions rebudes també depèn del nombre d'habitants que tingui la localitat. S'observa que les localitats amb una grandària poblacional major són les que han rebut un volum econòmic superior de subvencions i, en canvi, les localitats més petites són les que van rebre menys ajudes per promoure la realització d'activitats en salut pública. Probablement, aquesta desigualtat s'expliqui perquè el volum econòmic rebut depengui, en part, d'aquest fet. Tot i així, cal recordar que els municipis amb una població inferior són els que tenen més dificultats per desenvolupar aquest tipus d'actuacions i els que disposen de menys recursos materials i, lògicament, econòmics. La taula 60 quantifica el total i la mitjana de subvencions rebudes pels municipis segons el nombre d'habitants. Com es pot observar, els municipis amb un nombre inferior d'habitants, que alhora són els que concentren un nombre superior de localitats, van rebre subvencions per un valor total de 378.687,03 euros, xifra inferior que la resta de municipis. A l'altre extrem, els nou municipis amb una població superior als 75.000 habitants, van rebre un total de 1.046.840,21 euros i tenen una mitjana de 104.684 euros per població. D'altra banda, cal tenir en compte que a major volum de població la desviació típica és més elevada, fet que indica un grau superior d'heterogeneïtat de les dades.

Taula 60. Mitjana i desviació típica de subvencions rebudes segons grandària poblacional (euros)

	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim	Suma
Entre 10.000 i 20.000 habitants	31	12.215,7	9.454,3	1.000,0	39.007,0	378.687,0
Entre 20.001 i 50.000 habitants	20	27.466,8	31.205,0	1.300,0	146.300,0	549.335,6
Entre 50.001 i 75.000 habitants	8	66.402,6	55.494,7	19.025,0	188.513,2	5.312.221,2
Més de 75.000 habitants	10	104.684,0	150.085,7	21.912,0	514.300,4	1.046.840,2

En definitiva, l'existència de criteris diferents de quantificació de la despesa als ajuntaments enquestats es configura com el principal obstacle per realitzar una anàlisi consistent, homogènia i comparable de la despesa que suposa per als municipis la realització de les funcions en salut pública. La dificultat per accedir a informació exacta, l'amplitud del concepte de salut pública, així com la detecció de mètodes diferents de quantificació de la despesa, impliquen la necessitat d'una metodologia que permeti treballar les dades a partir de la realitat del funcionament dels departaments de salut pública.

Una part d'aquesta informació és coherent i permet corroborar algunes de les tendències i conclusions de l'estudi a les quals s'havia arribat en els capítols anteriors; ara bé, les dades a què s'ha tingut accés no mostren una coherència interna suficient per fixar la xifra exacta de la despesa i dels recursos econòmics de què disposen les localitats. El fet que, ara per ara, no existeixi un mètode estandarditzat per quantificar la despesa apunta a la necessitat de la creació de nous instruments que mesurin el cost i els recursos existents dels municipis en la implementació de les polítiques de salut pública als ajuntaments, ja que la *«información económica es un elemento clave en cualquier proceso de planificación y gestión sanitaria. Porque no disponer de datos sobre gasto podría conducir a gastar en áreas o servicios no prioritarios o ya suficientemente dotados, mientras que otros se quedan infradotados»* (Rodríguez; Stoyanova, 2007: 122).

Conclusions i reflexions

La complexitat de la salut pública, entesa com el conjunt d'activitats, serveis i accions dirigides a tenir cura de la salut del conjunt de la comunitat, requereix una anàlisi detallada però alhora que ofereixi una visió de conjunt. Cal tenir present que es tracta d'un àmbit ampli pel que fa a les diverses matèries incloses i alhora específic perquè cadascuna d'elles requereix un tractament propi i sovint diferenciat.

En aquest estudi hem volgut aprofundir en diversos aspectes que es van considerar rellevants en aquesta matèria. Així, ens hem aturat en l'anàlisi de l'estructura i organització política i tècnica, la prestació dels serveis i les activitats i l'existència i intensitat de les xarxes col·laboratives. Com sol passar en acabar un treball d'aquestes característiques, la primera reacció dels investigadors és que encara queda camí per recórrer i que cal analitzar de forma més detallada les diferents vessants, pel que fa a la gestió, la implementació, el règim econòmic, així com les lògiques de col·laboració interinstitucionals i, és clar, els efectes i impactes d'aquestes polítiques en la població.

