

# LA GESTIÓ MUNICIPAL DE LA SALUT PÚBLICA: ESTUDI EMPÍRIC DE LES CARACTERÍSTIQUES POBLACIONALS I POLITICO-TÈCNIQUES EN EL CAS DELS MUNICIPIS DE LA DEMARCACIÓ DE GIRONA

**Marc Alabert López**

Per citar o enllaçar aquest document:

Para citar o enlazar este documento:

Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/663724>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**LA GESTIÓ MUNICIPAL DE LA SALUT PÚBLICA: ESTUDI  
EMPÍRIC DE LES CARACTERÍSTIQUES POBLACIONALS I  
POLÍTICO-TÈCNiques EN EL CAS DELS MUNICIPIS DE  
LA DEMARCACIÓ DE GIRONA**



**TESI DOCTORAL**  
MARC ALABERT i LÓPEZ  
2017





# **La gestió municipal de la salut pública: estudi empíric de les característiques poblacionals i politico-tècniques en el cas dels municipis de la demarcació de Girona**

TESI DOCTORAL

**Marc Alabert i López**

2017

Programa de Doctorat de Dret, Economia i Empresa

**Dirigida per:**

Prof. Dra. Anna Arbussà Reixach

Prof. Dr. Marc Sáez Zafra

Tesi presentada per optar al títol de doctor per la Universitat de Girona





Girona, 22 de maig de 2017

La Dra. ANNA ARBUSSÀ REIXACH i el Dr. MARC SAEZ ZAFRA, de la Universitat de Girona,

Certifiquen:

Que aquest treball titulat LA GESTIÓ MUNICIPAL DE LA SALUT PÚBLICA: ESTUDI EMPÍRIC DE LES CARACTERÍSTIQUES POBLACIONALS I POLÍTICO-TÈCNIQUES EN EL CAS DELS MUNICIPIS DE LA DEMARCACIÓ DE GIRONA i que presenta Marc Alabert López per a l'obtenció del títol de doctor, ha estat realitzat sota la nostra direcció i compleix tots els requeriments.

Així mateix, en doble qualitat de codirectors de la tesi i coautors de dos articles el contingut els quals forma part d'aquesta tesi, acceptem que Marc Alabert López n'és l'autor principal, i estem d'acord que els presenti com a part dels continguts de la seva tesi doctoral, i que aquests continguts no puguin, per tant, formar part de cap altra tesi doctoral.

I perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signem aquest document.

Signatura



Dra. Anna Arbussà Reixach



Dr. Marc Saez Zafra



‘Molts dels grans reptes només poden resoldre’s mitjançant prolongades dosis de  
petits esforços’

*J.L. Badaraco*

a la Maribel, en Roger i l’Arnau,



# Agraïments

---

La tesi que teniu entre mans neix de la necessitat de compartir la inquietud que parteix d'una experiència professional molt gratificant i, en el tancament d'aquest document, ja conclusa.

Amb l'encàrrec de dissenyar i posar en marxa un organisme de salut pública centrat els municipis de la demarcació de Girona apareix la necessitat de disposar de la màxima informació possible per executar amb èxit el desenvolupament de l'empresa encomanada. És en aquest moment quan prenc consciència del gran desconeixement i la manca d'informació estructurada que hi ha en relació a la salut pública i el món local. Poca informació en el cas de Catalunya i menys o gairebé nul·la en el conjunt de l'estat. Informació relativa a municipis grans, però sense cap tipus de referència a municipis de menor volum poblacional. El desplegament d'aquesta aventura professional implicava fer una anàlisi solvent sobre la salut pública i el món local a la demarcació de Girona. Dades originàriament destinades a la presa de decisió interna de l'organisme, que un cop recollides han configurat un cos documental interessant i que, treballat des de la ciència, constitueix l'aportació de coneixement que presento en aquest document i que, penso, pot contribuir al debat de la gestió de la salut pública d'àmbit municipal.

Així doncs la llista d'agraïments podria ser extraordinàriament llarga, però permeteu-me que, de forma conjunta, doni les gràcies a totes les persones que formen part de Dipsalut; el(s) presidents, els membres de consell de rector, els treballadors i directius, i a tots aquells que conformen la xarxa de col·laboradors que l'han fet gran i que vetllen per la singularitat del projecte.

Tanmateix, aquesta tesi ha estat possible gràcies a la contribució directa de diverses persones. Vull agrair a la Laura Arjona, la Pilar Castro, la Cristina Esparraguera, l'Antoni Mulero, la Vanessa Sánchez, la Marta Vallmajó i l'Imma Vilà l'impecable treball de recollida de les dades que es treballen en aquesta recerca.

Agrair als electes i tècnics dels 216 municipis que participat en el treball de camp pel temps dedicat i per la quantitat d'informació i dades facilitades. A la Fundació Carles Pi i Sunyer, que ha compartit la gènesi de l'estudi fet a municipis més grans de deu mil habitants de la demarcació de la Barcelona.

Agrair a en Xavier del Acebo el seu temps, el seu saber i les aportacions en l'anàlisi dels resultats. A l'Elena Arroyo les complicitats i el coneixement aportat a aquest treball i a les publicacions que se'n deriven.

Una tesi com aquesta no hauria pogut veure la llum sense la direcció, exquisida alhora que exigent, de l'Anna Arbussà i en Marc Sáez. Agraïment al seu temps impagable, a la seva fe en qui escriu aquestes línies i al convenciment que l'aventura d'aquesta tesi tenia sentit i valia la pena. Moltes gràcies!



# Publicacions derivades de la tesi

---

**Alabert, M;** Del Acebo, X; Arroyo, E. La Gestió Municipal de la Salut Pública a la demarcació de Girona; organització local, xarxes institucionals de suport i provisió de serveis. Col.lecció Gitasp. Documenta Universitaria, 2015. ISBN 978-84-9984-283-7.

**Alabert, M;** Arbussà, A; Sáez, M. Colaboraciones interadministrativas en la gestión de la salud pública en municipios menores de 10.000 habitantes. Gac Sanit 2016;30:480-2 - Vol. 30 Núm.6 (2016). JCR *Impact Factor* (2015/2016): 1,509 (Q3)

**Alabert, M;** Arbussà, A; Sáez, M; Arroyo, E. Influencia del tamaño poblacional y variables organizativas de un ayuntamiento en la promoción de la salud. Análisis de la provincia de Girona. Revista Española de Salud Pública. Enviat 2017. JCR *Impact Factor* (2015): 0,606 (Q4)





# Llistat d'abreviatures

---

**APS:** Agència de Protecció de la Salut

**ASPB:** Agència de Salut Pública de Barcelona

**FEMP:** Federación Española de Municipios y Provincias

**LRSAL:** Llei de Racionalització i Sostenibilitat de l'Administració Local

**OMS:** Organització Mundial de la Salut

**PAHO:** Pan-American Health Organization

**RECS:** Red Española de Ciudades Saludables

**SESPAS:** Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**WHO:** World Health Organization



# Índex de taules

---

<b>Taula 1.</b> Distribució dels municipis estudiats per trams de població.....	<b>26</b>
<b>Taula 2.</b> Distribució dels municipis estudiats per comarques.....	<b>27</b>
<b>Taula 3.</b> Distribució de municipis per comarques i trams de població.....	<b>27</b>
<b>Taula 4.</b> Distribució dels municipis segons el càrrec de la persona entrevistada.....	<b>29</b>
<b>Taula 5.</b> Nombre d'ajuntaments on hi ha una regidoria amb competències delegades en matèria de salut pública.....	<b>34</b>
<b>Taula 6.</b> Nombre de municipis on la regidoria inclou àmbits diferents del de salut pública.....	<b>35</b>
<b>Taula 7.</b> Nombre de municipis on la regidoria inclou àmbits diferents del de salut pública segons trams poblacionals.....	<b>35</b>
<b>Taula 8.</b> Nombre de municipis on la regidoria inclou àmbits diferents del de salut pública segons comarques.....	<b>36</b>
<b>Taula 9.</b> Situació de la regidoria a l'organigrama polític.....	<b>36</b>
<b>Taula 10.</b> Tipus de vinculació del/de la regidor/a responsable de salut pública per trams poblacionals .....	<b>37</b>
<b>Taula 11.</b> Delegació de les funcions d'autoritat sanitària de l'alcaldia segons trams poblacionals..	<b>38</b>
<b>Taula 12.</b> Nivell de formació reglada del responsable polític de salut pública.....	<b>39</b>
<b>Taula 13.</b> Nivell de dedicació del regidor responsable de la salut pública.....	<b>39</b>
<b>Taula 14.</b> Nivell de dedicació del regidor responsable de la salut pública en funció de la grandària poblacional.....	<b>40</b>
<b>Taula 15.</b> Situació laboral del responsable polític de la salut pública.....	<b>41</b>
<b>Taula 16.</b> Situació laboral del responsable de la salut pública en funció de la grandària poblacional.....	<b>41</b>
<b>Taula 17.</b> Sector d'activitat on el responsable polític ha desenvolupat majoritàriament la seva carrera professional.....	<b>42</b>
<b>Taula 18.</b> Àmbit d'activitat on el responsable polític ha desenvolupat majoritàriament la seva carrera professional .....	<b>43</b>

<b>Taula 19.</b> Nombre de municipis on existeix un/a treballador/a municipal que té assignades les tasques relacionades en salut pública.....	<b>43</b>
<b>Taula 20.</b> Nombre de municipis on existeix un/a treballador/a municipal que té assignades les tasques relacionades en salut pública per grandària poblacional .....	<b>43</b>
<b>Taula 21.</b> En el municipi existeix un departament tècnic especialitzat en l'àmbit de salut pública .....	<b>44</b>
<b>Taula 22.</b> En el municipi existeix un departament tècnic especialitzat en l'àmbit de salut pública en funció de la grandària poblacional .....	<b>45</b>
<b>Taula 23.</b> Nombre de municipis on el departament tècnic que centralitza les actuacions en matèria de salut pública comparteix la gestió amb altres matèries.....	<b>46</b>
<b>Taula 24.</b> Matèries amb les quals es comparteix la gestió de salut pública. Més d'una resposta possible.....	<b>46</b>
<b>Taula 25.</b> Existeix espais transversals de coordinació per tractar temes de salut pública .....	<b>47</b>
<b>Taula 26.</b> Existeix un programa transversal de coordinació per tractar temes de salut pública....	<b>47</b>
<b>Taula 27.</b> Existeix una comissió/taula que s'encarrega de fixar criteris i pautes comunes per tractar temes de salut pública .....	<b>47</b>
<b>Taula 28.</b> Existeix una programació anual conjunta d'activitats amb pressupost assignat per tractar temes de salut pública .....	<b>48</b>
<b>Taula 29.</b> La coordinació és puntual en algunes actuacions per tractar temes de salut pública...	<b>48</b>
<b>Taula 30.</b> Existeixen altres espais transversals de coordinació per tractar temes de salut pública...	<b>48</b>
<b>Taula 31.</b> Nombre de municipis que han rebut finançament dels ens col·laboradors per trams poblacionals.....	<b>52</b>
<b>Taula 32.</b> Nombre de municipis que han rebut finançament dels ens col·laboradors per comarques.....	<b>53</b>
<b>Taula 33.</b> Nombre de municipis que han rebut formació dels ens col·laboradors per trams poblacionals.....	<b>55</b>
<b>Taula 34.</b> Nombre de municipis que han rebut formació dels ens col·laboradors per comarques... ..	<b>56</b>
<b>Taula 35.</b> Nombre de municipis que han rebut assessorament i suport tècnic dels ens col·laboradors per trams poblacionals .....	<b>58</b>
<b>Taula 36.</b> Nombre de municipis que han rebut assessorament i suport tècnic dels ens col·laboradors per comarques.....	<b>59</b>

<b>Taula 37.</b> Nombre de municipis que han rebut prestacions de serveis dels ens col·laboradors per trams poblacionals .....	<b>61</b>
<b>Taula 38.</b> Nombre de municipis que han rebut prestacions de serveis dels ens col·laboradors per comarques.....	<b>62</b>
<b>Taula 39.</b> Nombre de municipis que han rebut materials de difusió dels ens col·laboradors per trams poblacionals .....	<b>64</b>
<b>Taula 40.</b> Nombre de municipis que han rebut materials de difusió dels ens col·laboradors per comarques.....	<b>65</b>
<b>Taula 41.</b> Nombre de municipis que han rebut algun suport dels ens col·laboradors per trams poblacionals.....	<b>67</b>
<b>Taula 42.</b> Nombre de municipis que han rebut algun suport dels ens col·laboradors per comarques.....	<b>69</b>
<b>Taula 43.</b> Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de protecció de salut pública per grandària poblacional .....	<b>73</b>
<b>Taula 44.</b> Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de protecció de salut pública per comarques .....	<b>74</b>
<b>Taula 45.</b> Nombre de municipis que realitzen les següents activitats de protecció.....	<b>77</b>
<b>Taula 46.</b> Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció segons grandària poblacional.....	<b>79</b>
<b>Taula 47.</b> Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció per comarques.....	<b>82</b>
<b>Taula 48.</b> Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons grandària poblacional .....	<b>87</b>
<b>Taula 49.</b> Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons comarca .....	<b>95</b>
<b>Taula 50.</b> Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de promoció de la salut pública per grandària poblacional.....	<b>103</b>
<b>Taula 51.</b> Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de promoció de la salut pública per comarques .....	<b>104</b>
<b>Taula 52.</b> Nombre de municipis que realitzen les següents activitats de promoció .....	<b>107</b>
<b>Taula 53.</b> Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció segons grandària poblacional.....	<b>108</b>

<b>Taula 54.</b> Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció per comarques.....	<b>110</b>
<b>Taula 55.</b> Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons grandària poblacional .....	<b>114</b>
<b>Taula 56.</b> Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons comarca .....	<b>119</b>
<b>Taula 57.</b> Principals suports dels ajuntaments respecte tipus d'activitat que ofereixen.....	<b>126</b>
<b>Taula 58.</b> Les polítiques municipals de salut pública depenen de les estratègies o el suport d'altres entitats governamentals .....	<b>130</b>
<b>Taula 59.</b> Les polítiques municipals de salut pública depenen de les estratègies o el suport d'altres entitats governamentals (resposta segons grandària poblacional).....	<b>130</b>
<b>Taula 60.</b> La resta de departaments municipals tenen en compte la salut pública en les seves polítiques.....	<b>131</b>
<b>Taula 61.</b> Hi ha coordinació adequada entre els diferents nivells de govern pel que fa a les actuacions en salut pública .....	<b>132</b>
<b>Taula 62.</b> Les estructures de l'ajuntament treballen habitualment de forma transversal i coordinada en temes de salut pública .....	<b>132</b>
<b>Taula 63.</b> L'ajuntament té recursos i eines per a detectar les noves necessitats en matèria de salut pública .....	<b>132</b>
<b>Taula 64.</b> Hi ha idees innovadores per a afrontar els nous reptes que planteja la salut pública.....	<b>133</b>
<b>Taula 65.</b> Els recursos humans de l'ajuntament que treballen en temes vinculats a la salut pública actualitzen la seva formació periòdicament.....	<b>133</b>
<b>Taula 66.</b> Als darrers anys, els recursos que l'ajuntament destina a la salut pública s'han incrementat de manera proporcional a les necessitats de la salut pública .....	<b>133</b>
<b>Taula 67.</b> Hi ha un acord polític que dóna continuïtat a la política de salut pública .....	<b>134</b>
<b>Taula 68.</b> Els reptes més importants que es plantegen en salut pública estan inclosos a l'agenda política.....	<b>134</b>
<b>Taula 69.</b> L'ajuntament disposa o participa en algun òrgan participatiu municipal o supramunicipal de salut pública.....	<b>135</b>
<b>Taula 70.</b> L'ajuntament disposa o participa en algun òrgan participatiu municipal o supramunicipal de salut pública (segons tram poblacional).....	<b>135</b>

<b>Taula 71.</b> En el municipi hi ha associacions o entitats vinculades específicament en temes de salut pública .....	<b>136</b>
<b>Taula 72.</b> L'ajuntament ha realitzat algun tipus de suport econòmic a les entitats o associacions vinculades amb la salut pública local durant el darrer any (segons tram poblacional).....	<b>136</b>
<b>Taula 73.</b> El tercer sector intervé de manera activa en les actuacions relacionades amb salut pública .....	<b>137</b>
<b>Taula 74.</b> Els ciutadans no organitzats s'impliquen en les actuacions en matèria de salut pública de l'ajuntament .....	<b>137</b>
<b>Taula 75.</b> Ens de referència en les col·laboracions inter-administratives per a activitats de protecció de la salut segons tram poblacional.....	<b>139</b>
<b>Taula 76.</b> Associació entre l'ens de referència en les col·laboracions interadministratives per a activitats de protecció de la salut i el tram poblacional.....	<b>139</b>
<b>Taula 77.</b> Estadístics descriptius del nombre d'activitats de promoció de la salut .....	<b>142</b>
<b>Taula 78.</b> Descripció de les variables organitzatives político-tècniques .....	<b>143</b>
<b>Taula 79.</b> Probabilitat que un municipi realitzi més activitats que la mitjana, per trams poblacionals.....	<b>144</b>
<b>Taula 80.</b> Taula de contingència per a mitjana d'activitats i grandària poblacional.....	<b>144</b>
<b>Taula 81.</b> Probabilitats de fer més activitats que la mitjana en funció de variables d'estructura organitzativa político-tècniques.....	<b>145</b>





# Índex de figures

---

<b>Figura 1.</b> Competències mínimes en salut pública .....	<b>19</b>
<b>Figura 2.</b> Percentatge de municipis que han rebut finançament de cadascun dels ens col·laboradors (N = 214).....	<b>51</b>
<b>Figura 3.</b> Percentatge de municipis que han rebut formació de cadascun dels ens col·laboradors (N = 214).....	<b>54</b>
<b>Figura 4.</b> Percentatge de municipis que han rebut assessorament i suport tècnic de cadascun dels ens col·laboradors (N = 214) .....	<b>57</b>
<b>Figura 5.</b> Percentatge de municipis que han rebut prestacions de serveis de cadascun dels ens col·laboradors (N = 214).....	<b>60</b>
<b>Figura 6.</b> Percentatge de municipis que han rebut materials de difusió de cadascun dels ens col·laboradors (N = 214).....	<b>63</b>
<b>Figura 7.</b> Percentatge de municipis que han rebut algun suport de cadascun dels ens col·laboradors (N = 214).....	<b>67</b>
<b>Figura 8.</b> Ens de referència al qual s'adreça l'ajuntament per qüestions d'assessorament en temes de protecció (N = 214).....	<b>72</b>
<b>Figura 9.</b> Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció (N = 203)....	<b>77</b>
<b>Figura 10.</b> Ens de referència al qual s'adreça l'ajuntament per l'assessorament en l'àmbit de la promoció de la salut (N = 214).....	<b>103</b>
<b>Figura 11.</b> Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció (N = 204). .....	<b>107</b>



# Taula de Continguts

---

Agraïments.....	ix
Publicacions derivades de la tesi.....	xi
Llistat d'abreviatures.....	xiii
Índex de taules.....	xv
Índex de figures.....	xxi
Taula de Continguts.....	3
Resum.....	5
Objectius de la tesi.....	13
1. INTRODUCCIÓ.....	16
2. METODOLOGIA.....	26
2.1. Obtenció de les dades.....	26
2.2. Metodologia per a l'anàlisi de les col·laboracions interadministratives en la gestió de les competències mínimes de la salut pública en municipis menors de 10.000habitants.....	30
2.3. Metodologia per a l'anàlisi de la influència de la grandària poblacional i de variables organitzatives d'un ajuntament en la promoció de la salut.....	31
3. RESULTATS I DISCUSSIÓ.....	34
3.1 Estructura, xarxes institucionals i mecanismes de coordinació i participació...34	34
3.1.1 Estructura i organització política i tècnica.....	34
3.1.2 Xarxes institucionals.....	51
3.1.3 Mecanismes de coordinació, planificació i participació.....	129
3.2 Anàlisi de les col·laboracions interadministratives en la gestió des les competències mínimes de la salut pública en municipis menors de 10.000 habitants.....	137
3.3 Anàlisi de la influència de la grandària poblacional i de variables organitzatives d'un ajuntament en la promoció de la salut.....	140
3.3.1 El factor poblacional.....	144
3.3.2 Les variables organitzatives.....	145
4. CONCLUSIONS.....	150
5. BIBLIOGRAFIA.....	156



# Resum

---

La salut pública com a ciència (disciplina) és relativament nova, tot i que com a pràctica ha tingut una trajectòria històrica important en el decurs de les diferents civilitzacions. La salut pública està intrínsecament lligada al món local i històricament els ajuntaments de pobles i ciutats han estat els protagonistes de dur-ne a terme els grans avenços, impulsant la salubritat dels indrets habitats i la higiene dels seus ciutadans.