Aquesta pot ser una primera eina, però no ha de ser la darrera, en l'esforç per conèixer quina és la realitat del funcionament municipal en aquesta matèria i quin ha de ser l'horitzó que ha d'indicar el futur desenvolupament que permeti articular propostes concretes i viables per a la millora. Els municipis s'han configurat com una peça fonamental en el funcionament de l'estat del benestar i sovint es troben en una posició compromesa del sistema: reben la pressió immediata de les demandes i reivindicacions de la ciutadania i, alhora, han de fer front a les seves competències.

A partir de l'estudi de la gestió municipal sovint se'ns planteja la pregunta de quins serveis i matèries s'han encomanat a la gestió municipal, per què i quins són els efectes d'aquesta possible saturació funcional per a l'estructura dels nostres ajuntaments. Uns ajuntaments, com sabem, de dimensions reduïdes i que no sempre han estat dotats dels mecanismes i recursos adients per fer front amb èxit als reptes a què s'enfronten. Aquestes qüestions emergeixen amb força en l'anàlisi de totes les temàtiques incloses dins de la salut pública. Totes i cadascuna de les activitats i actuacions impliquen un elevat grau de complexitat tècnica i conceptual, suposen disposar de recursos materials i econòmics suficients i de professionals d'alt nivell de qualificació. Aquestes conclusions intenten aportar informació sobre aquests aspectes i, alhora, plantejar algunes reflexions que puguin ser d'utilitat. Per tal de facilitar la lectura, hem optat per separar les conclusions.

La salut pública: un objecte d'estudi ampli i divers

El primer pas en l'elaboració de qualsevol projecte d'aquestes característiques sol ser identificar què volem estudiar. És una tasca que sempre resulta més complexa del que s'havia previst i que és un element fonamental en el bon desenvolupament de les etapes següents. La salut pública és un objecte d'estudi molt ampli i divers que implica accions i activitats de naturalesa molt diferent.

Així, la major part de les actuacions relacionades amb la protecció de la salut han estat tractades per la legislació vigent (Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública) com a competències mínimes obligatòries. La nota més significativa dels àmbits i activitats d'aquest bloc és que responen a la lògica de les funcions clàssiques de les administracions: autorització, control i procés sancionador. D'altra banda, les actuacions incloses en la promoció de la salut tenen una naturalesa molt més proactiva, dirigida a la millora de la salut i la prevenció de la malaltia. Aquestes activitats, tot i estar entre el conjunt de competències municipals, no han estat considerades de prestació mínima obligatòria.

Aquesta primera nota, ja ens determina que la gestió de cadascuna d'elles haurà de ser diferent i específica. En definitiva, es tracta d'una matèria de gestió, i d'estudi, complexos.

La definició del projecte i la metodologia: punts forts i punts febles

Probablement, no és gaire habitual que l'estructuració de la metodologia d'estudi constitueixi en si mateixa un element de les conclusions, però hem considerat que, per tal de facilitar futurs apropaments, era recomanable recollir alguns elements rellevants. El treball es va articular a partir d'un qüestionari administrat personalment per un membre de l'equip de recerca; la major part de preguntes havien estat tancades a partir del treball conjunt amb el Servei de Salut Pública de la Diputació de Barcelona. Aquests dos elements han estat una peça fonamental en el bon funcionament del treball de camp.

- Dels 79 ajuntaments de la província de Barcelona de població superior als 10.000 habitants, van participar en l'estudi 77, que suposen un 97,5% de l'univers total d'estudi.
- Els responsables del servei van respondre un qüestionari ampli i detallat.
- A través de les respostes es va configurar una base de dades de 1.824 variables.
- El nombre de preguntes no respostes és molt baix per a alguns blocs del qüestionari i baix o mitjà per a la part que revestia una major complexitat: la informació econòmica i pressupostària.
- Per a propers estudis, val la pena considerar la possibilitat de modificar l'estructura i el contingut de les preguntes que fan referència a aspectes econòmics i pressupostaris.