La salut pública municipal, entesa com el conjunt d'activitats i serveis que són competència dels ajuntaments, és una matèria d'estudi complexa atesa la seva naturalesa transversal, tant per les disciplines que la configuren, com per les interrelacions entre les administracions que hi intervenen de manera directa o subsidiària.

La llei de salut pública de Catalunya (Llei 18/2009) que regula i organitza la prestació de serveis i activitats de salut pública, reserva per a l'administració local una relació de competències mínimes (obligatòries) en l'àmbit de la protecció de la salut, al mateix temps que incentiva el compromís dels ens locals en relació a la promoció de la salut. La desigual capacitat dels ajuntaments per al desenvolupament d'aquestes competències ha suposat la intervenció d'administracions intermèdies i superiors.

Aquesta tesi pretén aportar informació i anàlisi sobre el desenvolupament de les activitats derivades de les competències municipals en salut pública als municipis de la demarcació de Girona. S'analitzen els municipis de la demarcació de Girona; hi han participat 216 dels 221 municipis de la demarcació que han aportat les dades i informacions indispensables per aquesta recerca. L'elevada participació dona validesa a l'estudi i, a més, permet una dissecció de les dades a diferents nivells, mantenint-ne la fiabilitat. Per les característiques d'estructura territorial de la demarcació de Girona, aquest treball esdevé, a més, una contribució clau per entendre la gestió de la salut pública als municipis de menys de 10.000 habitants; un àmbit poc estudiat i sobre el qual no s'ha publicat de forma específica. Els estudis publicats a Espanya sobre la provisió de serveis de salut pública de competència municipal han utilitzat mostres poblacionals de municipis de més de 10.000 habitants

Les dades recollides es presenten a l'apartat de resultats i discussió i mostren que la forma d'organització dels ajuntaments per fer front a les seves competències en salut pública és molt heterogènia. Pel que fa a l'organització política dels municipis, la majoria disposen una regidoria compartida on, entre d'altres, s'hi ubiquen les competències de salut pública. Es posa de manifest en molts casos la mancança dels recursos tècnics i econòmics indispensables per desenvolupar les activitats que emanen de les competències. Aquest fet provoca que els municipis acudeixin a ens supramunicipals per obtenir ajuda tècnica i econòmica per a aquestes activitats. En el cas de la demarcació de Girona, l'ens de referència al qual s'adrecen majoritàriament els ens locals per a les activitats de salut pública és Dipsalut-Diputació, seguida amb un impacte molt

menor per la Generalitat de Catalunya i pels Consells Comarcals.

És important destacar que el model de relació entre ajuntaments i ens supramunicipals que es descriu en aquesta tesi és el model de governança de la salut pública de competència municipal més estès a la demarcació de Girona. Analitzat des de la perspectiva del volum i naturalesa de les interaccions entre els municipis i les administracions superiors, aquest model és diferent dels models de relació descrits en altres estudis que utilitzen mostres amb municipis majors de 10.000 habitants.

D'altra banda, l'anàlisi mostra que la gestió municipal de les competències mínimes en salut pública, que són les de protecció de la salut, en relació a l'ens de referència al qual s'adrecen prioritàriament els ajuntaments, difereix de forma estadísticament significativa entre els municipis de més i menys de 10.000 habitants.

Pel que fa al desenvolupament d'activitats de promoció de la salut per part dels municipis analitzats, els resultats indiquen que la probabilitat de desenvolupar un nombre d'activitats de promoció de la salut per sobre de la mitjana de la mostra (7 activitats) difereix entre els municipis de més i menys de 10,000 habitants, sent la probabilitat més gran en el primer grup. En municipis de menys de 10,000 habitants, el grau de dedicació i nivell de formació del polític local responsable de la salut pública ajuden a explicar la probabilitat més gran de desenvolupar activitats de promoció de la salut per sobre de la mitjana de la mostra.

Aquesta recerca presenta diverses limitacions. D'una banda, els resultats obtinguts se circumscriuen en un àmbit geogràfic determinat i caldria replicar l'estudi en altres territoris per tal de poder generalitzar les conclusions. Una altra limitació és el nombre limitat de variables organitzatives (polític-tècniques) que s'han estudiat. La dificultat de trobar estudis similars i amb mostres que compreguin municipis menors de 10.000 habitants limita la discussió dels resultats.

Els resultats de l'estudi poden contribuir al debat sobre si són els ajuntaments els que han de dur a terme aquestes activitats o cal un instrument mancomunat regit per un model de governança local que exerceixi la planificació i l'execució als municipis. Es planteja també el debat sobre les capacitats reals i els riscos de saturació dels municipis a l'hora de desenvolupar aquestes activitats, i sobre si cal una revisió de l'abast competencial de la salut pública; una competència universal (afecta per igual a tots els municipis) i homogènia (han de fer-se les mateixes activitats) en un context de municipis molt heterogenis, diversos, sovint infrafinançats, amb capacitats tècniques limitades i amb dinàmiques de gestió molt complexes.

# Resumen

---

La salud pública como ciencia (disciplina) es relativamente nueva, aunque como práctica ha tenido una trayectoria histórica importante en el transcurso de las diferentes civilizaciones. La salud pública está intrínsecamente ligada al mundo local e históricamente los ayuntamientos de pueblos y ciudades han sido los protagonistas de llevar a cabo los grandes avances, impulsando la salubridad de los lugares habitados y la higiene de sus ciudadanos.

La salud pública municipal, entendida como el conjunto de actividades y servicios que son competencia de los ayuntamientos, es una materia de estudio compleja dada su naturaleza transversal, tanto para las disciplinas que la configuran, como por las interrelaciones entre las administraciones que intervienen de manera directa o subsidiaria.

La Ley de Salud Pública de Catalunya (ley 18/2009) que regula y organiza la prestación de servicios y actividades de salud pública, reserva para la administración local una relación de competencias mínimas (obligatorias) en el ámbito de la protección de la salud, al tiempo que incentiva el compromiso de los entes locales en relación a la promoción de la salud. La desigual capacidad de los ayuntamientos para el desarrollo de estas competencias ha supuesto la intervención de administraciones intermedias y superiores.

Esta tesis pretende aportar información y análisis sobre el desarrollo de las actividades derivadas de las competencias municipales en salud pública en los municipios de la demarcación de Girona. Se analizan los municipios de la demarcación de Girona; han participado 216 de los 221 municipios de la demarcación que han aportado los datos e informaciones indispensables para esta investigación. La elevada participación da gran validez al estudio y, además, permite una disección de los datos a diferentes niveles, manteniendo la fiabilidad. Debido a las características de estructura territorial de la demarcación de Girona, este trabajo se convierte, además, una contribución clave para entender la gestión de la salud pública en los municipios de menos de 10.000 habitantes; un ámbito poco estudiado y sobre el que no se ha publicado de forma específica. Los estudios publicados en España sobre la provisión de servicios de salud pública de competencia municipal han utilizado muestras poblacionales de municipios de más de 10.000 habitantes.

Los datos recogidos se presentan en el apartado de resultados y discusión y muestran que la forma de organización de los ayuntamientos para hacer frente a sus competencias en salud pública es muy heterogénea respecto a la organización política de los municipios, la mayoría disponen una concejalía compartida donde, entre otros, se ubican las competencias de salud pública. Se pone de manifiesto en muchos casos la carencia de los recursos técnicos y económicos indispensables para desarrollar las actividades que emanan de las competencias. Este hecho provoca que los municipios acudan a entes



supramunicipales para obtener ayuda técnica y económica para estas actividades. En el caso de la demarcación de Girona, el ente de referencia al que se dirigen los entes locales para las actividades de salud pública es Dipsalut-Diputació, seguida con un impacto mucho menor por la Generalitat de Catalunya y por los Consejos Comarcales.

Es importante destacar que el modelo de relación entre ayuntamientos y entes supramunicipales que se describe en esta tesis es el modelo de gobernanza de la salud pública de competencia municipal más extendido en la demarcación de Girona. Analizado desde la perspectiva del volumen y naturaleza de las interacciones entre los municipios y las administraciones superiores, este modelo es diferente a los modelos de relación descritos en otros estudios que utilizan muestras con municipios mayores de 10.000 habitantes.

Por otra parte, el análisis muestra que la gestión municipal de las competencias mínimas en salud pública, las de protección de la salud, en relación al ente de referencia al que se dirigen prioritariamente los ayuntamientos, difiere de forma estadísticamente significativa entre los municipios de más y menos de 10.000 habitantes.

En cuanto al desarrollo de actividades de promoción de la salud por parte de los municipios analizados, los resultados indican que la probabilidad de desarrollar un número de actividades de promoción de la salud por encima de la media de la muestra (7 actividades) difiere entre los municipios de más y menos de 10,000 habitantes, siendo la probabilidad mayor en el primer grupo. En municipios de menos de 10,000 habitantes, el grado de dedicación y nivel de formación del político local responsable de la salud pública ayudan a explicar la mayor probabilidad de desarrollar actividades de promoción de la salud por encima de la media de la muestra.

Esta investigación presenta varias limitaciones. Por un lado, los resultados obtenidos se circunscriben en un ámbito geográfico determinado y habría que replicar el estudio en otros territorios para poder generalizar las conclusiones. Otra limitación es el número limitado de variables organizativas (político-técnicas) que se han estudiado. La dificultad de encontrar estudios similares y con muestras que comprendan municipios menores de 10.000 habitantes limita la discusión de los resultados.

Los resultados del estudio pueden contribuir al debate sobre si son los ayuntamientos los que tienen que llevar a cabo estas actividades o si se requiere de un instrumento mancomunado regido por un modelo de gobernanza local que ejerza las funciones de planificación y la ejecución. Se plantea, también el debate sobre las capacidades reales y los riesgos de saturación de los municipios a la hora de desarrollar estas actividades, y sobre si es necesaria una revisión del alcance competencial de la salud pública; una competencia universal (afecta por igual a todos los municipios) y homogénea (deben hacerse las mismas actividades) en un contexto de municipios muy heterogéneos, diversos, a menudo infrafinanciados, con capacidades técnicas limitadas y con dinámicas de gestión muy complejas.

# Abstract

---

Public health as a science (discipline) is relatively new, although as a practice it has had an important historical trajectory in the course of different civilizations. Public health is intrinsically linked to the local villages and historically the town and city councils have been the protagonists of making great strides, promoting the health of the inhabited places and the hygiene of its citizens.

Municipal public health, understood as the set of activities and services that are the competence of municipalities, is a complex field of study given its transversal nature, both for the disciplines that make it up, and for the interrelationships among the administrations involved directly or subsidiary.

The Public Health Law of Catalonia (Law 18/2009), which regulates and organizes the provision of public health services and activities, reserves for the local administration a list of minimum (mandatory) competences in the field of health protection, while encouraging the commitment of local authorities in relation to the promotion of health. The uneven capacity of municipalities for the development of these competences has involved the intervention of intermediate and higher administrations.

This thesis aims to provide information and analysis on the development of activities derived from municipal public health competencies in the municipalities of the Girona demarcation. The municipalities of the Girona demarcation are analyzed: 216 of the 221 municipalities of the demarcation have participated and provided the data and information indispensable for this research. The high participation gives great validity to the study and, in addition, allows a dissection of the data at different levels, maintaining the reliability. Due to the territorial structural characteristics of the Girona demarcation, this work also becomes a key contribution to understanding the public health management in municipalities with less than 10,000 inhabitants: a field that has not been studied and has not been specifically published. Studies published in Spain on the provision of public health services of municipal competence have used population samples from municipalities with more than 10,000 inhabitants.

The data collected is presented in the results and discussion section. They show that the organization of the municipalities which deal with public health competencies is very heterogeneous with respect to the political organization of the municipalities, most of which have a shared council where, among others, the public health competencies are located. The lack of the technical and economic resources necessary to develop the activities that emanate from the competence becomes evident. That means that the municipalities go to supra-municipal entities to obtain technical and economic aid for these activities. In the case of the demarcation of Girona, the reference entity

to which the local authorities are directed for public health activities is Dipsalut-Diputació followed, with a much smaller impact, by the Generalitat de Catalunya and the Consells Comarcals

Importantly, the relationship model between municipalities and supramunicipal bodies described in this analysis becomes, de facto, the governance model of public health under municipal jurisdiction in the province of Girona. Analyzed from the perspective of the volume and nature of the interactions between municipalities and higher administrations, this model is different from the relationship models described in other studies that uses samples of municipalities greater than 10,000 inhabitants.

Moreover, the analysis shows that the municipal management of the minimum competences in public health, which are those of health protection, in relation to the reference entity to which the municipalities are addressed differs, in a statistically significant way, between municipalities of more or less than 10,000 inhabitants.

With regard to the development of health promotion activities by the municipalities analyzed, the results indicate that the probability of developing a number of health promotion activities above the average of the sample (7 activities) differs between the municipalities of more or less than 10,000 inhabitants, being the greater probability in the first group. In municipalities with fewer than 10,000 inhabitants, the degree of dedication and level of training of local political responsibility for public health help to explain the greater likelihood of developing activities of health promotion above the average of the sample.

This research has several limitations. On the one hand, the results obtained are circumscribed in a specific geographical area and the study should be replicated in other territories in order to generalize the conclusions. Another limitation is the limited number of organizational (political-technical) variables that have been studied. The difficulty of finding similar studies with samples comprising municipalities less than 10,000 inhabitants limits the discussion of the results.

The results of the study suggest a debate about whether municipalities are responsible for carrying out these activities or an associated instrument governed by a model of local governance that exercises planning and execution to the municipalities. There is also a debate about the real capacities and saturation risks of municipalities in developing these activities, and on whether a revision of the scope of public health is necessary: a universal (affects all municipalities equally) and homogeneous (the same activities must be carried out) competence in a context of very heterogeneous, diverse, often underfunded municipalities with limited technical capacities and very complex management dynamics.





# Objectius de la tesi

---

Aquesta tesi persegueix els següents objectius:

- Descriure i analitzar la gestió de les competències municipals en salut pública per part dels ajuntaments de la demarcació de Girona, aportant dades que inclouen totes les tipologies de municipis i comarques que conformen aquesta unitat administrativa.
- Analitzar si la grandària poblacional d'un municipi esdevé una variable determinant en la naturalesa de les col·laboracions interadministratives per a la gestió de les competències mínimes de salut pública municipal.
- Analitzar si les característiques poblacionals i variables organitzatives político-tècniques d'un ajuntament poden influir en el desenvolupament d'activitats de promoció de la salut.



# **1.INTRODUCCIÓ**

---



# 1. INTRODUCCIÓ

---

En ple debat sobre la reforma de l'administració pública a tots els seus nivells, i a la cerca d'una modernització que ha de millorar-ne la provisió de serveis i l'eficiència tot garantint l'equitat de les polítiques públiques i el seu accés a tota la ciutadania, hom s'adona del gran desconeixement que tenim sobre l'administració més propera al ciutadà; l'administració local.

Si bé les funcions (competències) dels municipis són conegudes, han estat regulades i s'ha publicat molt sobre la seva naturalesa; s'ha aprofundit poc sobre com aquestes administracions s'organitzen per dur-les a terme. I menys en el cas dels municipis de menor dimensió i, per extensió, de menors recursos (tant tècnics com econòmics).

Existeixen estudis i publicacions sobre com s'estructura la provisió de serveis als municipis grans i a les grans ciutats; però pocs treballs han entrat a analitzar-ho en el context dels pobles i els micropobles. Com poc estudiada és, també, la relació d'aquests amb les administracions superiors, de les que es valen per poder fer front a la manca de recursos propis en el desenvolupament de les seves obligacions que per llei tenen en relació als ciutadans.

Les administracions intermèdies d'arrel municipal que donen suport econòmic i tècnic als ajuntaments, bàsicament Diputacions i Consells Comarcals, no tenen assignades unes funcions específiques determinades dins l'ecosistema d'administracions que conviuen en l'espai de la supramunicipalitat. Aquestes administracions intermèdies s'estructuren de la forma que creuen convenient i posen els accents en aquells àmbits -polítics i serveis- que entenen interessants per a la demarcació de la qual formen part. Això permet, d'una banda, un gran nivell d'adaptació al territori i, per l'altra, la dificultat d'homologar aquestes administracions entre elles, ja que a cada territori poden actuar des d'un enfocament diferent. Això fa que, encara que les pautes d'actuació d'aquestes administracions siguin molt similars, la proposta de valor als seus municipis i la xarxa de relacions, interaccions i dependències tinguin formes diferents a cada territori.