La direcció política: una visió insuficient

Tots els ajuntaments han previst les matèries de salut pública en el seu cartipàs, però majoritàriament ho han fet de forma compartida amb altres àmbits. En la major part dels casos es tracta d'una regidoria amb atribucions directes i la dedicació parcial és el tipus de dedicació més freqüent fins a trams de població elevats. Només entre els municipis de més de 75.000 habitants, pren força la dedicació exclusiva però, fins i tot en aquests municipis, la presència de la dedicació parcial o la no previsió de dedicació té una presència important (3 dels 10 casos i, per tant, un 30% dels municipis que componen el tram).

Aquestes característiques indiquen un reconeixement de la matèria entre les preocupacions municipals però, alhora, poden ser un indicatiu de poca intensitat de la figura de la regidoria en l'organigrama polític.

Un altre possible element rellevant és la delegació de les atribucions de l'alcaldia com a autoritat sanitària. La delegació i la retenció queden igualades en percentatge però s'aprecia de forma clara un canvi de tendència en el cas dels municipis més grans. Si fins als 50.000 habitants la delegació de l'atribució s'ha produït en menys d'un 50% dels ajuntaments, a partir d'aquest tall el percentatge ascendeix al 80% o més. En definitiva, en els municipis de més població, els alcaldes han delegat l'atribució amb molta més freqüència.

No tenim informació sobre quin és l'àmbit de direcció d'aquestes regidories. En definitiva, un cop realitzat l'estudi, hem pogut constatar que les activitats d'aquesta matèria es presten des de serveis i departaments diferents. A partir de les dades disponibles no podem concloure si la regidoria té capacitat de direcció sobre qualsevol activitat independentment de qui la gestioni o si se centra exclusivament en el departament. Atesa la gran fragmentació en la gestió, es tracta d'un aspecte que requeriria un estudi més aprofundit, ja que podria configurar-se com un element important en la coordinació transversal de les actuacions de l'Ajuntament en aquesta matèria.

La planificació de caire general en l'àmbit de la salut pública i la cultura de l'avaluació: un aspecte a millorar

La planificació amb voluntat de visió completa de tota la matèria es dona de forma molt poc freqüent. Cal tenir present, però, que les característiques dels blocs d'activitat poden tenir un cert impacte en la visió global.

- Es tracta d'activitats molt diferents entre si. Conceptualment, les competències en protecció i promoció de la salut són molt diferents i també ho són les activitats previstes dins del bloc de protecció. Aquest fet pot generar una certa manca de visió de conjunt.
- Les activitats de protecció componen mínims de prestació obligatòria i tenen un nucli molt vinculat a les funcions tradicionals de l'administració pública: autoritza-

ció, control i inspecció, i activitat sancionadora. És possible que aquesta naturalesa reglada configuri un desincentiu a la percepció de necessitat de planificació.

- Sovint les activitats es gestionen i es coordinen des de diferents departaments de l'ajuntament i fins i tot en col·laboració amb actors externs. Aquest fet, que en teoria hauria de suposar un motiu per fer una planificació que doti d'una vertebració de conjunt a la matèria, pot implicar a la pràctica una dificultat.

La informació aportada pels municipis mostra també un baix nivell d'avaluació dels objectius quan s'han definit. La cultura de l'avaluació comença a estar present, però de forma encara molt tímida, almenys en relació amb la planificació general. Cal tenir present, però, que no es van formular preguntes respecte de l'avaluació dels plans específics, que són més freqüents.

La planificació específica i les eines d'anàlisi i estudi per a aspectes determinats: una pràctica molt estesa

Els ajuntaments han optat per desenvolupar plans i programes específics per a determinades activitats i temàtiques. Amb referència a aquesta planificació específica val la pena destacar alguns aspectes:

- La major part dels ajuntaments estudiats elaboren plans que afecten matèries concretes i sovint n'elaboren uns quants. Més del 68% dels ajuntaments afirmen haver elaborat algun pla específic.
- Menys habitual seria l'ús de sistemes d'informació sanitària, estudis i observatoris en salut pública.
- L'àmplia majoria (un 70,1% dels municipis) documenta les activitats que porta a terme i l'eina més freqüent per fer-ho és la memòria d'activitats. Aquesta pràctica és més estesa a mesura que ascendim en els trams de població. Una àmplia minoria dels municipis d'entre 10.000 i 20.000 habitants documenta les seves activitats (el 48,6% dels estudiats). A partir d'aquest tram, la pràctica esdevé àmpliament majoritària: el 79,2% dels municipis amb població superior als 20.000 habitants, i a partir dels 50.000 habitants ho documenten tots els ajuntaments estudiats.

Pel que fa al contingut d'aquestes eines de planificació i programació específica, val la pena destacar que, de l'anàlisi de les dades obtingudes, es poden plantejar algunes visions de conjunt.

- El contingut temàtic d'aquestes eines incideix de manera més freqüent en activitats relacionades amb la promoció de la salut, i de manera molt especial en el consum de substàncies addictives il·legals (drogodependències) i en salut alimentària, en l'àmbit de l'alimentació i la nutrició.
- Pel que fa a les activitats de protecció només apareixen esmentades en relació amb temàtiques molt concretes, com podria ser el control del mosquit tigre.

Pel que fa als destinataris d'aquests plans, s'observa una certa tendència a considerar de forma especial col·lectius que per motius diversos poden considerar-se més vul-

nerables. Així, és freqüent que els plans i programes facin especial incidència en les dones, els joves, la gent gran o les persones immigrades. Es configuraria, doncs, com un àmbit d'atenció a la comunitat en general, però amb especial atenció a alguns col·lectius.

El consell de salut pública: una eina amb moltes potencialitats per explorar

El consell de salut pública es troba present en un 35,1% dels municipis estudiats. En aquest cas, de nou el tram de població hi incideix i els municipis més grans han constituït un consell de forma més freqüent. La major part d'ells han estat creats de forma relativament recent, a partir de l'any 2000.

El consell de salut és un mecanisme de participació i planificació que permetria articular una visió de conjunt a partir de la participació de diferents sectors implicats. De fet, la composició interna dels consells de salut dels municipis estudiats sembla indicar aquesta voluntat de cerca de complicitats i planificació consensual, ja que incorporen un ventall ampli de sectors, fet que sembla reforçar la idea d'instrument de coordinació d'una política que es gestiona en xarxa.

En l'estudi de les funcions atribuïdes, s'observa que les més esteses són la canalització d'opinions i suggeriments i la promoció i foment d'activitats. La coordinació de les activitats i l'assessorament tècnic hi són presents però poc habituals. El consell de salut es configuraria com una eina de comunicació entre l'Ajuntament i el teixit associatiu, tot i que, en alguns casos, la seva composició podria ser útil per a funcions de més complexitat.

Els departaments de salut pública i les activitats de salut pública: una realitat fragmentada

L'encaix entre les activitats de salut pública i el departament encarregat de les activitats de salut pública no és sempre evident. Les dades mostren que bona part de les matèries que han estat objecte d'estudi es gestionen des de diferents departaments de l'Ajuntament. Aquest fet ha generat un impacte negatiu important en l'elaboració del present estudi: l'existència d'una pluralitat de fonts dificulta la recollida de dades i introdueix elements que poden conduir a confusions conceptuals i a debilitar, en conseqüència, la consistència de les dades. En resum:

- Habitualment les competències i funcions estan dividides entre diverses àrees i departaments.
- El personal dedicat a la realització d'aquestes activitats dependrà, en conseqüència, de relacions jeràrquiques diferents.
- La despesa es genera a càrrec de partides diverses i s'assigna a funcions diferents de la classificació funcional del pressupost.

- No sempre es produeix una identificació immediata de les activitats i actuacions amb l'àmbit genèric de la salut pública.

En definitiva, cada ajuntament ha desenvolupat una estructura i una assignació d'activitats que respon a necessitats específiques i a la lògica de funcionament de cada ens.

En qualsevol cas, però, només onze ajuntaments estudiats (que representen un 14,3% del total) no disposen ni de departament ni de responsable en salut pública, i a la inversa, més del 60% dels municipis estudiats disposen de departament i de responsable. Aquest fet mostra que la matèria ha estat integrada en les estructures municipals de forma molt habitual i identifica una unitat responsable de la matèria. En aquest cas, de nou, es pot apreciar la importància de la dimensió municipal. Els municipis més grans disposen d'una millor previsió de les estructures.