La salut pública és una competència d'obligat compliment pels ens locals. Existeixen poques anàlisis que en recullin la seva organització i pràctica. A Catalunya, l'estudi de referència que s'ha dut a terme fins avui posa el focus sobre els municipis de més de 10.000 habitants. Aquest treball, però, deixa un buit rellevant pel que fa al coneixement dels municipis més petits i amb menys recursos tècnics i econòmics per assolir les activitats derivades de les competències en salut.

Aquesta recerca pretén aportar informació i anàlisis sobre el desenvolupament de les activitats derivades de les competències municipals en salut pública als municipis de

---

la demarcació de Girona, inclosos municipis de menys de 10.000 habitants.

En el treball de camp hi han participat 216 dels 221 municipis de la demarcació que, mitjançant un extens qüestionari, han aportat les dades i informacions indispensables per aquesta recerca. L'elevada participació dóna gran validesa a l'estudi i, a més, permet una dissecció de les dades a diferents nivells, mantenint-ne la fiabilitat.

## Salut pública i municipi

La salut pública està intrínsecament lligada al món local i històricament els ajuntaments de pobles i ciutats han estat els protagonistes de dur-ne a terme els grans avenços, impulsant la salubritat dels indrets habitats i la higiene dels seus ciutadans.

Malgrat que la salut pública com a ciència (disciplina) és relativament nova, com a pràctica té una trajectòria històrica rellevant i irregular en el decurs de les diferents civilitzacions. Egipcis, hebreus, grecs i romans van anar desenvolupant estratègies vinculades a la higiene i salubritat col·lectiva, tals com la construcció d'aqüeductes, el sanejament de les aigües fecals, la construcció de latrines i banys públics, així com els primers tractats d'hàbits de neteja personal, entre d'altres, per evitar la propagació de malalties i reduir la mortalitat.

Les grans epidèmies de l'edat mitjana (lepra i pesta bubònica), amb un fort impacte sobre la demografia de l'època, es veuen potenciades per l'abandonament de les polítiques de salubritat pública (bàsicament sanejament i higiene personal) en un moment de forts moviments migratoris que en multiplica la propagació. Les reaccions són conegudes: cordons sanitaris a les ciutats (quarantena per a persones i mercaderies) i l'expulsió i confinament (a vegades, extermini) dels infectats.

A la segona meitat segle XVIII s'obre pas la revolució industrial; un període de transformació tecnològica, social i econòmica que s'inicia a Gran Bretanya i posteriorment s'estén pel centre d'Europa. La incorporació de la tecnologia als processos artesanals dóna lloc a una nova era; la industrial. Intensiva en mà d'obra, l'activitat industrial es concentra en grans ciutats i això provoca grans moviments migratoris camp-ciutat que transformen la fesomia de les urbs, on apareixen barris amb gran concentració de treballadors que viuen en condicions insalubres i que provoquen un augment dramàtic de les malalties infeccioses. És en aquest context que la salut pública comença a desenvolupar-se a Europa.

A principis del segle XX s'estructuren els primers sistemes de salut pública a la majoria de països europeus, també a l'Estat espanyol, on es desplega un cos de funcionaris per tot el territori a escala provincial, que es veuen reforçats en l'àmbit local per sanitaris titulats (metges, veterinaris o farmacèutics) amb dedicació parcial a la salut pública.

Aquest esquema es mantindrà durant la República però es malmet en el període de Guerra Civil. Durant la dictadura, les polítiques de salut pública no són prioritàries. Això implica una pèrdua de perspectiva sanitària global, de l'esforç de planificació i millora dels recursos humans i, en essència, el progressiu desmantellament d'un model integrat que va suposar la reaparició de patologies i epidèmies ja extingides en comparació als països de l'entorn (Villalbí et al, 2009).

L'arribada de la democràcia suposa una transformació del sistema sanitari; els anys vuitanta esdevenen un període de reformes sanitàries. La Llei General de la Sanitat de 1986 dibuixa un model de distribució competencial entre l'administració central i les administracions autonòmiques, que esdevenen l'embrió del sistema vigent i representen un canvi rellevant respecte els models precedents. En aquest context, les responsabilitats municipals de salut pública es concreten en la protecció de la salut.

## **Les responsabilitats municipals en salut pública**

Amb la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (15/1990), la salut pública s'integra com una prestació més del sistema català, convertint-lo així en un dret de la ciutadania. Tretze anys més tard, el 2003, s'aprova la Llei de Protecció de la Salut; un primer pas normatiu cap a la regulació de les actuacions en salut pública, en aquest cas relatives a la protecció de la salut. El text introdueix els conceptes i activitats associades a la protecció; desenvolupa l'avaluació i la gestió del risc i preveu la creació de l'Agència de Protecció de la Salut (APS), que integra tots els serveis i activitats en matèria de protecció de la salut que són competència de la Generalitat i, a més, facilita suport tècnic i prestació de serveis mínims als ens locals que ho sol·licitin.

A l'octubre del 2009 s'aprova la Llei de Salut Pública de Catalunya (18/2009), que estableix un marc de referència més ampli i desenvolupa principis recollits a les lleis anteriors. Aquesta llei defineix la salut pública com el conjunt organitzat d'actuacions dels poders públics i de la societat mitjançant la mobilització de recursos humans i materials per a protegir i promoure la salut de les persones, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut pública. La salut pública també s'ha d'entendre, segons el text aprovat pel Parlament, com la salut de la població i depèn, en gran part, de factors estructurals i ambientals, com ara l'educació o la seguretat, però també de factors lligats als estils de vida, com el consum de tabac, l'activitat física o l'alimentació. De fet, l'augment de l'esperança de vida que s'ha produït en el darrer segle a Catalunya s'atribueix en bona part a la millora de les condicions d'higiene, alimentació, habitatge i treball, tot i que els progressos en la vessant assistencial també hi han contribuït decisivament.

Així doncs els ajuntaments tenen l'obligació de prestar els serveis mínims en matèria de salut pública que es detallen a continuació (figura 1):

### **Figura 1 - Competències mínimes en salut pública**

- 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 cines.
- 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 principal o 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.
- L'educació sanitària 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.

*Font: Llei de salut pública de Catalunya (18/2009)*

No obstant i com a opció política, molts municipis també impulsen programes de promoció de la salut orientats a la millora de la qualitat de vida dels seus ciutadans (promoció de l'activitat física, alimentació saludable, higiene dental, etc.). En aquest sentit, la implicació dels municipis en la promoció de la salut ha estat una recomanació de l'Organització Mundial de la Salut resultant de les successives conferències mundials; des de la Carta d'Otawa (1986) fins a la declaració de Shangai (2016).

L'aprovació el setembre del 2013 de la Llei de racionalització de l'administració local (27/2013 - LRSAL), va obrir un període d'indefinició sobre l'abast competencial dels municipis en diferents àmbits; també en la participació dels municipis en la gestió primària de la salut. Aquesta llei ha estat contestada amb força per les associacions i federacions de municipis que agrupen consistoris dels diferents partits amb representació al congrés dels diputats. Així doncs, el seu desplegament es preveu llarg i ple d'obstacles. En el cas de Catalunya xoca, a més, amb el projecte de Llei de reforma dels governs locals; una iniciativa que persegueix una modernització de l'estructura de l'administració local. Atesa la impossibilitat de definir l'impacte i l'abast d'aquest canvi

jurídic que encara no té tot el desplegament normatiu completat, així com l'eventual conflicte normatiu entre les iniciatives legislatives del govern central i del de la Generalitat, l'anàlisi que us presentem no contempla aquesta aproximació.

Els governs han estat incrementant la pressió i les responsabilitats sobre els municipis de forma generalitzada. Malgrat això, les realitats territorials són diverses; hi conviuen tipologies de municipis molt diferents. No és el mateix parlar de les grans ciutats i de les seves àrees metropolitanes, que dels petits pobles de l'interior més rural. Les capacitats dels territoris per a fer front a les seves competències i obligacions són diferents.

Especialment complex és el cas dels micropobles o micromunicipis. El constructe es refereix a municipis amb una població inferior als 500 habitants, majoritàriament agrícoles, heterogenis en les seves característiques i serveis (...), però homogenis en les seves circumstàncies; la dificultat d'oferir serveis amb uns recursos escassos i, sovint, sense discriminació positiva en les ajudes (polítiques i programes) de les administracions superiors, excepte aquelles d'arrel municipalista.

Existeixen a Catalunya associacions de micropobles amb la voluntat de posar de relleu la seva situació per tal que se'ls reconegui aquesta singularitat i es tinguin en compte les seves necessitats en els programes públics. Tot i que l'estadística oficial no els categoritza, en aquesta anàlisi si hem incorporat aquesta classificació.

Els grans municipis, per la seva banda, amb una capacitat recaptatòria (tributs/taxes) més gran i amb una major capacitat de finançament i rebent majors transferències per part de l'estat, disposen de més i millors recursos per dur a terme les seves responsabilitats.

## **La provisió de serveis de salut pública; agents supramunicipals, models de provisió i aliances locals**

El desenvolupament de les activitats de salut pública d'àmbit local a Catalunya ha generat aliances de diferent naturalesa i resultat entre les administracions del territori. La dificultat d'estructurar els serveis que han de poder donar cobertura a les competències mínimes ha fet que, tant des de les administracions supramunicipals com des de les associacions de municipis, s'estableixin relacions formalitzades per la via de convenis amb l'objectiu de posar a disposició dels ajuntaments els suports necessaris per a l'acompliment d'actuacions bàsiques de protecció de la salut

La Federació Catalana de Municipis i l'Associació Catalana de Municipis, per la seva banda, d'acord amb el que preveu la llei, han pactat un acord de serveis mínims amb l'Agència de Protecció de la Salut (APS) pel qual aquesta es compromet a assistir els municipis en la mesura de les seves possibilitats i recursos. És un acord que reforça les capacitats del món local, però que ha suposat una aplicació desigual als territoris, ha

estat intermitent i no ha desenvolupat tots els àmbits de competència municipal.

De l'altra, cal destacar, en l'àmbit municipal, el paper de l'Agència de Salut Pública de la ciutat de Barcelona (ASPB) i de la Diputació de Barcelona. Són les dues institucions que històricament han treballat per donar suport en matèria d'obligacions en salut pública als municipis de la ciutat de Barcelona i de la demarcació de Barcelona, respectivament.

Les activitats de salut pública de competència municipal a la demarcació de Girona han tingut un desenvolupament desigual. Trobem dues experiències d'èxit que han mantingut el seu impuls al llarg del temps. D'una banda, la de l'ajuntament de la ciutat de Girona, molt actiu i eficaç en el desenvolupament d'actuacions en salut pública; i de l'altra, la del consorci SIGMA (participat per l'Ajuntament d'Olot i el Consell Comarcal de la Garrotxa) que garanteix la producció de serveis tècnics de salut pública als ajuntaments de la comarca. Es tracta d'experiències, però, amb un abast i un impacte molt local. Aquesta singularitat es fa evident en els resultats comarcalitzats d'aquest treball.

En aquest context, la Diputació de Girona decideix posar en marxa l'any 2008 una estructura tecnificada pensada per donar resposta a les necessitats dels municipis en l'àmbit específic de la salut pública. Abans de la creació de l'Organisme de Salut Pública de la Diputació (Dipsalut) pocs municipis coneixien les seves obligacions en aquest camp i molts menys duien a terme algun tipus d'actuació en aquest àmbit, més enllà de l'eradicació de plagues urbanes i del control i cloració de l'aigua de boca (que sovint fan les concessionàries que n'exploten el subministrament).

La posada en marxa de Dipsalut estimula les activitats de salut pública a la demarcació, que experimenten un creixement exponencial. Si -prèvia a l'existència de Dipsalut-, l'any 2008 el conjunt dels ens locals declaraven haver fet 144 activitats de salut pública; el 2011 se'n realitzaven 11.739 (Alabert, 2011).

La recerca que es presenta analitza, entre altres aspectes, les relacions de col·laboració i subsidiarietat entre les diferents administracions concurrents a la demarcació de Girona; des de les de naturalesa local (Ajuntament, Dipsalut-Diputació, Consell Comarcal, mancomunitats i consorcis), i autonòmica (Generalitat de Catalunya i les seves agències), fins a l'Estat i la Unió Europea. També analitza les potencials col·laboracions entre els ens locals analitzats i la Universitat de Girona com a potencial agent de suport a les activitats de salut pública.

A títol descriptiu, les unitats organitzatives (ens amb naturalesa jurídica pròpia i administracions) que s'analitzen en aquest treball, són les que es detallen tot seguit:

**Ajuntament:** és la institució local que governa el municipi. Té la responsabilitat de desenvolupar les funcions i activitats que li assigna la Constitució, la Llei de bases del règim local, i les lleis sectorials i autonòmiques específiques. En el cas de la salut pública és qui té l'obligació de desenvolupar les competències de protecció de la salut i

descrites a la figura 1 (capítol d'introducció) d'aquesta tesi.

**Diputació:** és una institució de base estatal, de naturalesa supramunicipal i d'abast provincial que proveeix de suport i assistència als municipis adscrits a la seva demarcació. Dipsalut és l'organisme (forma jurídica) creat per la Diputació de Girona per donar assistència en salut pública als municipis de la província de Girona (l'anàlisi s'hi refereix com Dipsalut-Diputació)

**Generalitat de Catalunya:** és l'administració de naturalesa autonòmica i que té capacitat legislativa en l'àmbit de la salut pública. És el parlament de Catalunya qui, a partir de la Llei de bases de règim local actualitza les competències (mínimes obligatòries) dels municipis en aquest àmbit. Orgànicament, la Generalitat es dota de diferents agències pròpies (de seguretat alimentària i de protecció de la salut) per al desenvolupament de les competències de salut pública de naturalesa autonòmica i, al mateix temps, ofereix als municipis assistència en l'execució de les competències de salut pública local, a través dels recursos i capacitats tècniques d'aquestes agències.

**Consell Comarcal:** és una administració de naturalesa supramunicipal que té com abast d'actuació una comarca. De les administracions creades, és la més recent. No té unes atribucions específiques, i actua com a reforç de la Generalitat a les comarques.

**ConSORCI:** és una associació entre administracions i una o més organitzacions. Es creen amb la finalitat de donar resposta àgil i més eficient una problemàtica (repte) o servei continuat en el temps.

**Mancomunitat:** és una associació voluntària, però de municipis, que crea una entitat local superior al qual li atribueix una sèrie de funcions específiques i li delega part de les responsabilitats atribuïdes als municipis.

## **Situació actual de l'estudi de la salut pública de competència municipal**

L'estudi de la salut pública de competència municipal és poc desenvolupat a Catalunya i a l'Estat espanyol. Des de la Llei General de Sanitat de 1986 que estructura les competències legals del model sanitari actual a l'àmbit espanyol, i de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya que integra la salut pública en l'àmbit del sistema sanitari català, fins avui, són comptats els treballs que han recollit l'evolució d'aquest àmbit de la salut a Catalunya i a Espanya. Els motius que ho expliquen són diversos. La realització de les actuacions de salut pública està poc estandarditzada arreu del territori espanyol. A més, les competències i la seva aplicació efectiva varien àmpliament dependent de la comunitat autònoma de la qual es tracti.

Fent una mirada a la literatura existent, bàsicament referida a Catalunya, trobem es-

---

tudis propers que analitzen la gestió de la salut pública des de la perspectiva del municipi. A Líndez et al.(2001) s'analitza el paper dels municipis grans i mitjans (més de 25.000 habitants) en relació a la salut pública. La seva contribució clau és la de distingir entre les funcions (valoració de necessitats, fixació de polítiques i garantia de prestació) i les activitats (vigilància epidemiològica, protecció de la salut, prevenció i promoció) en l'àmbit de la salut pública

Per la seva banda, la Diputació de Barcelona presenta, el 2004, un estudi centrat en la despesa de salut pública que assumeixen els municipis de més 20.000 habitants en una primera fase, i de més de 10.000 en una segona. Aquest estudi aporta informació interessant des de la perspectiva dels grans municipis (despesa generada, estructures de gestió i provisió de serveis), fent evident la complexitat de gestió i coordinació de les activitats de salut pública.

Dos estudis posteriors, l'un del Departament de Salut (2010) coordinat per Xavier Llebaria i l'altre impulsat per la Diputació de Barcelona (2011), amplien l'estudi de la salut pública al món local.

El primer treballa sobre una mostra de 79 municipis de Catalunya majors de 10.000 habitants (excloent la ciutat de Barcelona). A la mostra hi figuren 8 municipis gironins, tots de més de 20.000 habitants. Les dades es recullen entre els mesos d'abril de 2006 i maig de 2007. L'informe s'elabora l'octubre de 2008 i es publica l'any 2010, i posa l'accent en les activitats, serveis i l'estructura de salut pública en ajuntaments de més de 10.000 habitants

El segon es centra en municipis majors de 10.000 habitants de la província de Barcelona; treballa sobre una mostra de 77 municipis. El treball de camp es realitza entre els mesos de maig i juliol del 2010 i analitza les diferències existents en salut pública entre municipis amb característiques similars. Aquest estudi ha donat lloc al panell de polítiques de salut pública en municipis majors de 10.000 a Catalunya, desenvolupat per la Fundació Pi Sunyer. Aquest panell ha generat dos informes (l'un el 2012 i, el darrer, el 2016) que utilitzen una mostra de 103 municipis, 13 dels quals de la demarcació de Girona

Els treballs realitzats fins ara s'han elaborat sobre mostres amb municipis majors de 10.000 habitants, circumscrits a la demarcació de Barcelona, en un cas, i a Catalunya, en l'altra. L'estudi que es presenta contribueix a la literatura existent amb dues aportacions significatives; analitza íntegrament tots els municipis pertanyents a una mateixa demarcació indistintament del seu volum poblacional, en aquest cas la província de Girona; i incorpora, per la pròpia naturalesa de la demarcació de Girona, municipis menors de 10.000 habitants.



---

# **2.METODOLOGIA**

---

## 2. METODOLOGIA

En aquest apartat es descriu la metodologia emprada a les diferents parts d'aquesta tesi. En primer lloc, s'explica com s'ha portat a terme la recollida de dades. En segon lloc, s'explica la metodologia utilitzada per analitzar les col·laboracions interadministratives en la gestió de les competències mínimes de la salut pública en municipis menors de 10.000 habitants. En tercer lloc, s'exposa la metodologia seguida per analitzar la influència de la grandària poblacional i de variables organitzatives d'un ajuntament en el desenvolupament d'activitats de promoció de la salut.

### 2.1. Obtenció de les dades

#### *Univers d'estudi*

L'univers objecte d'estudi són tots els municipis de la demarcació de Girona. La mostra utilitzada és la situació dels municipis gironins l'any 2013. A la taula 1 s'hi troba la distribució dels municipis de Girona per trams de població i es compara amb la freqüència de la mostra de l'estudi, de manera que es pot obtenir un percentatge de la representativitat de la mostra.