El personal al servei de la salut pública municipal: professionals altament formats en equips de dimensions reduïdes

Mitjançant les dades recollides hem comptabilitzat un total de 334 professionals al servei dels departaments de salut pública. Malauradament, no s'ha pogut obtenir la informació referent a altres departaments. Es tracta d'un col·lectiu amb un perfil professional alt, que en un 64% dels casos ocupa categories de tècnics superiors o de grau mitjà, que impliquen estudis universitaris. Es pot constatar també un forta multidisciplinarietat, ja que entre els estudis més habituals es poden esmentar la infermeria (17,2%), la psicologia (13,4%), la medicina (13%), la biologia (8,8%) i els treballadors i educadors socials (7,9%).

En una visió més general, podríem resumir que el 60,5% de les persones amb titulació superior han cursat estudis de la branca científicotècnica i un 39,5% provenen d'estudis de la branca social o humanística. Aquest fet és indicatiu de la transversalitat disciplinària de la matèria. La major part d'aquests professionals (un 41,6% del total) treballen de forma conjunta en la protecció i la promoció de la salut, però en cas d'estar especialitzats, la protecció es un àmbit de dedicació més freqüent que la promoció.

Els professionals que provenen de la branca tècnica i experimental tendeixen a desenvolupar amb més freqüència una especialització en activitats de protecció de la salut i, en canvi, les branques socials i humanístiques tendeixen a l'especialització en la promoció de la salut.

Pel que fa a la formació dels equips de treball, les dades mostren que la major part d'equips es componen d'un o dos treballadors (45,5% dels ajuntaments) o de tres o quatre (24,7% dels ajuntaments). Només tindrien equips de més de cinc professionals 19 ajuntaments (un 24% del total d'ajuntaments estudiats). La dimensió poblacional esdevé de nou la clau de volta: els municipis d'entre 10.000 i 20.000 habitants disposen d'equips de salut pública compostos per una mitjana d'1,8 treballadors, i en l'altre extrem, els municipis de més de 75.000 habitants disposen d'equips d'una mitjana de 15,2 treballadors.

Els serveis i activitats obligatoris en l'àmbit de la protecció de la salut: una certa saturació funcional

D'acord amb la legislació vigent, s'han establert 12 activitats de protecció de la salut de prestació mínima obligatòria per part dels municipis. Aquestes activitats es caracteritzen per una elevada especialització tècnica i, alhora, amb un contingut relacionat amb l'activitat d'autorització, control i inspecció i procés sancionador de l'administració pública. Tot i que aquestes activitats són d'obligada prestació, cal dir que en algunes d'elles hem detectat municipis que afirmen que no les exerceixen i que, en principi, tampoc sembla fer-ho cap altre ens o institució per delegació o dispensa.

Aquest fet sembla indicar que els ajuntaments no sempre han assumit de forma completa les seves responsabilitats en matèria de protecció de la salut pública. Ara bé, cal tenir present la complexitat i especificitat a què fèiem referència i l'evolució de la lògica en la previsió del règim local. La Llei 7/1985, de Bases del Règim Local preveu el conjunt de competències dels ajuntaments i estableix la seva obligatorietat a partir del tram de població municipal. Aquest llistat està construït a partir d'una lògica que podríem anomenar «minimalista»; o dit d'una altra manera, estableix un serveis mínims de prestació obligatòria que, almenys en aparença, serien assumibles per un nombre ampli dels ens.

Les activitats en protecció de la salut previstes com a mínimes obligatòries no semblen seguir aquesta lògica, sinó més aviat la tendència que va aparèixer de forma posterior de descentralitzar un nombre ampli de competències i funcions, amb un elevat grau de detall en el seu enunciat. Aquest fet implica un procés inflacionari en les responsabilitats obligatòries municipals i una certa saturació funcional.

El mecanisme que sembla haver-se previst per compensar aquest fet és la creació de l'Agència de Protecció de la Salut, que assumeix la prestació d'aquestes activitats sense contraprestació econòmica. Ara bé, el fet que nou de les dotze activitats de prestació obligatòria no s'estiguin prestant en tots els ajuntaments indicaria que el mecanisme no ha funcionat de forma completa. Hem de recordar que l'estudi se centra en l'anàlisi dels municipis de més de 10.000 habitants, quan aquest és un tall poblacional minoritari en el mapa municipal català. En definitiva, si hi ha municipis de més de 10.000 habitants que afirmen que no presten aquestes activitats, és molt possible que la situació en trams de població inferior sigui més complicada.

Les activitats i actuacions de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, cap a una visió integral de la salut pública

Les activitats i actuacions estudiades incloses en l'àmbit de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, de manera semblant al que succeïa en l'àmbit de protecció, també configuren un conjunt ampli i divers. En aquest cas, però, impliquen una fórmula diferent d'intervenció de l'administració que superaria el model clàssic

d'autorització, control, inspecció i sanció, i es dirigeix a la promoció d'actituds i comportaments entre la població amb la finalitat d'assolir un determinat objectiu públic.

Aquestes actuacions, tot i ser responsabilitat dels ajuntaments, no estan incloses en el nucli d'activitats d'obligada prestació. Es tracta, doncs, de l'àmbit on els municipis poden establir prioritats pròpies. De les vuit activitats de promoció cap d'elles no es presta en tots els ajuntaments estudiats; ara bé, algunes estan molt generalitzades. De fet, cinc de les vuit es presten en 70 ajuntaments o més, que suposen més del 90% dels municipis estudiats.

En definitiva, els municipis mostren un gran interès per aquestes matèries, que alhora són les que han estat objecte de més plans i programes específics. Cal dir també que en aquestes matèries es pot apreciar una major sensibilitat per destinar actuacions de forma específica a col·lectius que poden ser més vulnerables per motius diferents.

Promoció i protecció, una comparació necessària

Les activitats de protecció i les de promoció plantegen diferències importants en la seva naturalesa. Com hem comentat, les primeres es caracteritzen per contenir el nucli de l'obligatorietat en la prestació i per configurar-se a partir de la lògica del funcionament tradicional de l'administració. Les segones, que componen un bloc, tot i que divers, més homogeni internament, responen més a la lògica de la definició de les polítiques públiques. Hem pogut constatar alguns casos en què les activitats de protecció no es prestaven en la seva totalitat i, alhora, un esforç en la realització d'activitats de promoció. La lectura conjunta ofereix una situació no exempta d'una certa paradoxa: municipis que no presten totes les activitats obligatòries realitzen un bon nombre d'activitats de promoció.

Caldria analitzar els motius que porten a aquesta dificultat en la prestació de les activitats de protecció per tal de definir mecanismes de suport adients, alhora que caldria reflexionar sobre quin nivell de govern i en quines condicions se n'ha de fer responsable. El desplegament d'agències i ens de suport dependents de la Generalitat de Catalunya, com seria l'Agència de Salut Pública, pot ser una eina efectiva però que introdueixi impactes en la interiorització de la responsabilitat en el nivell local. En definitiva, la responsabilitat s'assigna als municipis per generar immediatament un ens que pot assumir-ne la prestació.

La mateixa lectura pot fer de les activitats vinculades a l'àmbit de la promoció: cal definir de forma clara les polítiques de suport a la gestió municipal de la matèria i reflexionar sobre quin ha de ser el nivell de govern més adient per al seu desenvolupament. La potencialitat de la gestió municipal d'aquestes polítiques es fonamenta en l'adaptació a les necessitats i peculiaritats locals, però es tracta de temàtiques complexes que requereixen especialització i recursos, que haurien d'estar a disposició dels municipis.

La necessària coordinació entre diferents àrees dels ajuntaments en una matèria de gestió fragmentada. El paper dels departaments de salut pública

Un dels elements que ja havien identificat altres estudis és l'extraordinària fragmentació de la prestació de les activitats en matèria de salut pública entre diferents àrees i departaments dels ajuntaments. Així, de les activitats estudiades, cap d'elles és objecte de prestació per part de l'àrea en tots els casos ni tampoc hi ha cap àrea que les presti en la seva totalitat.

Es tracta, doncs, d'una matèria de gestió molt fragmentada, on els departaments de salut pública desenvolupen un paper molt diferent en funció del cada ajuntament.

La salut pública: polítiques públiques en xarxa

La prestació i la gestió de les activitats en matèria de salut pública poden ser analitzades a partir de la lògica d'un funcionament en xarxa que inclou elements interns dins del mateix Ajuntament (coordinació interdepartamental), externs pel que fa a la societat civil (entitats i associacions) i altres institucions i administracions públiques.