<b>Taula 1. Distribució dels municipis estudiats per trams de població</b>			
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Freqüència univers</b>	<b>Freqüència mostra</b>	<b>Percentatge representativitat de la mostra</b>
Menys de 500 habitants	86	85	98,8
Entre 501 i 1.000 habitants	44	44	100
Entre 1.001 i 5.000 habitants	58	56	96,6
Entre 5.001 i 10.000 habitants	14	13	92,9
Entre 10.001 i 20.000 habitants	11	10	90,9
Més de 20.000 habitants	8	8	100
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>216</b>	<b>97,7</b>

Pel que fa a l'univers objecte d'estudi, cal ressaltar el gran nombre de municipis que tenen menys de 500 habitants, reconeguts com a micromunicipis (38,9%). D'altra banda, també cal senyalar que només 19 municipis tenen més de 10.000 habitants (8,6 %). Per tant, és important tenir en compte l'objecte d'estudi on més de la meitat dels municipis tenen menys de 1.000 habitants (58,8 %).

En tots els trams poblacionals analitzats, el percentatge de representativitat de la mostra supera el 90 %. En total hi han participat 216 municipis dels 221 existents

(97,74 %). Cal destacar la fiabilitat de l'estudi a l'hora d'analitzar la realitat dels municipis de Girona.

La taula 2 també destaca la representativitat de la mostra pel que fa a les comarques gironines, mostrant que en totes les comarques hi ha una representativitat mínima del 90 % i, per tant, sense cap biaix.

<b>Comarques</b>	<b>Freqüència univers</b>	<b>Freqüència mostra</b>	<b>Percentatge representativitat de la mostra</b>
Cerdanya	11	10	90,9
Ripollès	19	19	100
La Garrotxa	21	19	90,5
Alt Empordà	68	67	98,5
La Selva	25	24	96
Gironès	27	27	100
Pla de l'Estany	11	11	100
Baix Empordà	36	36	100
Osona	3	3	100
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>216</b>	<b>97,7</b>

Així doncs, com que la mostra és representativa, és a dir, viable i sense biaix, es podran extrapolar els resultats de l'estudi als municipis de la província de Girona.

<b>Comarca\Tram</b>	<b>Menys de 500 hab</b>	<b>Entre 501 i 1.000 hab</b>	<b>Entre 1.001 i 5.000 hab</b>	<b>Entre 5.001 i 10.000 hab</b>	<b>Entre 10.001 i 20.000 hab</b>	<b>Més de 20.000 hab</b>	<b>Total</b>
<b>Cerdanya</b>	6	1	2	1	0	0	<b>10</b>
<b>Ripollès</b>	12	2	4	0	1	0	<b>19</b>
<b>La Garrotxa</b>	8	4	6	0	0	1	<b>19</b>
<b>Alt Empordà</b>	28	22	12	2	2	1	<b>67</b>
<b>La Selva</b>	3	2	9	7	1	2	<b>24</b>
<b>Gironès</b>	5	8	10	2	0	2	<b>27</b>
<b>Pla de l'Estany</b>	4	2	4	0	1	0	<b>11</b>
<b>Baix Empordà</b>	17	3	8	1	5	2	<b>36</b>
<b>Osona</b>	2	0	1	0	0	0	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>44</b>	<b>56</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>216</b>

Pel que fa a la distribució de les comarques, l'Alt Empordà és la que més municipis inclou (30,8 %) i Osona la que menys (1,4 %).

L'estructura superposada de delimitacions administratives a l'Estat implica que l'Administració provincial de Girona inclogui 11 municipis de la Cerdanya i 3 d'Osona que formen part de comarques que conviuen amb dues administracions provincials diferents (demarcació de Lleida i Barcelona, respectivament). Cal considerar-ho a l'hora d'interpretar els resultats del treball.

Pel que fa a l'anàlisi comarcalitzada de les variables, aquest estudi obviarà en la discussió dels resultats la comarca d'Osona atesa la seva baixa representativitat (només 3 municipis dels 51 que la formen).

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

Amb el propòsit de disposar de dades comparables, s'opta per utilitzar com a referència el qüestionari de l'estudi de la Diputació de Barcelona: "La gestió municipal de la salut pública. Ajuntaments de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona" (Pano i Viñas, 2011), amb les variacions necessàries per adequar-lo a la mostra objecte d'estudi, i realitzant una nova validació de l'enquesta.

L'enquesta que es facilita als municipis és un qüestionari extens de 22 preguntes que recull dades de tres grans àmbits:

- Estructura i organització política. Inclou el conjunt de preguntes orientades a determinar com s'estructuren i on s'ubiquen políticament les competències de salut pública del municipi, així com el perfil de l'electe que les ostenta.
- Estructura i organització tècnica. Conjunt de preguntes orientades a determinar com es desenvolupen tècnicament, en el si de l'ajuntament, les activitats pròpies (actuacions) que emanen de les competències de salut pública del municipi.
- Planificació i xarxes institucionals. Conjunt de preguntes sobre de quins instruments (organismes, agències i administracions intermèdies) es valen els ajuntaments per poder dur a terme les seves responsabilitats o programes de salut pública.

El qüestionari és confidencial. Les dades són anònimes i han estat explotades de manera agregada. Els ajuntaments que hi han participat, ho han fet de manera voluntària. No ha estat obligatori respondre totes les preguntes. La no resposta d'algunes preguntes no invalida el qüestionari.

## ***Treball de camp i calendari d'execució***

El treball de camp s'ha dut a terme mitjançant una xarxa de sis agents de salut pú-

blica que han estat els encarregats de fer arribar l'enquesta a tots els municipis.

La disponibilitat dels agents de la xarxa i la tria dels interlocutors afegixen fiabilitat i precisió a la recollida d'informació. L'objecte de l'estudi és la totalitat de municipis de la demarcació (univers).

La taula 4 detalla els diferents perfils de responsabilitat municipal de les persones que han respost el qüestionari. En el 60% dels casos l'encarregat de respondre les preguntes ha estat el personal tècnic municipal. D'altra banda, el 25% de les enquestes han estat contestades per un càrrec electe; i el 13,7% de les entrevistes per personal tècnic amb funcions específiques de gestió de la salut pública al municipi.

<b>Taula 4. Distribució dels municipis segons el càrrec de la persona entrevistada</b>		
<b>Persona entrevistada</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Càrrec electe municipal	51	24,9
Personal tècnic	123	60
Personal tècnic amb funcions de gestió de la salut pública	28	13,7
Altres	3	1,5
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

## **Control de consistència:**

### ***Fase inicial de validació de l'enquesta***

Es va realitzar una prova pilot del qüestionari en la qual van participar 30 municipis. L'objectiu d'aquesta primera fase era detectar les febleses i inconsistències de l'enquesta. Per a aquesta prova pilot es va seleccionar una mostra de municipis de diferents grandàries i característiques organitzatives. Es van detectar dificultats d'interpretació del redactat de les preguntes i un error en la transcripció final de preguntes multiresposta.

### ***Anàlisi de les "no-respostes"***

La prova pilot inicial va permetre replantejar aquelles preguntes que tenien 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 l'enquesta definitiva, la majoria de variables mostren un alt percentatge de respostes amb un elevat grau de consistència.

Aquesta primera fase també va permetre detectar la necessitat de millora de l'apartat de dades generals i elaborar un document d'interpretació per eliminar dubtes i homogeneïtzar el criteri a l'hora de respondre.

## **Execució**

El període de temps de recollida d'informació va ser del gener al juny del 2013. El nombre de municipis participants a l'estudi és de 216, que representen el 97,7 % municipis gironins i el 96 % de la població.

Un cop acabada la recollida de dades es va dur a terme l'explotació de dades, depuració d'errors i inconsistències, i els primers resultats de l'estudi descriptiu es van obtenir el mes de juliol del 2013. El tractament s'ha fet amb el programa IBM SPSS Statistics v.19.

Les dades recollides es presenten segmentades per trams poblacionals i per comarques a l'apartat 3.1.

## **2.2. Metodologia per a l'anàlisi de les col·laboracions interadministratives en la gestió de les competències mínimes de la salut pública en municipis menors de 10.000 habitants**

Per tal de desenvolupar l'anàlisi de les col·laboracions interadministratives en la gestió de les competències mínimes de la salut pública en municipis menors de 10.000 habitants, s'han especificat regressions logístiques per estimar la probabilitat que l'ens de referència sigui el Consell Comarcal, o la Generalitat de Catalunya, en relació a la categoria de referència Dipsalut-Diputació.

La variable dependent que es fa servir en aquesta anàlisi es refereix a l'ens (o administració) supramunicipal de referència al qual es dirigeixen els ajuntaments en matèria de protecció de la salut. La pregunta va ser formulada de la següent manera: ¿ "Quin és l'ens públic de referència al qual s'adreça en primera preferència quan necessita assessorament en temes de protecció de salut pública?" Es creen dues variables *dummies*: una pren el valor 1 si l'ajuntament es dirigeix al Consell Comarcal i 0 si es dirigeix a la Dipsalut-Diputació; l'altra *dummy* pren el valor 1 si l'ajuntament es dirigeix a la Generalitat de Catalunya (incloent Agència Protecció de la Salut) i 0 si es dirigeix a la Dipsalut-Diputació. Es descarten altres ens de referència com la Universitat o acudir a un altre ajuntament, pel seu baix índex de resposta.

La variable explicativa d'interès és el tram poblacional. En aquest sentit, es creen dos trams a partir de la literatura existent i realitat administrativa de la província analitzada. En el cas del "tram poblacional 1" es distingeix entre municipis de menys de 500 habitants (0), de 500 a 1.000 (1), de 1.001 a 5.000 (2), de 5.001 a 10.000 (a 3), de 10.001 a 20.000 (4) i més de 20.000 habitants (5). D'altra banda, el "tram poblacional 2" distingeix entre municipis de menys de 10.000 habitants (valor 0) i més de 10.000 habitants (valor 1). L'estimació dels models s'ha dut a terme a l'entorn estadístic de programari lliure R (versió 3.2.3). Els resultats i discussió es presenten a l'apartat 3.2.

## 2.3. Metodologia per a l'anàlisi de la influència de la grandària poblacional i de variables organitzatives d'un ajuntament en la promoció de la salut

Per tal de desenvolupar l'anàlisi de la influència de la grandària poblacional i de variables organitzatives d'un ajuntament en la promoció de la salut, s'especifiquen regressions logístiques per estimar la probabilitat que un ajuntament faci més activitats de promoció de la salut per sobre de la mitjana de la mostra, per al cas de municipis de menys de 10,000 habitants i per al cas dels de més de 10,000 habitants. Per fer-ho s'empren les variables:

<b>Mitjana d'activitats de promoció de la salut</b>	<i>Variable dicotòmica codificada com un si el nombre d'activitats en promoció de la salut que realitza l'ajuntament es troba per sobre de la mitjana dels municipis (&gt; 7 activitats) i zero si el nombre d'activitats que realitza l'ajuntament està per sota de la mitjana.</i>
<b>Regidoria amb competències en salut pública</b>	<i>Variable dicotòmica codificada com un si hi ha una regidoria amb competències delegades en salut pública.</i>
<b>Dedicació del responsable de salut pública</b>	<i>Variable politòmica referent a la dedicació del polític responsable en salut pública. Aquesta categoritzada com sense dedicació (categoria de referència), dedicació parcial i dedicació exclusiva.</i>
<b>Treballador municipal amb tasques en salut pública</b>	<i>Variable dicotòmica que indica si existeix un treballador municipal que tingui assignades tasques relacionades amb la salut pública.</i>
<b>Nivell d'estudis del polític</b>	<i>Variable politòmica referent al nivell d'estudis del polític, codificada com amb estudis primaris (categoria de referència), secundaris i universitaris.</i>
<b>Hores de dedicació del polític</b>	<i>Variable politòmica referent a la mitjana d'hores mensuals que el responsable polític dedica a les funcions de salut pública. Està categoritzada com menys de 2h mensuals (categoria de referència), de 2 a 5h, de 5 a 10h, de 10 a 25h i més de 25h.</i>
<b>Situació laboral del polític</b>	<i>Variable que informa de la situació laboral del polític, categoritzada com a actiu (categoria de referència), aturat i jubilat.</i>
<b>Sector d'activitat principal del polític</b>	<i>Variable politòmica sobre el sector d'activitat en el qual el polític ha desenvolupat majoritàriament la seva carrera professional, categoritzada com en el sector privat (categoria de referència), administració local, administració autonòmica i administració estatal.</i>
<b>Àmbit d'activitat principal del polític</b>	<i>Variable politòmica que indica l'àmbit d'activitat en el qual el polític ha desenvolupat majoritàriament la seva carrera professional, categoritzada com en el sector de la salut (categoria de referència) i altres àmbits.</i>

S'obtenen les Odds ratio (OR) i els seus intervals de confiança al 95% (95% IC). L'estimació dels models s'ha realitzat a l'entorn estadístic de programari lliure R (versió 3.2.3). Els resultats i discussió és presenten a l'apartat 3.3.





# **3.RESULTATS I DISCUSSIÓ**

---

## 3. RESULTATS I DISCUSSIÓ

### 3.1 Estructura, xarxes institucionals i mecanismes de coordinació i participació

Aquest apartat s'estructura en tres blocs clarament diferenciats: 3.1.1) *Estructura i organització política i tècnica*, que es centra en l'anàlisi de les estructures de govern i tècniques dels ajuntaments consultats, així com dels perfils de l'electe que hi pren decisions; 3.1.2) *Xarxes institucionals*, que aprofundeix en la relació dels municipis amb les administracions supramunicipals; a quines s'adrecen, com s'hi relacionen i la naturalesa del suport que en reben; i 3.1.3) *Mecanismes de coordinació, planificació i participació*, que s'aproxima als mecanismes de coordinació i planificació interna dels municipis, així com als sistemes de participació ciutadana de què disposen.

#### 3.1.1 Estructura i organització política i tècnica

Els ajuntaments tenen autonomia municipal i capacitat d'autoorganització, i això els permet definir la seva pròpia estructura interna. Una estructura que, pel que fa al cartipàs, acostuma a reflectir l'orientació de la política de l'equip de govern (ressalten les prioritats programàtiques), fet que és més evident en municipis grans. Per la seva banda, tot i que l'estructura tècnica i de gestió del municipi és més estable i més complexa de reorganitzar, l'adscripció i dependències dels diferents departaments a una o altra regidoria (o àmbit) pot contribuir a l'eficàcia i eficiència de les activitats i els serveis que es presten.

A continuació s'analitza com es tracta la salut pública dins l'organigrama municipal per entendre com estan organitzats els ajuntaments en aquest àmbit i la presència de salut pública a l'agenda municipal.

##### 3.1.1.1 El tractament de la salut pública en l'organigrama municipal

Es pretén determinar el paper de la salut pública tot analitzant la ubicació de les competències delegades en matèria de salut pública dins l'organització política de l'ajuntament. Tal com mostra la taula 5, el 72,6% dels municipis gironins tenen una regidoria amb competències delegades en matèria de salut.

<b>Taula 5. Nombre d'ajuntaments on hi ha una regidoria amb competències delegades en matèria de salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Hi ha una regidoria amb competències delegades	156	72,6
No hi ha una regidoria amb competències delegades	52	24,2
Altres situacions	7	3,3
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

Cal destacar que, com mostra la taula 6, el 96,2% declaren que la regidoria és compartida amb altres activitats diferents a la salut pública. Per tant, quasi tres quartes parts dels ajuntaments estudiats han recollit la matèria en una regidoria de manera compartida amb altres àmbits.

<b>Taula 6. Nombre de municipis on la regidoria inclou àmbits diferents del de salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
La regidoria inclou àmbits diferents del de salut pública	177	96,2
La regidoria només es dedica a les activitats relacionades amb salut pública	7	3,8
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Tal com mostren les taules 7 i 8, és poc freqüent disposar d'una regidoria específica de salut pública, i en la mostra observada no es detecta cap tendència que ho relacioni amb la complexitat de gestió lligada a la grandària del municipi.

<b>Taula 7. Nombre de municipis on la regidoria inclou àmbits diferents del de salut pública segons trams poblacionals</b>			
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Inclou àmbits diferents</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants	Sí	64	100
	No	0	0
	Total	64	100
Entre 501 i 1.000 habitants	Sí	35	97,2
	No	1	2,8
	Total	36	100
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Sí	50	94,3
	No	3	5,7
	Total	53	100
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Sí	12	92,3
	No	1	7,7
	Total	13	100
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Sí	9	90
	No	1	10
	Total	10	100
Més de 20.000 habitants	Sí	7	87,5
	No	1	12,5
	Total	8	100

**Taula 8. Nombre de municipis on la regidoria inclou àmbits diferents del de salut pública segons comarques**

Comarca	Inclou àmbits diferents	Freqüència	Percentatge
Cerdanya	Sí	9	100
	No	0	0
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Ripollès	Sí	12	100
	No	0	0
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Garrotxa	Sí	12	100
	No	0	0
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Alt Empordà	Sí	55	96,5
	No	2	3,5
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>
La Selva	Sí	20	87
	No	3	13
	<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
Gironès	Sí	25	100
	No	0	0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
Pla de l'Estany	Sí	9	90
	No	1	10
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
Baix Empordà	Sí	32	97
	No	1	3
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
Osona	Sí	3	100
	No	0	0
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

En aquest sentit, també és important observar quina és la situació de la regidoria dins l'organigrama polític dels municipis gironins. Com mostra la taula 9, en el 60,8% dels municipis la regidoria està inclosa dins l'àmbit de l'alcaldia o tinença d'alcaldia, sent menys freqüent que depengui d'una altra regidoria.

Taula 9. Situació de la regidoria a l'organigrama polític	Freqüència	Percentatge
Queda dins l'àmbit de l'alcaldia	124	60,8
Queda dins l'àmbit d'alguna altra Regidoria	35	17,2
És una Regidoria amb atribucions directes	45	22,1
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

La legislació preveu tres possibles cobertures de la dedicació a la seva responsabilitat per part dels electes locals: la dedicació exclusiva<sup>1</sup>, la dedicació parcial<sup>2</sup> 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'. En aquest darrer supòsit, els electes en aquesta situació no rebran cap compensació econòmica pel desenvolupament de les funcions específiques de salut pública.

Analitzant el grau de dedicació del regidor o regidora responsable de l'àmbit de salut pública en relació a la grandària poblacional del municipi (taula 10), no s'observa cap pauta significativa; en la majoria d'ajuntaments aquests responsables polítics s'agrupen sota la categoria "sense dedicació".