En efecte, les polítiques de salut pública municipals es recolzen en una estructura de suports múltiples. La mateixa estructura de l'Ajuntament esdevé un mecanisme que fragmenta les activitats entre diverses àrees distribuint així el pes de la gestió d'activitats complexes entre departaments amb perfils i professionals de formació diferent.

L'Agència de Protecció de Salut (i la posterior Agència de Salut Pública de Catalunya) ha esdevingut l'eina fonamental per al recolzament dels municipis per a la gestió de les activitats de protecció. Així, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya articula un suport material, sense càrrega pressupostària per als municipis, atès que, per acord amb les associacions municipalistes, aquests convenis no tenen contingut econòmic.

Per acabar, la Diputació de Barcelona realitza una tasca de suport tant a les activitats de protecció com de promoció mitjançant subvencions i facilitant suport tècnic i material als municipis. De fet, és l'ens que realitza aportacions econòmiques més importants d'acord amb les dades facilitades pels municipis.

Es tracta doncs, d'una matèria de gestió complexa, el funcionament de la qual es recolza en una xarxa de suport plural.

La despesa i la gestió pressupostària de les activitats de salut pública: una assignatura pendent

L'anàlisi de la despesa de les activitats en salut pública era un dels principals objectius d'aquest estudi i ha esdevingut un dels aspectes que ha implicat més dificultats, tant

en l'obtenció de les dades com en el seu tractament i explotació. La gran heterogeneïtat en la casuística de prestació dels serveis i activitats i la manca d'un model estandaritzat d'assignació de la despesa han generat un baix nivell de comparabilitat en les dades.

És complicat proposar models d'anàlisi que puguin salvar aquestes dificultats, però probablement el més adient seria apropar-se a aquesta matèria mitjançant una anàlisi molt més detallada i específica per a cada activitat.

La grandària poblacional: una dimensió rellevant en qualsevol àmbit de la gestió municipal

En els estudis sobre govern i polítiques locals és freqüent un fenomen peculiar consistent en el fet que la «grandària poblacional» és la resposta, sigui quina sigui la pregunta. El fort impacte de la dimensió dels municipis en la major part de les anàlisis sovint frustra les expectatives dels investigadors, que cerquem vincles i relacions més sofisticades. Ara bé, la realitat és tossuda i ens indica, i no cessa en la insistència, que es tracta d'un element que no s'ha de menystenir ni en la interpretació de les dades ni, per tant, en la formulació dels models futurs.

En els grups de municipis de major tram poblacional, superior als 50.000 habitants, es pot observar algunes tendències d'homogeneïtat en el seu comportament. Tot i així, cap sorpresa: departaments i estructures més ben dotats que presten un nivell més elevat de serveis i activitats. Es tracta, alhora, del grup menys nombrós, ja que acumula 18 dels 77 ajuntaments estudiats.

En els municipis amb població compresa entre els 10.000 i els 50.000 habitants, l'heterogeneïtat és la característica principal en la gestió d'activitats de salut pública. Cal tenir present, a més, que es tracta dels grups que acumulen la major part dels casos (59 dels 77 ajuntaments estudiats) i que han generat en cada cas models adaptats a les necessitats i característiques de la seva estructura municipal.

La salut pública: una política complexa i un repte de futur

La salut pública ha concentrat en els darrers anys un bon nombre d'iniciatives de naturalesa diversa: canvis en l'ordenació normativa, creació de nous ens i instruments de gestió i fins i tot un important esforç en l'estudi i la recerca. Aquesta activitat mostra la centralitat d'una matèria en què intervenen diferents nivells de govern i el desplegament de la qual genera efectes directes en les condicions de vida de la societat.

Es tracta d'un conjunt d'actuacions que comparteixen un objectiu genèric comú, però amb una articulació conjunta que no resulta evident. Per aquest motiu, requereix una reflexió continuada per tal de cercar les fórmules més adients per garantir el bon desenvolupament de la matèria que, en darrer terme, busca protegir un bé públic de primer ordre: la salut de la població.