<b>Taula 10. Tipus de vinculació del/de la regidor/a responsable de salut pública per trams poblacionals</b>			
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Tipus de dedicació</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants	Exclusiva	1	1,2
	Parcial	12	14,6
	Sense dedicació	69	84,1
	<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>
Entre 501 i 1.000 habitants	Exclusiva	5	11,9
	Parcial	4	9,5
	Sense dedicació	33	78,6
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Exclusiva	7	12,7
	Parcial	11	20
	Sense dedicació	37	67,3
	<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Exclusiva	1	7,7
	Parcial	6	46,2
	Sense dedicació	6	46,2
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Exclusiva	0	0
	Parcial	3	33,3
	Sense dedicació	6	66,7
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Més de 20.000 habitants	Exclusiva	1	12,5
	Parcial	2	25
	Sense dedicació	5	62,5
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>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 desenvolupament d'activitats laborals i professionals sempre que no incorrin en les incompatibilitats esmentades.

Pel que fa a la delegació de les funcions d'autoritat sanitària<sup>1</sup> de l'alcaldia a altres regidories, aquesta augmenta en el trams de municipis de major mida poblacional. És a dir, per municipis de menys de 10.000 habitants, el més habitual és que no estigui delegada la funció. Ara bé, per municipis més grans de 10.000 habitants, gairebé en un terç dels ajuntaments l'alcalde delega les funcions d'autoritat sanitària.

<b>Taula 11. Delegació de les funcions d'autoritat sanitària de l'alcaldia</b>			
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Delegació</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants	Si	7	8,3
	No	77	91,7
	<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>
Entre 501 i 1.000 habitants	Si	3	7
	No	40	93
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Si	7	13
	No	47	87
	<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Si	1	8,3
	No	11	91,7
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Si	3	33,3
	No	6	66,7
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Més de 20.000 habitants	Si	3	37,5
	No	5	62,5
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

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

L'execució de les activitats vinculades a les competències d'obligat compliment en l'àmbit de la protecció de la salut al municipi, així com la determinació política per al desenvolupament de polítiques i programes de promoció de la salut i millora de la qualitat de vida dels ciutadans, parteixen necessàriament del lideratge polític de l'electe i la complicitat dels tècnics municipals dels diferents àmbits, atesa la naturalesa transversal de la salut pública.

<sup>1</sup>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.

### a) Lideratge polític

Es descriu el perfil sociodemogràfic i professional del responsable polític i la seva dedicació en l'àmbit salut pública en els ajuntaments dels pobles gironins.

Perfil dels electes responsables de salut pública als municipis

La taula 12 mostra el grau de formació reglada del responsable polític de salut pública. Gairebé la meitat tenen estudis universitaris (49,50%), i només un 1% afirmen no disposar d'estudis. Aquest fet mostra que la majoria dels responsables disposen d'un alt grau de formació.

	Freqüència	Percentatge
Sense estudis	2	1
Graduat	40	19,6
Batxiller	61	29,9
Universitari	101	49,5
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

### **Dedicació mensual dels electes responsables de salut pública**

En més del 50% dels municipis, la dedicació de l'electe en l'àmbit de salut pública és d'entre 2 a 5 hores mensuals. Només un 5% afirma dedicar-hi més de 25 hores mensuals, com es mostra a la taula 13. A la taula 14 es detalla la dedicació en funció de la grandària municipal, i s'observa com el nivell d'hores dedicades s'incrementa a en municipis en trams poblacionals més grans atesa la seva complexitat de gestió.

A l'hora de llegir aquestes dades cal tenir en compte que és un càlcul aproximat per part dels enquestats, ja que es fa difícil determinar el nombre d'hores exacte que dediquen a salut pública mensualment, deslligant-les de la resta d'hores que destinen a altres àmbits de la regidoria (en cas que sigui compartida) i/o del propi ajuntament.

	Freqüència	Percentatge
Menys de 2 hores mensuals	24	11,6
Entre 2 i 5 hores mensuals	111	53,6
Entre 5 i 10 hores mensuals	41	19,8
Entre 10 i 25 hores mensuals	21	10,1
Més de 25 hores mensuals	9	4,3
Dedicació a jornada completa	1	0,5
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>



<b>Taula 14. Nivell de dedicació del regidor responsable de la salut pública en funció de la grandària poblacional</b>			
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Hores dedicades</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants	Menys de 2h mensuals	15	19
	Entre 2 i 5h mensuals	51	64,6
	Entre 5 i 10h mensuals	10	12,7
	Entre 10 i 25h mensuals	3	3,8
	Més de 25h mensuals	0	0
	Dedicació a jornada completa	0	0
	<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>
Entre 501 i 1.000 habitants	Menys de 2h mensuals	6	14,6
	Entre 2 i 5h mensuals	26	63,4
	Entre 5 i 10h mensuals	5	12,2
	Entre 10 i 25h mensuals	3	7,3
	Més de 25h mensuals	1	2,4
	Dedicació a jornada completa	0	0
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Menys de 2h mensuals	2	3,6
	Entre 2 i 5h mensuals	24	42,9
	Entre 5 i 10h mensuals	16	28,6
	Entre 10 i 25h mensuals	8	14,3
	Més de 25h mensuals	5	8,9
	Dedicació a jornada completa	1	1,8
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Menys de 2h mensuals	0	0
	Entre 2 i 5h mensuals	5	38,5
	Entre 5 i 10h mensuals	2	15,4
	Entre 10 i 25h mensuals	3	23,1
	Més de 25h mensuals	3	23,1
	Dedicació a jornada completa	0	0
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Menys de 2h mensuals	1	10
	Entre 2 i 5h mensuals	2	20
	Entre 5 i 10h mensuals	5	50
	Entre 10 i 25h mensuals	2	20
	Més de 25h mensuals	0	0
	Dedicació a jornada completa	0	0
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Taula 14. Nivell de dedicació del regidor responsable de la salut pública en funció de la grandària poblacional**

Grandària poblacional	Hores dedicades	Freqüència	Percentatge
Més de 20.000 habitants	Menys de 2h mensuals	0	0
	Entre 2 i 5h mensuals	3	37,5
	Entre 5 i 10h mensuals	3	37,5
	Entre 10 i 25h mensuals	2	25
	Més de 25h mensuals	0	0
	Dedicació a jornada completa	0	0
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

**Situació laboral dels electes responsables de salut pública**

La situació laboral més freqüent en què es troba el responsable polític de salut pública és en actiu en el 82,10% dels casos (taula 15). Cal destacar l'alt nivell de vinculació de persones jubilades en la gestió de la salut pública en municipis de menys de 5.000 habitants. Possiblement per tractar-se de municipis d'àmbit rural amb una major taxa d'envelliment de la població (taula 16).

**Taula 15. Situació laboral del responsable polític de la salut pública**

	Freqüència	Percentatge
En actiu	174	82,1
A l'atur	12	5,7
Jubliat	25	11,8
Estudiant	1	0,5
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Taula 16. Situació laboral del responsable de la salut pública en funció de la grandària poblacional**

Grandària poblacional	Hores dedicades	Freqüència	Percentatge
Menys de 500 habitants	En actiu	67	80,7
	A l'atur	7	8,4
	Jubliat	9	10,8
	Estudiant	0	0
	<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>
Entre 501 i 1.000 habitants	En actiu	35	81,4
	A l'atur	1	2,3
	Jubliat	6	14
	Estudiant	1	2,3
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

<b>Taula 16. Situació laboral del responsable de la salut pública en funció de la grandària poblacional</b>			
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Hores dedicades</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants	En actiu	44	78,6
	A l'atur	3	5,4
	Jubliat	9	16,1
	Estudiant	0	0
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
Entre 5.001 i 10.000 habitants	En actiu	11	84,6
	A l'atur	1	7,7
	Jubliat	1	7,7
	Estudiant	0	0
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
Entre 10.001 i 20.000 habitants	En actiu	9	100
	A l'atur	0	0
	Jubliat	0	0
	Estudiant	0	0
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Més de 20.000 habitants	En actiu	8	100
	A l'atur	0	0
	Jubliat	0	0
	Estudiant	0	0
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

### **Sector d'activitat professional de procedència dels electes responsables de salut pública**

Pel que fa al sector d'activitat majoritari dels responsables polítics, en general treballen a l'empresa privada (68,80%), com s'observa a la taula 17.

<b>Taula 17. Sector d'activitat on el responsable polític ha desenvolupat majoritàriament la seva carrera professional</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Empresa privada	139	68,8
Sector públic. Administració local	18	8,9
Sector públic. Administració autonòmica	27	13,4
Sector públic. Administració estatal	4	2
Altres	14	6,9
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

La taula 18 descriu l'activitat on el responsable ha desenvolupat la seva carrera professional. Cal destacar una dispersió de sectors professionals (categoria "altres"). El 17,30% dels casos provenen de l'àmbit de la salut.

<b>Taula 18. Àmbit d'activitat on el responsable polític ha desenvolupat majoritàriament la seva carrera professional</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Salut	36	17,3
Turisme	1	0,5
Administració local	1	0,5
Administració autonòmica	1	0,5
Altres	169	81,3
Total	208	100

### **b) Lideratge tècnic**

La gestió dels diferents riscos que s'inclouen en l'àmbit de la salut pública de competència municipal implica la realització de tasques i controls sistemàtics que han de ser assumits pel personal municipal.

La taula 19 mostra que en el 69,50% dels municipis no existeix un/a treballador/a que tingui assignades tasques relacionades en salut pública. Es pot destacar, tal i com es mostra a la taula 20, que a mesura que augmenta la grandària poblacional, incrementa el percentatge de municipis que disposen d'un/a treballador/a encarregat de les tasques de salut pública.

<b>Taula 19. Nombre de municipis on existeix un/a treballador/a municipal que té assignades les tasques relacionades en salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Existeix un treballador municipal amb tasques de salut pública	65	30,5
No existeix un treballador municipal amb tasques de salut pública	148	69,5
Total	213	100

<b>Taula 20. Nombre de municipis on existeix un/a treballador/a municipal que té assignades les tasques relacionades en salut pública per grandària poblacional</b>			
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Inclou diferents àmbits</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants	Sí	14	16,9
	No	69	83,1
	Total	83	100
Entre 501 i 1.000 habitants	Sí	8	18,6
	No	35	81,4
	Total	43	100

**Taula 20. Nombre de municipis on existeix un/a treballador/a municipal que té assignades les tasques relacionades en salut pública per grandària poblacional**

Grandària poblacional	Inclou diferents àmbits	Freqüència	Percentatge
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Sí	26	46,4
	No	30	53,6
	Total	56	100
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Sí	4	30,8
	No	9	69,2
	Total	13	100
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Sí	7	70
	No	3	30
	Total	10	100
Més de 20.000 habitants	Sí	6	75
	No	2	25
	Total	8	100

### c) Les estructures organitzatives

De la taula 21 s'extreu que quasi el 93% dels municipis no tenen departament tècnic especialitzat exclusivament en salut pública, mentre que poc més del 7% diuen tenir-ne. A la taula 22 es mostra com bàsicament els municipis que disposen de departament propi de salut pública són els més grans.

A la Garrotxa trobem el Consorci de Medi Ambient i Salut Pública (SIGMA) que dona servei als municipis de la comarca. Aquests 17 municipis, en la seva majoria petits, disposarien d'una estructura organitzada que faria les funcions de departament tècnic municipal. Aquesta característica determina el model de gestió de la salut pública a la comarca, tal com es reflecteix en els diferents aspectes analitzats en aquest treball.

**Taula 21. En el municipi existeix un departament tècnic especialitzat en l'àmbit de salut pública**

	Freqüència	Percentatge
Sí, hi ha un departament tècnic	11	6,4
Sí, hi ha dos departaments tècnics	1	0,6
No hi ha cap departament tècnic	140	80,9
Una altra situació	21	12,1
Total	173	100

**Taula 22. En el municipi existeix un departament tècnic especialitzat en l'àmbit de salut pública en funció de la grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Inclou diferents àmbits</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants	Sí, hi ha un departament tècnic	0	0
	Sí, hi ha dos departaments tècnics	0	0
	No hi ha cap departament tècnic	58	89,2
	Una altra situació	7	10,8
	Total	65	100
Entre 501 i 1.000 habitants	Sí, hi ha un departament tècnic	0	0
	Sí, hi ha dos departaments tècnics	0	0
	No hi ha cap departament tècnic	33	89,2
	Una altra situació	4	10,8
	Total	37	100
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Sí, hi ha un departament tècnic	5	11,1
	Sí, hi ha dos departaments tècnics	0	0
	No hi ha cap departament tècnic	35	77,8
	Una altra situació	5	11,1
	Total	45	100
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Sí, hi ha un departament tècnic	0	0
	Sí, hi ha dos departaments tècnics	0	0
	No hi ha cap departament tècnic	8	88,9
	Una altra situació	1	11,1
	Total	9	100
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Sí, hi ha un departament tècnic	4	44,4
	Sí, hi ha dos departaments tècnics	0	0
	No hi ha cap departament tècnic	3	33,3
	Una altra situació	2	22,2
	Total	9	100
Més de 20.000 habitants	Sí, hi ha un departament tècnic	2	25
	Sí, hi ha dos departaments tècnics	1	12,5
	No hi ha cap departament tècnic	3	37,5
	Una altra situació	2	25
	Total	8	100

En el cas dels ajuntaments que sí disposen departament tècnic especialitzat en temes de salut pública, s'observa a la taula 23 que en el 82,90% dels casos es comparteix aquesta gestió amb altres matèries.

<b>Taula 23. Nombre de municipis on el departament tècnic que centralitza les actuacions en matèria de salut pública comparteix la gestió amb altres matèries</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
El departament comparteix la gestió amb altres matèries	34	82,9
El departament no comparteix la gestió amb altres matèries	7	17,1
Total	41	100

La salut pública municipal té un important camp d'actuació lligat a la sanitat ambiental. Riscos lligats a factors ambientals com els microbiològics, elements al·lèrgens com el pol·len o altres riscos químics, fan que la gestió ambiental sigui una matèria concurrent i altament relacionada amb la salut pública, tal com s'observa a la taula 24.

A més, destacar que 14 ajuntaments han afirmat compartir el departament de salut pública amb el servei d'emergències.

<b>Taula 24. Matèries amb les quals es comparteix la gestió de salut pública. Més d'una resposta possible</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Comparteix gestió amb Comunicació	3	2,9
Comparteix gestió amb Cooperació	1	1
Comparteix gestió amb Consum	4	3,8
Comparteix gestió amb Cultura	5	4,8
Comparteix gestió amb Dona	2	1,9
Comparteix gestió amb Ensenyament	3	2,9
Comparteix gestió amb Esports i Lleure	5	4,8
Comparteix gestió amb Gent Gran	3	2,9
Comparteix gestió amb Immigració	1	1
Comparteix gestió amb Infància	2	1,9
Comparteix gestió amb Joventut	1	1
Comparteix gestió amb Medi Ambient	30	28,6
Comparteix gestió amb Promoció Econòmica	3	2,9
Comparteix gestió amb Comerç	4	3,8
Comparteix gestió amb Sanitat	11	10,5
Comparteix gestió amb Urbanisme	5	4,8
Comparteix gestió amb Altres	22	21
Total	105	100

#### d) Mecanismes de coordinació

La salut pública és una disciplina transversal que impacta a diferents àmbits de la gestió municipal (equipaments, subministrament d'aigua de consum, seguretat alimentària, espais públics, promoció de la salut, etc).

Pel que fa als mecanismes de coordinació, en poc més del 29% dels ajuntaments existeixen espais transversals de coordinació per tractar temes de salut pública (taula 25). També es posa de relleu que només el 4,70% d'ajuntaments gironins afirma tenir un programa transversal de coordinació per tractar temes de salut, com mostra la taula 26.

<b>Taula 25. Existeix espais transversals de coordinació per tractar temes de salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Sí	60	29,4
No	144	70,6
Total	204	100

<b>Taula 26. Existeix un programa transversal de coordinació per tractar temes de salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Sí	10	4,7
No	204	95,3
Total	214	100

La taula 27 mostra que només en el 5,10% de municipis hi ha una comissió o taula que s'encarrega de fixar criteris i pautes comunes per tractar temes de salut pública i, per tant, existeix una línia a seguir per tractar aquests temes. De nou, aquesta tendència es troba en els municipis mitjans-grans.

<b>Taula 27. Existeix una comissió/taula que s'encarrega de fixar criteris i pautes comunes per tractar temes de salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Sí	11	5,1
No	203	94,9
Total	214	100



Per altra banda, la taula 28 mostra la falta de programació anual conjunta d'activitats amb pressupost per gestionar els temes de salut pública, ja que no arriben al 20% els municipis que sí que ho tenen en compte.

<b>Taula 28. Existeix una programació anual conjunta d'activitats amb pressupost assignat per tractar temes de salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Sí	42	19,6
No	172	80,4
Total	214	100

Les taules 29 i 30 segueixen mostrant la coordinació en els ajuntaments sobre temes de salut pública. De nou, en el quasi 80% dels ajuntaments la coordinació és puntual per tractar temes concrets de salut pública, i en el quasi 96% no existeixen altres espais transversals de coordinació per tractar temes de salut pública.

<b>Taula 29. La coordinació és puntual en algunes actuacions per tractar temes de salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Sí	171	79,9
No	43	20,1
Total	214	100

<b>Taula 30. Existeixen altres espais transversals de coordinació per tractar temes de salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Sí	9	4,2
No	205	95,8
Total	214	100

Tot i no disposar majoritàriament de mecanismes formals estables de coordinació dins del propi ajuntament, tant en la presa de decisions de rellevància per a la salut pública com per situacions d'alerta, es posen en marxa mecanismes puntuals de coordinació i consulta que es dilueixen en els moments que no es donen aquestes situacions.

ot i el consens general sobre la transversalitat de les polítiques de salut pública, l'estudi posa de manifest el poc desenvolupament de mecanismes formals de coordinació. Aquest fet és especialment crític en municipis de gran complexitat de gestió.

Així doncs, pel que fa a l'organització política, els resultats ens mostren que el 70% dels municipis disposen d'una regidoria amb competències delegades. En el 96% dels ca-

sos -indistintament del seu volum poblacional o de l'àmbit comarcal- es tracta d'una regidoria compartida i que majoritàriament queda dins de l'àmbit de l'alcaldia. Només set municipis (3,8%) disposen d'una regidoria específica de salut pública. Aquesta dada contrasta amb les presentades a l'estudi de Pano i Viñas (2011), on s'indica que el 26% dels municipis té una regidoria només dedicada a les activitats de salut pública i en un 74% dels casos, aquesta regidoria és compartida amb altres àmbits. Contrastava també amb les de la Fundació Pi Sunyer (2016) on el 12,9% de la mostra declara tenir una regidoria específica en salut pública, mentre que en un 86,4% dels casos és compartida.

La delegació de la figura d'autoritat sanitària per part de l'alcalde a un regidor es produeix en un 11% dels municipis. El 25% dels electes amb funcions de salut pública tenen una dedicació retribuïda -exclusiva o parcial-; en molts casos es tracta d'electes amb més d'una regidoria assignada. Pel que fa a la dedicació retribuïda, el treball de Pano i Viñas (2011) mostra que el 90% dels electes de la mostra tenen una dedicació exclusiva o parcial. En el cas de l'estudi de la Fundació Pi Sunyer (2016), el 79% dels electes comparteix aquesta situació.

S'observa que el 50% dels electes amb funcions en la salut pública tenen una formació universitària. El 80% dels responsables polítics estan en situació laboral activa i un 12% diuen estar jubilats. Aquests darrers els trobem en municipis situats en els trams poblacionals de menys de 5.000 habitants.

El 70% dels electes amb funcions en salut pública desenvolupen o han desenvolupat la seva carrera professional a l'empresa privada i un 13 % al sector públic de l'Administració autonòmica. Pel que fa als sectors d'activitat, hi ha una gran dispersió; cal destacar que un 17% provenen de l'àmbit de la salut.

En el 50% dels casos, els electes declaren una dedicació temporal d'entre 2 i 5 hores mensuals a les funcions de la salut pública; dedicació que s'incrementa en funció de la grandària poblacional dels municipis.

En relació a l'organització tècnica, es posa en relleu que el 81% dels ajuntaments no disposen d'un departament tècnic específic per a les activitats de salut pública. En el grup dels ajuntaments que disposen de departament tècnic, més del 80% dels casos aquest departament és compartit, principalment amb el de Medi ambient.

S'observa que en el 30% dels ajuntaments -majoritàriament els de més grandària poblacional- existeix un treballador municipal amb tasques de salut pública assignades. Aquesta dada contrasta amb les dels estudis realitzats fins a la data a Espanya. El de la Fundació Pi Sunyer (2016) assenyala que el 81,% dels municipis de la seva mostra disposen d'un o més empleats municipals amb responsabilitat en salut pública; percentatge que s'incrementa a major volum poblacional, sent del 100% en el cas de municipis de més de 50,000 habitants.

Poc més del 29% dels ajuntaments analitzats per aquest estudi disposen d'espais transversals de coordinació per tractar temes de salut pública. S'observa, també, que el 4% dels municipis afirmen tenir un programa transversal de coordinació de la salut pública. El 20% dels ajuntaments disposen d'una planificació anual d'activitats de salut pública amb pressupost assignat.

En el 80% dels ajuntaments, la coordinació per tractar temes de salut pública s'esdevé de manera puntual. En els treballs de Pano i Viñas (2011) i Fundació Pi i Sunyer (2016) la coordinació puntual també es mostra com l'opció majoritària amb uns valors, però, del 92,1% i 67,3% respectivament.

### 3.1.2 Xarxes institucionals

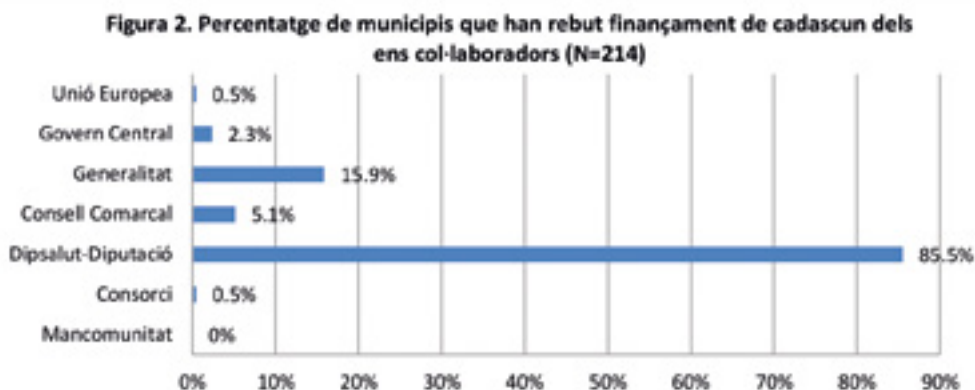
En aquest apartat s'analitza, en primer lloc, el grau de suport als municipis per part de les administracions supramunicipals i els ens col·laboradors (Mancomunitat, Consorci, Dipsalut-Diputació, Consell Comarcal, Generalitat, Govern central i Unió Europea). També s'analitzen quins són els àmbits de col·laboració: finançament, formació, assessorament i suport tècnic, prestació de serveis, materials de difusió i altres suports que reben els ens locals; així com també el suport rebut en la prestació dels serveis mínims obligatoris dels ens locals en matèria de salut pública (protecció) i més enllà dels serveis mínims (promoció). Per últim, també s'identifiquen els diferents nivells de prestació dels serveis mínims obligatoris i les activitats complementàries per promoure la salut i prevenir de la malaltia per part dels municipis.

#### 3.1.2.1 Ens col·laboradors i tipologia de suport

Aquest apartat té com a objectiu descriure quines són les administracions o ens dels quals perceben (i reclamen) suport els municipis en els diferents àmbits d'acció.

##### Finançament

En primer lloc, es pot veure que la principal font de finançament dels ens locals giro-nins és Dipsalut-Diputació. Tal com mostra la figura 2, més del 80 % dels municipis han rebut finançament de Dipsalut. La Generalitat és la segona font de finançament, per gairebé el 20% dels municipis.



Pel que fa als diferents trams de població, s'observa que les conclusions són les mateixes. Per a totes les mides poblacionals, Dipsalut és l'organisme més concorregut a l'hora de demanar finançament. En tots els casos, també cal destacar que en segona posició s'hi troba la Generalitat (taula 31).

Per altra banda, el mateix patró es troba si s'observen les fonts de finançament en funció de la comarca. Sobretot cal destacar la Garrotxa, on tots els municipis han rebut suport financer per part de Dipsalut (taula 32).

**Taula 31. Nombre de municipis que han rebut finançament dels ens col·laboradors per trams poblacionals**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Font finançament</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants (83 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	64	77,1
	Consell Comarcal	3	3,6
	Generalitat	10	12
	Govern Central	1	1,2
	Unió Europea	0	0
Entre 501 i 1.000 habitants (44 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	35	79,5
	Consell Comarcal	3	6,8
	Generalitat	6	13,6
	Govern Central	1	2,3
	Unió Europea	0	0
Entre 1.001 i 5.000 habitants (56 municipis)	Consorci	1	1,8
	Dipsalut-Diputació	55	98,2
	Consell Comarcal	5	8,9
	Generalitat	13	23,2
	Govern Central	2	3,6
	Unió Europea	1	1,8
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	13	100
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	2	15,4
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Entre 10.001 i 20.000 habitants (10 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	8	80
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	1	10
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Més de 20.000 habitants (8 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	8	100
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	2	25
	Govern Central	1	12,5
	Unió Europea	0	0

**Taula 32. Nombre de municipis que han rebut finançament dels ens col·laboradors per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Font finançament</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Cerdanya (10 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	70
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	4	40
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Ripollès (19 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	15	78,9
	Consell Comarcal	1	5,3
	Generalitat	4	21,1
	Govern Central	1	5,3
	Unió Europea	0	0
La Garrotxa (19 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	19	100
	Consell Comarcal	3	15,8
	Generalitat	0	0
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Alt Empordà (67 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	56	83,6
	Consell Comarcal	2	3,0
	Generalitat	12	17,9
	Govern Central	1	1,5
	Unió Europea	1	1,5
La Selva (24 municipis)	Consorci	1	4,2
	Dipsalut-Diputació	22	91,7
	Consell Comarcal	1	4,2
	Generalitat	4	16,7
	Govern Central	2	8,3
	Unió Europea	0	0
Gironès (25 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	21	84
	Consell Comarcal	2	8
	Generalitat	1	4
	Govern Central	1	4
	Unió Europea	0	0

**Taula 32. Nombre de municipis que han rebut finançament dels ens col·laboradors per comarques**

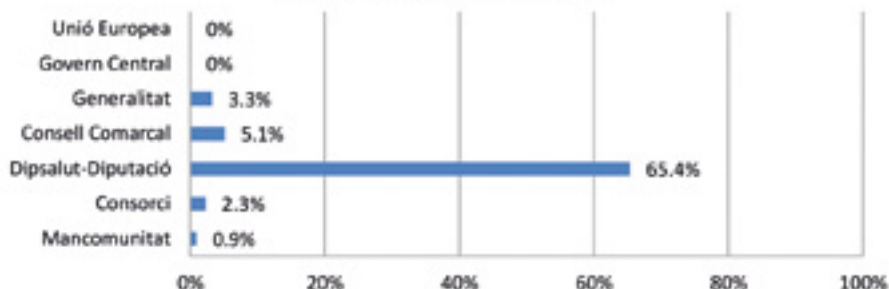
Comarca	Font finançament	Freqüència	Percentatge
Pla de l'Estany (11 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	9	81,8
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	2	18,2
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Baix Empordà (36 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	33	91,7
	Consell Comarcal	1	2,8
	Generalitat	6	16,7
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Osona (3 municipis)	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	1	33,3
	Consell Comarcal	1	33,3
	Generalitat	1	33,3
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0

### Formació

En aquest cas, el 65% dels ajuntaments dels municipis gironins han rebut formació de la Diputació com a primera opció, seguit en, menor percentatge, dels Consells Comarcal i la Generalitat, respectivament (Figura 3).

Els mateixos resultats es perceben en els municipis independentment de la seva grandària poblacional. Així doncs, la taula 33 mostra com en tots els trams poblacionals els municipis reben formació bàsicament de Dipsalut. El Consell Comarcal té importància en els municipis petits, i a mesura que incrementa la grandària poblacional, disminueix el seu paper.

**Figura 3. Percentatge de municipis que han rebut formació de cadascun dels ens col·laboradors (N=214)**



**Taula 33. Nombre de municipis que han rebut formació dels ens col·laboradors per trams poblacionals**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens de formació</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants (83 municipis)	Mancomunitat	1	1,2
	Consorci	1	1,2
	Dipsalut-Diputació	38	45,8
	Consell Comarcal	2	2,4
	Generalitat	0	0
Entre 501 i 1.000 habitants (44 municipis)	Mancomunitat	1	2,3
	Consorci	1	2,3
	Dipsalut-Diputació	29	65,9
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	1	2,3
Entre 1.001 i 5.000 habitants (56 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	2	3,6
	Dipsalut-Diputació	46	82,1
	Consell Comarcal	8	14,3
	Generalitat	3	5,4
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	7,7
	Dipsalut-Diputació	11	84,6
	Consell Comarcal	1	7,7
	Generalitat	0	0
Entre 10.001 i 20.000 habitants (10 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	8	80
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	0	0
Més de 20.000 habitants (8 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	8	100
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	3	37,5

En funció de les comarques, també es conclou que Dipsalut és a totes elles l'organisme més important per als ajuntaments a l'hora de rebre formació (taula 34).



**Taula 34. Nombre de municipis que han rebut formació dels ens col·laboradors per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Ens de formació</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Cerdanya (10 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	70
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	0	0
Ripollès (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	5,3
	Dipsalut-Diputació	9	47,4
	Consell Comarcal	1	5,3
	Generalitat	1	5,3
La Garrotxa (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	14	73,7
	Consell Comarcal	2	10,5
	Generalitat	1	5,3
Alt Empordà (67 municipis)	Mancomunitat	1	1,5
	Consorci	1	1,5
	Dipsalut-Diputació	47	70,1
	Consell Comarcal	5	7,5
	Generalitat	1	1,5
La Selva (24 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	4,2
	Dipsalut-Diputació	21	87,5
	Consell Comarcal	2	8,3
	Generalitat	1	4,2
Gironès (25 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	4
	Dipsalut-Diputació	15	60
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	2	8
Pla de l'Estany (11 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	63,6
	Consell Comarcal	1	9,1
	Generalitat	1	9,1

**Taula 34. Nombre de municipis que han rebut formació dels ens col·laboradors per comarques**

Comarca	Ens de formació	Freqüència	Percentatge
Baix Empordà (36 municipis)	Mancomunitat	1	2,8
	Consorci	1	2,8
	Dipsalut-Diputació	18	50
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	0	0
Osona (3 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	2	66,7
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	0	0

### Assessorament i suport tècnic

En temes d'assessorament i suport tècnic, de nou, prop del 80 % dels municipis reben suport a través de Dipsalut. Cal ressaltar el paper important que en aquest cas tenen la Generalitat i el Consell Comarcal; han donat suport a més d'un 26% i 22% de municipis respectivament, tal com mostra la figura 4.



En aquest cas, Dipsalut ressalta en tots els trams poblacionals (taula 35). A mesura que s'incrementen els habitants de la població, incrementa el pes de la Generalitat, però es redueix el del Consell Comarcal.

Pel que fa a les comarques (taula 36), hi ha una excepció: la Garrotxa. La Garrotxa és l'única comarca on s'ha rebut assessorament i suport tècnic a partir del Consell Comarcal majoritàriament (gairebé el 90 % dels municipis). Aquest assessorament s'ha articulat entorn del Consorci de Medi ambient i Salut Pública de la Garrotxa (SIGMA).

**Taula 35. Nombre de municipis que han rebut assessorament i suport tècnic dels ens col·laboradors per trams poblacionals**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens d'assessorament</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants (83 municipis)	Mancomunitat	1	1,2
	Consorci	6	7,2
	Dipsalut-Diputació	59	71,1
	Consell Comarcal	17	20,5
	Generalitat	17	20,5
Entre 501 i 1.000 habitants (44 municipis)	Mancomunitat	2	4,5
	Consorci	1	2,3
	Dipsalut-Diputació	34	77,3
	Consell Comarcal	10	22,7
	Generalitat	10	22,7
Entre 1.001 i 5.000 habitants (56 municipis)	Mancomunitat	2	3,6
	Consorci	3	5,4
	Dipsalut-Diputació	51	91,1
	Consell Comarcal	18	32,1
	Generalitat	17	30,4
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	7,7
	Dipsalut-Diputació	11	84,6
	Consell Comarcal	2	15,4
	Generalitat	4	30,8
Entre 10.001 i 20.000 habitants (10 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	9	90
	Consell Comarcal	1	10
	Generalitat	3	30
Més de 20.000 habitants (8 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	12,5
	Dipsalut-Diputació	6	75
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	6	75

**Taula 36. Nombre de municipis que han rebut assessorament i suport tècnic dels ens col·laboradors per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Ens d'assessorament</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Cerdanya (10 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	8	80
	Consell Comarcal	1	10
	Generalitat	2	20
Ripollès (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	3	15,8
	Dipsalut-Diputació	15	78,9
	Consell Comarcal	4	21,1
	Generalitat	4	21,1
La Garrotxa (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	2	10,5
	Dipsalut-Diputació	6	31,6
	Consell Comarcal	17	89,5
	Generalitat	5	26,3
Alt Empordà (67 municipis)	Mancomunitat	2	3
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	57	85,1
	Consell Comarcal	10	14,9
	Generalitat	18	26,9
La Selva (24 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	4,2
	Dipsalut-Diputació	21	87,5
	Consell Comarcal	6	25
	Generalitat	12	50
Gironès (25 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	3	12
	Dipsalut-Diputació	21	84
	Consell Comarcal	2	8
	Generalitat	4	16
Pla de l'Estany (11 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	8	72,7
	Consell Comarcal	3	27,3
	Generalitat	5	45,5

**Taula 36. Nombre de municipis que han rebut assessorament i suport tècnic dels ens col·laboradors per comarques**

Comarca	Ens d'assessorament	Freqüència	Percentatge
Pla de l'Estany (11 municipis)	Mancomunitat	0	0
	ConSORCI	0	0
	Dipsalut-Diputació	8	72,7
	Consell Comarcal	3	27,3
	Generalitat	5	45,5
Baix Empordà (36 municipis)	Mancomunitat	3	8,3
	ConSORCI	2	5,6
	Dipsalut-Diputació	31	86,1
	Consell Comarcal	4	11,1
	Generalitat	5	13,9
Osona (3 municipis)	Mancomunitat	0	0
	ConSORCI	1	33,3
	Dipsalut-Diputació	3	100
	Consell Comarcal	1	33,3
	Generalitat	2	66,7

### **Prestació de Serveis**

A l'hora de rebre prestacions de serveis, tot i que continua dominant el paper de Dipsalut (el 88%), s'observa un paper rellevant del Consell Comarcal (48 %) i de la Generalitat (30 %). Tot i que lluny dels percentatges que obtenen aquests organismes, cal ressaltar el paper de mancomunitats i consorcis en l'àmbit geogràfic dels seus municipis associats a l'hora de prestar serveis (figura 5)).



Pel que fa als municipis gironins per trams poblacionals, en tots els casos Dipsalut es consolida com la primera opció a l'hora de prestar serveis als ajuntaments. Pel que fa al Consell Comarcal, té un pes important per als municipis petits, i aquest pes es veu reduït a mesura que s'incrementa la mida poblacional. En canvi, la Generalitat incrementa el seu pes a mesura que s'incrementa el nombre d'habitants (taula 37).