Les conclusions d'aquest estudi no resulten tan definitòries com haguéssin volgut ens alguns aspectes. Qualsevol procés de recerca implica sempre certs riscos; en el fons, mai no deixa de ser una aventura que suposa endinsar-se en territoris encara poc coneguts. En aquest estudi ens hem trobat amb algunes dificultats; la mateixa existència d'aquestes dificultats és indicatiu d'elements que plantegen reptes de futur. Per acabar, doncs, volem esmentar alguns aspectes concrets com a elements pel debat de la matèria:

- A l'espera del complet desplegament de la Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de la salut pública a Catalunya, i dels mecanismes que preveu, sembla que encara subsisteix un debat no resolt en relació amb l'assignació de competències entre els diferents nivells de govern. Tot i el gran esforç fet fins al moment, és probable que encara no s'hagi definit un model de repartiment de les responsabilitats adient per a totes les parts implicades i d'acord amb la capacitat econòmica i tècnica de cadascuna d'elles.
- Cal establir una visió estratègica conjunta que defineixi objectius comuns a llarg termini. L'estudi ha mostrat una certa dificultat per a la planificació estratègica de la matèria i cal dotar els municipis dels recursos necessaris per tal que puguin portar a terme una procés adaptat a les seves característiques i necessitats. Cal, alhora, analitzar per què algunes activitats queden no cobertes i quin és l'abast d'aquesta situació, sobretot en el municipis no inclosos en aquest estudi.
- Tot i el gran esforç que ja s'ha fet fins al moment, cal seguir treballant per tal de crear noves eines en alguns àmbits entre d'altres, calen eines que donin suport a la definició d'objectius i l'avaluació dels mateixos, i instruments i protocols que facilitin la gestió econòmica de la matèria. En definitiva, cal aportar mecanismes que garanteixin la prestació de totes les activitats obligatòries per a tots els ciutadans independentment del municipi de residència.

Bibliografia

BERNAL, E.; i PRADAS, F, *Prioridades en vigilancia en salud pública*. Informe SESPAS 2002. 2002.

CABRERA, G.A., «Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX», *Colombia Médica*, vol. 35, núm. ° 3, 2004.

CZERESNIA, D., «The concept of health and the difference between prevention and promotion», *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1999.

DEPARTAMENT DE SALUT, *L'Agència de Salut Pública de Catalunya. Document de bases per a la seva creació*. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2006.

DEPARTAMENT DE SALUT, *Agència de Protecció de la Salut: Catàleg de serveis*. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2008.

DEPARTAMENT DE SALUT, *La Salut en xifres*, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2009.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA, *La despesa dels ajuntaments de Catalunya en salut pública*, Àrea de Salut Pública i Consum, 2004.

FRENK J, «The New Public Health, Annual Review of Public Health», Vol. 14: 469-490, 1994.

LLEBARIA X (Coord), *Les activitats i les estructures dels serveis de Salut Pública. Estudi als ajuntaments de més de 10.000 habitants*, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2010.

LÍNDEZ P et al, *Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos*, Gaceta Sanitaria, 15(2): 164-171, 2001.

MARTÍN JM, *Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la salud pública en España*, Rev Esp Salud Pública, 76: 637-643, 2002.

MARTÍNEZ F i TELLO O, *Responsabilidad de la vigilancia de la salud. El papel de los diferentes niveles de gobierno*, Informe SESPAS 2002, 2002.

RODRÍGUEZ M i STOYANOVA A, *Els comptes de la Salut Pública a Catalunya*, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2007.

VILLALBÍ JR, ABOAL XL i GONZÁLEZ-ALONSO J, *Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios*, Informe SESPAS 2002, 2002.

VILLALBÍ JR et al, *Propuestas de reforma de los servicios de salud pública en Cataluña*, Revista Española de Salud Pública, 80:567-583, 2006.

VILLALBÍ JR et al., *La cartera de servicios en una organización de salud pública*, Gaceta Sanitaria 17(3):231-7, 2002.

VILLALBÍ JR, CARRERAS F i MARTÍN-MORENO JM, *La cartera de servicios de salud pública en el sistema nacional de salud: la aportación de la administración general del Estado*, Revista Española de Salud Pública, 84: 247-25

Altres publicacions de la sèrie Salut Pública

Documents de Treball

- 1 Pla de tractament de l'aigua de les piscines
- 2 Autocontrol en el servei de subministrament d'aigua: Manual bàsic de gestió dels riscos per a la salut
- 3 Dotze problemes de psiquiatria clínica
- 4 La percepció subjectiva de l'estat de salut a la província de Barcelona: Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006