**Taula 37. Nombre de municipis que han rebut prestacions de serveis dels ens col·laboradors per trams poblacionals**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens prestador de serveis</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants (83 municipis)	Mancomunitat	8	9,6
	Consorci	11	13,3
	Dipsalut-Diputació	66	79,5
	Consell Comarcal	35	42,2
	Generalitat	21	25,3
Entre 501 i 1.000 habitants (44 municipis)	Mancomunitat	2	4,5
	Consorci	3	6,8
	Dipsalut-Diputació	40	90,9
	Consell Comarcal	19	43,2
	Generalitat	9	20,5
Entre 1.001 i 5.000 habitants (56 municipis)	Mancomunitat	7	12,5
	Consorci	4	7,1
	Dipsalut-Diputació	55	98,2
	Consell Comarcal	35	62,5
	Generalitat	20	35,7
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	7,7
	Dipsalut-Diputació	12	92,3
	Consell Comarcal	9	69,2
	Generalitat	7	53,8
Entre 10.001 i 20.000 habitants (10 municipis)	Mancomunitat	1	10
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	8	80
	Consell Comarcal	3	30
	Generalitat	4	40
Més de 20.000 habitants (8 municipis)	Mancomunitat	1	12,5
	Consorci	1	12,5
	Dipsalut-Diputació	7	87,5
	Consell Comarcal	2	25
	Generalitat	4	50

**Taula 38. Nombre de municipis que han rebut prestacions de serveis dels ens col·laboradors per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Ens prestador de serveis</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Cerdanya (10 municipis)	Mancomunitat	2	20
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	70
	Consell Comarcal	2	20
	Generalitat	2	20
Ripollès (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	7	36,8
	Dipsalut-Diputació	15	78,9
	Consell Comarcal	9	47,4
	Generalitat	6	31,6
La Garrotxa (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	2	10,5
	Dipsalut-Diputació	12	63,2
	Consell Comarcal	16	84,2
	Generalitat	0	0
Alt Empordà (67 municipis)	Mancomunitat	5	7,5
	Consorci	1	1,5
	Dipsalut-Diputació	60	89,6
	Consell Comarcal	31	46,3
	Generalitat	21	31,3
La Selva (24 municipis)	Mancomunitat	1	4,2
	Consorci	3	12,5
	Dipsalut-Diputació	24	100
	Consell Comarcal	15	62,5
	Generalitat	12	50
Gironès (25 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	4	16
	Dipsalut-Diputació	25	100
	Consell Comarcal	10	40
	Generalitat	7	28
Pla de l'Estany (11 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	10	90,9
	Consell Comarcal	5	45,5
	Generalitat	4	36,4

**Taula 38. Nombre de municipis que han rebut prestacions de serveis dels ens col·laboradors per comarques**

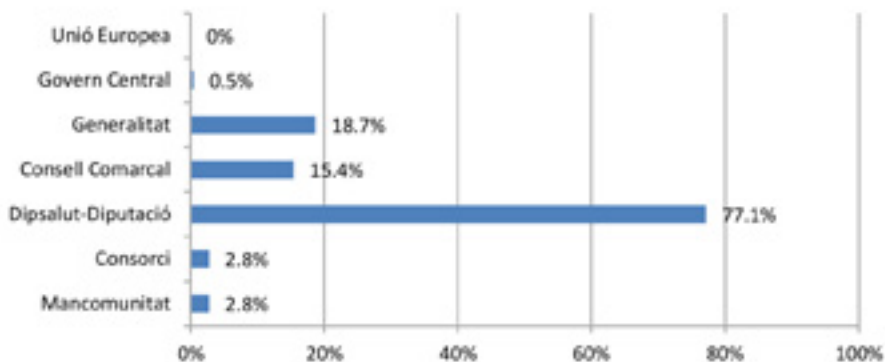
Comarca	Ens prestador de serveis	Freqüència	Percentatge
Baix Empordà (36 municipis)	Mancomunitat	10	27,8
	Consorci	2	5,6
	Dipsalut-Diputació	32	88,9
	Consell Comarcal	14	38,9
	Generalitat	11	30,6
Osona (3 municipis)	Mancomunitat	1	33,3
	Consorci	1	33,3
	Dipsalut-Diputació	3	100
	Consell Comarcal	1	33,3
	Generalitat	2	66,7

De nou, la tendència de les comarques gironines és la mateixa però amb una excepció: la Garrotxa. Així, quan la tendència seria que Dipsalut fos el màxim prestador de serveis, a la Garrotxa s'observa que és el Consell Comarcal el màxim prestador (taula 38), a través del Consorci SIGMA.

### **Materials de difusió**

Els ens locals han rebut materials de suport per a la difusió d'ítems de salut pública bàsicament de Dipsalut (77 %), destacant també el paper de la Generalitat (19 %) i el Consell Comarcal (15 %), tal com mostra la figura 6.

**Figura 6. Percentatge de municipis que han rebut materials de difusió de cadascun dels ens col·laboradors (N=214)**



Pel que fa a la informació en funció dels trams poblacionals, Dipsalut és d'on més han rebut materials els ajuntaments. Ara bé, s'observa un canvi de tendència rellevant pel que fa als municipis de menys de 10.000 habitants en comparació als de més de 10.000 habitants. En els petits municipis més o menys el pes de la Generalitat i el Consell Comarcal és el mateix. Ara bé, pels municipis de més de 10.000 habitants, el



Consell Comarcal perd rellevància i s'incrementa el pes la Generalitat a la majoria dels casos (taula 39).

D'altra banda, la taula 40 descriu quins ajuntaments han rebut materials en funció de la comarca. Dipsalut destaca a totes les comarques.

<b>Taula 39. Nombre de municipis que han rebut materials de difusió dels ens col·laboradors per trams poblacionals</b>			
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants (83 municipis)	Mancomunitat	1	1,2
	Consorci	3	3,6
	Dipsalut-Diputació	54	65,1
	Consell Comarcal	13	15,7
	Generalitat	13	15,7
	Govern Central	0	0
Entre 501 i 1.000 habitants (44 municipis)	Mancomunitat	2	4,5
	Consorci	1	2,3
	Dipsalut-Diputació	35	79,5
	Consell Comarcal	6	13,6
	Generalitat	8	18,2
	Govern Central	0	0
Entre 1.001 i 5.000 habitants (56 municipis)	Mancomunitat	2	3,6
	Consorci	1	1,8
	Dipsalut-Diputació	51	91,1
	Consell Comarcal	11	19,6
	Generalitat	12	21,4
	Govern Central	0	0
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	7,7
	Dipsalut-Diputació	11	84,6
	Consell Comarcal	3	23,1
	Generalitat	2	15,4
	Govern Central	0	0
Entre 10.001 i 20.000 habitants (10 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	70
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	1	10
	Govern Central	0	0

**Taula 39. Nombre de municipis que han rebut materials de difusió dels ens col·laboradors per trams poblacionals**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Més de 20.000 habitants (8 municipis)	Mancomunitat	1	12,5
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	87,5
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	4	50
	Govern Central	1	12,5

**Taula 40. Nombre de municipis que han rebut materials de difusió dels ens col·laboradors per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Ens</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Cerdanya (10 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	70
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	2	20
	Govern Central	0	0
Ripollès (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	2	10,5
	Dipsalut-Diputació	12	63,2
	Consell Comarcal	1	5,3
	Generalitat	2	10,5
	Govern Central	0	0
La Garrotxa (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	13	68,4
	Consell Comarcal	2	10,5
	Generalitat	3	15,8
	Govern Central	0	0
Alt Empordà (67 municipis)	Mancomunitat	1	1,5
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	54	80,6
	Consell Comarcal	15	22,4
	Generalitat	11	16,4
	Govern Central	0	0

**Taula 40. Nombre de municipis que han rebut materials de difusió dels ens col·laboradors per comarques**

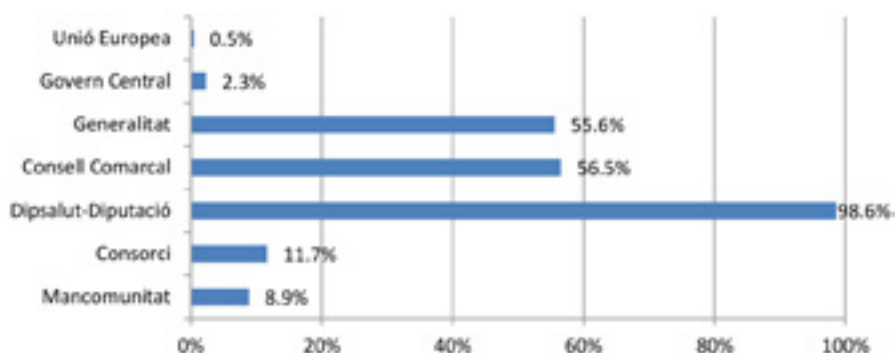
Comarca	Ens	Freqüència	Percentatge
La Selva (24 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	1	4,2
	Dipsalut-Diputació	24	100
	Consell Comarcal	5	20,8
	Generalitat	8	33,3
	Govern Central	0	0
Gironès (25 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	3	12
	Dipsalut-Diputació	21	84
	Consell Comarcal	4	16
	Generalitat	3	12
	Govern Central	1	4
Pla de l'Estany (11 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	63,6
	Consell Comarcal	2	18,2
	Generalitat	2	18,2
	Govern Central	0	0
Baix Empordà (36 municipis)	Mancomunitat	5	13,9
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	25	69,4
	Consell Comarcal	4	11,1
	Generalitat	9	25
	Govern Central	0	0
Osona (3 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	2	66,7
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat	0	0
	Govern Central	0	0

### 3.1.2.2 Ens de suport; representativitat

De manera general, Dipsalut és l'ens de suport més utilitzat pels ajuntaments gironins (98,6%): 211 ajuntaments han estat beneficiaris dels serveis i ajusts que proporciona. Per altra banda, les dades mostren que el Consell Comarcal seria el segon suport més utilitzat: el 57% dels municipis n'han fet algun ús alguna vegada, seguit de la Generalitat (55%).

La figura 7 mostra el percentatge d'ajuntaments que afirmen haver rebut algun suport (de qualsevol de les categories analitzades al punt anterior) dels ens estudiats fins ara.

**Figura 7. Percentatge de municipis que han rebut algun suport de cadascun dels ens col·laboradors (N=214)**



Per trams poblacionals (taula 41) els municipis segueixen un patró similar. Ara bé, cal destacar que en els de més de 5.000 habitants, la Generalitat hi té un paper més rellevant que no pas el Consell Comarcal.

**Taula 41. Nombre de municipis que han rebut algun suport dels ens col·laboradors per trams poblacionals**

Grandària poblacional	Ens	Freqüència	Percentatge
Menys de 500 habitants (83 municipis)	Mancomunitat	8	9,6
	Consorci	12	14,5
	Dipsalut-Diputació	81	97,6
	Consell Comarcal	46	55,4
	Generalitat	40	48,2
	Govern Central	1	1,2
	Unió Europea	0	0
Entre 501 i 1.000 habitants (44 municipis)	Mancomunitat	2	4,5
	Consorci	4	9,1
	Dipsalut-Diputació	44	100
	Consell Comarcal	22	50
	Generalitat	22	50
	Govern Central	1	2,3
	Unió Europea	0	0

**Taula 41. Nombre de municipis que han rebut algun suport dels ens col·laboradors per trams poblacionals**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants (56 municipis)	Mancomunitat	7	12,5
	Consorci	6	10,7
	Dipsalut-Diputació	56	100
	Consell Comarcal	38	67,9
	Generalitat	34	60,7
	Govern Central	2	3,6
	Unió Europea	1	1,8
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	2	15,4
	Dipsalut-Diputació	13	100
	Consell Comarcal	9	69,2
	Generalitat	10	76,9
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Entre 10.001 i 20.000 habitants (10 municipis)	Mancomunitat	1	10
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	9	90
	Consell Comarcal	3	30
	Generalitat	6	60
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Més de 20.000 habitants (8 municipis)	Mancomunitat	1	12,5
	Consorci	1	12,5
	Dipsalut-Diputació	8	100
	Consell Comarcal	3	37,5
	Generalitat	7	87,5
	Govern Central	1	12,5
	Unió Europea	0	0

Pel que fa a comarques, Dipsalut ha intervingut al 100% els pobles de les comarques de la Cerdanya, la Garrotxa, la Selva, el Gironès, el Pla de l'Estany, el Baix Empordà i Osona. I en un percentatge lleugerament inferior als municipis del Ripollès (89,5%) i l'Alt Empordà (98,5%). Pel que fa la comarca de la Garrotxa, el Consell Comarcal esdevé un agent actiu destacat, així com la Generalitat de Catalunya a la comarca de la Selva (taula 42).

**Taula 42. Nombre de municipis que han rebut algun suport dels ens col·laboradors per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Ens</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Cerdanya (10 municipis)	Mancomunitat	2	20
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	10	100
	Consell Comarcal	3	30
	Generalitat	7	70
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Ripollès (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	7	36,8
	Dipsalut-Diputació	17	89,5
	Consell Comarcal	12	63,2
	Generalitat	10	52,6
	Govern Central	1	5,3
	Unió Europea	0	0
La Garrotxa (19 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	2	10,5
	Dipsalut-Diputació	19	100
	Consell Comarcal	17	89,5
	Generalitat	5	26,3
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Alt Empordà (67 municipis)	Mancomunitat	5	7,5
	Consorci	2	3
	Dipsalut-Diputació	66	98,5
	Consell Comarcal	37	55,2
	Generalitat	40	59,7
	Govern Central	1	1,5
	Unió Europea	1	1,5
La Selva (24 municipis)	Mancomunitat	1	4,2
	Consorci	4	16,7
	Dipsalut-Diputació	24	100
	Consell Comarcal	18	75
	Generalitat	20	83,3
	Govern Central	2	8,3
	Unió Europea	0	0

**Taula 42. Nombre de municipis que han rebut algun suport dels ens col·laboradors per comarques**

Comarca	Ens	Freqüència	Percentatge
Gironès (25 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	5	20
	Dipsalut-Diputació	25	100
	Consell Comarcal	12	48
	Generalitat	9	36
	Govern Central	1	4
	Unió Europea	0	0
Pla de l'Estany (11 municipis)	Mancomunitat	0	0
	Consorci	0	0
	Dipsalut-Diputació	11	100
	Consell Comarcal	5	45,5
	Generalitat	6	54,5
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Baix Empordà (36 municipis)	Mancomunitat	10	27,8
	Consorci	4	11,1
	Dipsalut-Diputació	36	100,0
	Consell Comarcal	16	44,4
	Generalitat	20	55,6
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0
Osona (3 municipis)	Mancomunitat	1	33,3
	Consorci	1	33,3
	Dipsalut-Diputació	3	100
	Consell Comarcal	2	66,7
	Generalitat	0	0
	Govern Central	0	0
	Unió Europea	0	0

Per tant, des de la perspectiva de la representativitat dels ens analitzats, s'observa el que es detalla a continuació:

**Mancomunitats.** Tenen un pes poc important, en termes generals, quant a l'oferta de suport als ajuntaments, però destaca el seu pes en temes de prestació de serveis. D'altra banda, cal ressaltar que el seu paper és rellevant en els municipis de menys de 5.000 habitants i a les comarques on destaquen aquests municipis més petits.

Les mancomunitats esdevenen un instrument dels municipis més petits per prestar, de manera mancomunada serveis bàsics com ara els serveis d'aigua potable, residus, etc.

Pel que fa a la salut pública, desenvolupen principalment les activitats associades al control d'aigües de consum humà.

**Consortis.** Tot i que, en general, tenen un pes poc important a l'hora de donar suport als ajuntaments, un 12 % dels municipis gironins hi ha accedit almenys una vegada per demanar-los suport. També cal destacar el paper dels consorcis en temes de prestació de serveis i assessorament i suport tècnic als municipis. El SIGMA de la Garrotxa n'és el cas més rellevant i citat pels enquestats.

**Dipsalut-Diputació.** És l'organisme de referència que tenen els ajuntaments per a qualsevol aspecte relacionat amb la salut pública. Es pot afirmar que Dipsalut es consolida com a gran suport en temes de finançament, assessorament i suport tècnic, formació, prestació de serveis i materials de difusió. Per tant, ressalta el seu caràcter primordial en el món de la salut pública per als municipis gironins de totes les comarques i de tots els trams poblacionals.

**Consell Comarcal.** El Consell Comarcal té un paper molt important en la gestió de la salut pública als municipis, sobretot en formació (segon ens de referència, tot i que molt lluny de Dipsalut), en assessorament i suport tècnic (tot i ser el tercer ens, té un paper rellevant) i en prestació de serveis (prop del 50 % dels municipis gironins s'hi ha adreçat).

Per trams poblacionals, cal ressaltar el paper del Consell Comarcal sobretot en municipis més petits de 10.000 habitants i, per comarques, el paper del Consell Comarcal de la Garrotxa, mitjançant, majoritàriament, el consorci instrumental SIGMA.

**Generalitat de Catalunya.** La Generalitat també es consolida com a ens important en la gestió de la salut pública dels ajuntaments. Bàsicament, la Generalitat destaca en temes de finançament, assessorament i suport tècnic, prestació de serveis i materials.

El paper de la Generalitat incrementa a mesura que augmenta la grandària poblacional. Per comarques, el seu paper destaca sobretot a la Selva, on el 83 % dels municipis ha rebut almenys un cop algun tipus de suport.

**Govern central.** Pel que fa al paper del Govern central, no destaca en cap dels àmbits, ni en cap comarca ni en cap tram poblacional. Hi ha 5 municipis de la mostra que afirmen haver rebut ajuda d'aquesta administració. En aquest sentit, cal recordar que amb la descentralització del model sanitari espanyol (1983), les comunitats autònomes esdevenen les competents en l'àmbit de la sanitat i la salut pública.

**Unió Europea.** Només un municipi de 1.001 a 5.000 habitants situat a l'Alt Empordà ha rebut algun suport de la Unió Europea per a la gestió de la salut pública, concretament finançament. Així doncs, no podem considerar la Unió Europea una font de suport a escala municipal en temes de salut pública.



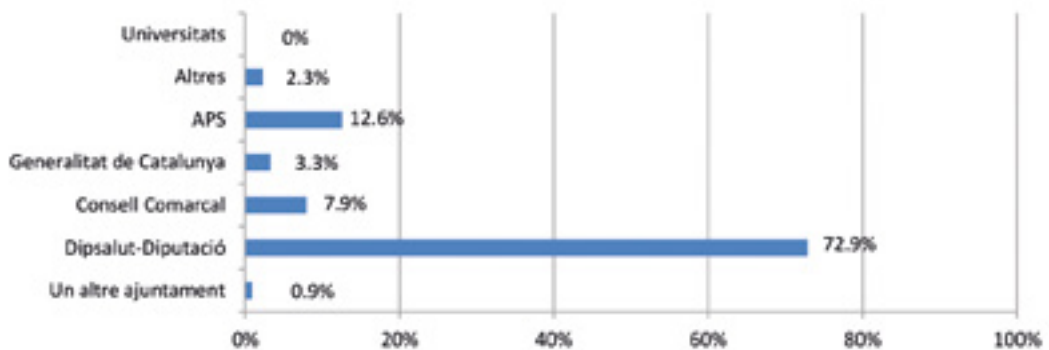
### 3.1.2.3 Els serveis mínims obligatoris dels ens locals en matèria de salut pública: protecció

A continuació s’analitza el grau de prestació assumit pels municipis i el paper dels ens públics per garantir els serveis mínims obligatoris en salut pública.

Una de les dificultats a l’hora de fer l’anàlisi de les activitats de protecció de la salut és que, davant la inexistència d’un registre d’objectes de risc sobre els que cal actuar, només es pot informar de les activitats que els ajuntaments declaren fer, però no es poden comparar amb les que caldria que es fessin; i així poder aprofundir en la cobertura d’aquests serveis.

La figura 8 mostra l’ens públic de referència al qual s’adreça l’ajuntament quan necessita assessorament en temes de protecció de salut pública. Clarament s’observa que l’organisme de referència és Dipsalut-Diputació, ja que el 72,9 % dels municipis gironins l’escullen com a primera opció. El segueix, amb un 12,62 %, l’APS. El Consell Comarcal, amb un 7,94 %, és la tercera institució a la qual s’adrecen els municipis.

**Figura 8. Ens de referència al qual s’adreça l’Ajuntament per temes d’assessorament en temes de protecció (N=214)**



Pel que fa a l’ens de referència en funció del nombre d’habitants del municipi, el pes de Dipsalut-Diputació és l’opció més freqüent en tots els casos, com es veu a la taula 43. A més, s’observa que en els micromunicipis és on més se segueix la tendència descrita anteriorment. Ara bé, en els municipis de més de 500 habitants, guanya presència el Consell Comarcal. A partir de 5.000 habitants el Dipsalut-Diputació i l’APS són els ens més referits.

**Taula 43. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de protecció de salut pública per grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	54	64,3
	Consell Comarcal	7	8,3
	Generalitat de Catalunya	5	6
	APS	15	17,9
	Altres	3	3,6
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>
Entre 501 i 1.000 habitants	Un altre ajuntament	2	4,5
	Dipsalut-Diputació	35	79,5
	Consell Comarcal	5	11,4
	Generalitat de Catalunya	0	0
	APS	1	2,3
	Altres	1	2,3
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	45	80,4
	Consell Comarcal	5	8,9
	Generalitat de Catalunya	1	1,8
	APS	5	8,9
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	12	92,3
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	0	0
	APS	1	7,7
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Taula 43. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de protecció de salut pública per grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	77,8
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	1	11,1
	APS	1	11,1
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	Total	9	100
Més de 20.000 habitants	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	3	37,5
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	0	0
	APS	4	50
	Altres	1	12,5
	Universitats	0	0
	Total	8	100

La taula 44 mostra l'ens públic de referència en temes de protecció de salut pública per comarques. La Garrotxa és l'única comarca que no considera Dipsalut-Diputació com a ens de primera referència, sinó que en aquest cas és el Consell Comarcal pel 73,68% de municipis garrotxins, mitjançant SIGMA.

**Taula 44. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de protecció de salut pública per comarques**

<b>Comarques</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Cerdanya	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	10	100
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	0	0
	APS	0	0
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	Total	10	100

**Taula 44. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de protecció de salut pública per comarques**

<b>Comarques</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Ripollès	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	14	73,7
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	1	5,3
	APS	2	10,5
	Altres	2	10,5
	Universitats	0	0
	Total	19	100
La Garrotxa	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	3	15,8
	Consell Comarcal	14	73,7
	Generalitat de Catalunya	0	0
	APS	1	5,3
	Altres	1	5,3
	Universitats	0	0
	Total	19	100
Alt Empordà	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	53	79,1
	Consell Comarcal	2	3,0
	Generalitat de Catalunya	3	4,5
	APS	8	11,9
	Altres	1	1,5
	Universitats	0	0
	Total	67	100
La Selva	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	21	87,5
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	1	4,2
	APS	2	8,3
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	Total	24	100

**Taula 44. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de protecció de salut pública per comarques**

<b>Comarques</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Gironès	Un altre ajuntament	1	3,8
	Dipsalut-Diputació	21	80,8
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	1	3,8
	APS	3	11,5
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
Pla de l'Estany	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	8	72,7
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	1	9,1
	APS	2	18,2
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
Baix Empordà	Un altre ajuntament	1	2,9
	Dipsalut-Diputació	24	68,6
	Consell Comarcal	1	2,9
	Generalitat de Catalunya	0	0
	APS	8	22,9
	Altres	1	2,9
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
Osona	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	2	66,7
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	0	0
	APS	1	33,3
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

A continuació s'analitza el nivell de prestació dels serveis mínims obligatoris que han d'oferir els ajuntaments en salut pública. A grans trets, la taula 45 i la figura 9 mostren el desenvolupament de les activitats que cobreixen els serveis mínims.

**Figura 9. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció (N=203)**



**Taula 45. Nombre de municipis que realitzen les següents activitats de protecció (N=203)\***

	<b>Sí</b>
Prevenció de legionel·losi	146
Control Sanitari d'aigües de consum humà	194
Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	114
Control d'aigües de lleure	132
Control de salubritat de les platges	20
Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	12
Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	114
Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	126
Control sanitari de restauració col·lectiva social	106
Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	24
Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	8
Control i gestió de les plagues	149
Control d'animals periodomèstics	93
Control del risc derivat d'animals domèstics	140
Gestió de queixes i denúncies	167
Altres activitats	2

\*No totes les activitats descrites a la taula es donen a la totalitat dels municipis de la demarcació, per tant, no tots han de dur a terme les activitats de gestió dels riscos associats.

El desenvolupament de les activitats recollides a la taula 45 està directament relacionat amb la naturalesa i les característiques de cada municipi. Així doncs no tots els municipis (per la seva tipologia, instal·lacions, població, activitat econòmica, orogra-

fia) tenen l'obligació de dur-les a terme. Per exemple, el control d'establiments de tatuatges només l'han de dur a terme aquells municipis (bàsicament grans) que tenen comerços d'aquesta activitat. El mateix passa amb el control de les platges o el control de mercats sedentaris i ambulants.

L'activitat més desenvolupada per part dels municipis és la del control de l'aigua de consum humà; un 96 % declaren fer-la, mentre que un 4 % obvien la resposta afirmativa a aquesta qüestió. S'interpreta aquesta resposta pel fet que el servei de gestió i control de la qualitat de l'aigua s'articula de diverses maneres, ja sigui a través de consorcis, mancomunitats, serveis d'aigua en alta i externalitzacions.

Les altres activitats que suposen un major esforç de desenvolupament per part del municipi són: el control i gestió de plagues (73 %), la prevenció de legionel·losi (72 %), el control del risc derivat d'animals domèstics (69 %), el control d'aigües de lleure (65 %), el control sanitari de restauració col·lectiva comercial (62 %), el control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació (56 %), el control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència (56 %) i el control sanitari de restauració col·lectiva social (52 %). D'altra banda, només el 46 % dels municipis gironins diuen fer control d'animals periodomèstics i un 11 % control sanitari de mercats sedentaris i ambulants. Cal ressaltar que menys del 4 % dels municipis realitzen control de transport interurbà de mercaderies i d'alimentació.

La taula 46 permet analitzar les diferències en el tractament dels serveis mínims obligatoris en funció del nombre d'habitants del municipi. Pel que fa als micromunicipis, s'observa que en general tots els percentatges són més baixos, és a dir, es redueix el nombre de municipis que ofereixen els serveis mínims obligatoris, majoritàriament gràcies a la inexistència d'objectes de risc sobre els quals actuar. Els municipis de 500 a 1.000 habitants segueixen els valors descrits al figura 9. En canvi, en els municipis de més de 1.000 habitants, la tipologia de serveis mínims desenvolupats és superior.

**Taula 46. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció segons grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Activitats de protecció</b>	<b>Sí</b>
Menys de 500 habitants (78 municipis)	Prevenió de legionel·losi	43,6%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	92,3%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	42,3%
	Control d'aigües de lleure	44,9%
	Control de salubritat de les platges	2,6%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	41%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	57,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	23,1%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	2,6%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%
	Control i gestió de les plagues	52,6%
	Control d'animals periodomèstics	30,8%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	60,3%
	Gestió de queixes i denúncies	76,9%
Altres activitats	0%	
Entre 501 i 1.000 habitants (43 municipis)	Prevenió de legionel·losi	76,7%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	100%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	55,8%
	Control d'aigües de lleure	55,8%
	Control de salubritat de les platges	2,3%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	58,1%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	48,8%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	58,1%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	7%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	2,3%
	Control i gestió de les plagues	72,1%
	Control d'animals periodomèstics	32,6%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	65,1%
	Gestió de queixes i denúncies	81,4%
Altres activitats	2,3%	



**Taula 46. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció segons grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Activitats de protecció</b>	<b>Sí</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants (53 municipis)	Prevenició de legionel·losi	94,3%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	94,3%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	66%
	Control d'aigües de lleure	86,8%
	Control de salubritat de les platges	11,3%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micro-pigmentació i pírcing	1,9%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	66%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	71,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	73,6%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	15,1%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	7,5%
	Control i gestió de les plagues	92,5%
	Control d'animals periodomèstics	58,5%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	75,5%
	Gestió de queixes i denúncies	86,8%
Altres activitats	1,9%	
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Prevenició de legionel·losi	100%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	100%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	84,6%
	Control d'aigües de lleure	92,3%
	Control de salubritat de les platges	23,1%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micro-pigmentació i pírcing	30,8%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	76,9%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	76,9%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	92,3%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	30,8%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	23,1%
	Control i gestió de les plagues	100%
	Control d'animals periodomèstics	76,9%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	76,9%
	Gestió de queixes i denúncies	100%
Altres activitats	0%	

**Taula 46. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció segons grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Activitats de protecció</b>	<b>Sí</b>
Entre 10.001 i 20.000 habitants (9 municipis)	Prevenió de legionel·losi	100%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	100%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	66,7%
	Control d'aigües de lleure	88,9%
	Control de salubritat de les platges	55,6%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micro-pigmentació i pírcing	33,3%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	66,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	66,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	66,7%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	22,2%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%
	Control i gestió de les plagues	88,9%
	Control d'animals periodomèstics	88,9%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	88,9%
	Gestió de queixes i denúncies	77,8%
Altres activitats	0%	
Més de 20.000 habitants (7 municipis)	Prevenió de legionel·losi	100%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	100%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	71,4%
	Control d'aigües de lleure	100%
	Control de salubritat de les platges	42,9%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micro-pigmentació i pírcing	57,1%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	85,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	85,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	85,7%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	71,4%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%
	Control i gestió de les plagues	100%
	Control d'animals periodomèstics	85,7%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	100%
	Gestió de queixes i denúncies	85,7%
Altres activitats	0%	

<b>Taula 47. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció per comarques</b>		
<b>Comarca</b>	<b>Activitats de protecció</b>	<b>SI</b>
<b>Cerdanya (10 municipis)</b>	Prevenició de legionel·losi	40%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	100%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	20%
	Control d'aigües de lleure	60%
	Control de salubritat de les platges	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	10%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	40%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	40%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	30%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	10%
	Control i gestió de les plagues	30%
	Control d'animals periodomèstics	10%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	70%
	Gestió de queixes i denúncies	70%
Altres activitats	0%	
<b>Ripollès (18 municipis)</b>	Prevenició de legionel·losi	55,6%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	88,9%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	50%
	Control d'aigües de lleure	72,2%
	Control de salubritat de les platges	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	44,4%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	44,4%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	38,9%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	5,6%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%
	Control i gestió de les plagues	50%
	Control d'animals periodomèstics	22,2%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	50%
	Gestió de queixes i denúncies	66,7%
Altres activitats	0%	

Taula 47. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció per comarques

Comarca	Activitats de protecció	Sí
La Garrotxa (19 municipis)	Prevenció de legionel·losi	89,5%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	94,7%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	78,9%
	Control d'aigües de lleure	73,7%
	Control de salubritat de les platges	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	5,3%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	89,5%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	100%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	73,7%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	21,1%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	5,3%
	Control i gestió de les plagues	89,5%
	Control d'animals periodomèstics	21,1%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	94,7%
	Gestió de queixes i denúncies	94,7%
	Altres activitats	10,5%
Alt Empordà (61 municipis)	Prevenció de legionel·losi	65,6%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	95,1%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	60,7%
	Control d'aigües de lleure	59,0%
	Control de salubritat de les platges	14,8%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	57,4%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	65,6%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	59%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	4,9%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	4,9%
	Control i gestió de les plagues	73,8%
	Control d'animals periodomèstics	52,5%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	67,2%
	Gestió de queixes i denúncies	83,6%
	Altres activitats	0%



<b>Taula 47. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció per comarques</b>		
<b>Comarca</b>	<b>Activitats de protecció</b>	<b>Sí</b>
La Selva (21 municipis)	Prevenció de legionel·losi	85,7%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	100%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	66,7%
	Control d'aigües de lleure	85,7%
	Control de salubritat de les platges	9,5%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	19%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	66,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	76,2%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	66,7%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	33,3%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	4,8%
	Control i gestió de les plagues	95,2%
	Control d'animals periodomèstics	57,1%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	90,5%
	Gestió de queixes i denúncies	90,5%
Altres activitats	0%	
Gironès (26 municipis)	Prevenció de legionel·losi	84,6%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	92,3%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	38,5%
	Control d'aigües de lleure	61,5%
	Control de salubritat de les platges	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	3,8%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	42,3%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	50%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	46,2%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	19,2%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	3,8%
	Control i gestió de les plagues	88,5%
	Control d'animals periodomèstics	57,7%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	65,4%
	Gestió de queixes i denúncies	84,6%
Altres activitats	0%	

Taula 47. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció per comarques

Comarca	Activitats de protecció	Sí
Pla de l'Estany (11 municipis)	Prevenició de legionel·losi	90,9%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	100%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	54,5%
	Control d'aigües de lleure	81,8%
	Control de salubritat de les platges	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	18,2%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	54,5%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	45,5%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	54,5%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%
	Control i gestió de les plagues	36,4%
	Control d'animals periodomèstics	27,3%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	36,4%
	Gestió de queixes i denúncies	63,6%
Altres activitats	0%	
Baix Empordà (34 municipis)	Prevenició de legionel·losi	64,7%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	97,1%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	58,8%
	Control d'aigües de lleure	50%
	Control de salubritat de les platges	26,5%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	8,8%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	47,1%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	55,9%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	35,3%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	11,8%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	2,9%
	Control i gestió de les plagues	73,5%
	Control d'animals periodomèstics	64,7%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	67,6%
	Gestió de queixes i denúncies	82,4%
Altres activitats	0%	

<b>Taula 47. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de protecció per comarques</b>		
<b>Comarca</b>	<b>Activitats de protecció</b>	<b>SÍ</b>
Osona (3 municipis)	Prevenció de legionel·losi	100%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	100%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	33,3%
	Control d'aigües de lleure	100%
	Control de salubritat de les platges	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	100%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	66,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	66,7%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%
	Control i gestió de les plagues	100%
	Control d'animals periodomèstics	0%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	66,7%
	Gestió de queixes i denúncies	100%
Altres activitats	0%	

Les taules 48 i 49 mostren de quins ens reben suport els ajuntaments per a la gestió de les competències i per a l'execució dels serveis mínims en protecció de la salut, segons grandària poblacional i comarca a la qual pertanyen. Cal tenir present que el nombre de municipis sobre el qual s'ha respost cada pregunta és diferent (diferent n), ja que no tots els municipis tenen obligatorietat d'oferir les activitats.

Pel que fa la grandària poblacional, s'observa que a tots els trams poblacionals el suport en temes de protecció prové de fons propis, de Dipsalut, de la Generalitat i, en darrer lloc, del Consell Comarcal. A mesura que incrementa la grandària poblacional incrementa l'activitat desenvolupada amb recursos propis, i també incrementa la presència de la Generalitat en els àmbits següents: prevenció de legionel·losi, control sanitari d'aigües de consum humà, control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència, control sanitari en establiments i en restauració i en mercats.

El Consell Comarcal és més present en el control del risc derivat d'animals domèstics, en totes les grandàries poblacionals. El suport del Consell Comarcal és superior en els municipis de menys de 5000 habitants.

Dipsalut veu incrementada la demanda de suport als municipis a mesura que augmenta la grandària poblacional en les activitats de prevenció de legionel·losi, control sanitari d'aigües de consum humà, control d'aigües de lleure, control i gestió de plagues i control d'animals periodomèstics.

En general, es posa de manifest que els municipis més petits són els que reben suport d'un major nombre d'administracions.

Les administracions de suport més referenciades pels municipis són d'una banda Dipsalut per a la majora de competències i, de l'altra, la Generalitat en aquells àmbits en els quals històricament ha estat present com en aigües de consum humà, salubritat d'indrets habitats i control d'establiments alimentaris.

**Taula 48. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Menys de 500 habitants	Prevenió de legi- nel·losi	17,7%	0%	41,7%	8,4%	6%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	59,5%	0%	61,9%	8,4%	21,7%	24,1%
	Control de les condi- cions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	1,3%	0%	0%	3,6%	41%	0%
	Control d'aigües de lleure	7,6%	0%	44%	4,8%	2,4%	1,2%
	Control de salubritat de les platges	1,27%	0%	2,4%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'es- tabliments de pràc- tiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'es- tabliments minoristes d'alimentació	3,8%	0%	3,6%	8,4%	26,5%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	2,5%	0%	0%	9,6%	50,6%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	2,5%	0%	0%	2,4%	21,7%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	0%	0%	0%	1,2%	1,2%	1,2%



La taula 49 presenta les dades sobre el suport rebut en activitats de protecció de la salut pública en funció de la comarca on es troba el municipi.

Dipsalut destaca a totes les comarques i ofereix suport a les mateixes activitats, mentre que el Consell Comarcal té poc pes a totes les comarques, a excepció de la Garrotxa, on es consolida com al màxim suport en temes de protecció.

Les dades territorialitzades mostren que la Cerdanya rep poc suport dels diferents ens referenciats en relació a la resta de comarques analitzades. Això s'explica per la seva singularitat administrativa; és una comarca on una part dels municipis corresponen a la demarcació de la Lleida i l'altra, a la de Girona.

<b>Taula 48. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons grandària poblacional</b>							
Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Menys de 500 habitants	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	1,2%	0%
	Control i gestió de les plagues	35,4%	0%	42,9%	7,2%	3,6%	2,4%
	Control d'animals periodomèstics	26,6%	0%	25%	0%	0%	2,4%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	29,1%	0%	1,2%	48,2%	2,4%	3,6%
	Gestió de queixes i denúncies	65,8%	1%	2,4%	10,8%	6%	0%
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Entre 501 i 1.000 habitants	Prevenió de legiionel·losi	34,9%	0%	77,3%	11,4%	2,3%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	62,8%	0%	86,4%	11,4%	13,6%	13,6%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	7%	0%	2,3%	2,3%	52,3%	0%
	Control d'aigües de lleure	11,6%	0%	54,5%	9,1%	0%	0%

**Taula 48. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Entre 501 i 1000 habitants	Control de salubritat de les platges	0%	0%	2,27%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	4,7%	0%	4,5%	13,6%	40,9%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	2,3%	0%	0%	11,4%	38,6%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	2,3%	0%	0%	6,8%	56,8%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	2,3%	0%	0%	2,3%	2,3%	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	2,3%	0%
	Control i gestió de les plagues	44,2%	0%	56,8%	9,1%	2,3%	6,8%
	Control d'animals periodomèstics	25,6%	0%	25%	0%	2,3%	2,3%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	18,6%	0%	0%	56,8%	4,5%	0%
	Gestió de queixes i denúncies	76,7%	2,3%	0%	9,1%	4,5%	4,5%
	Altres activitats	2,3%	0%	0%	0%	0%	0%

**Taula 48. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Prevenió de legio-nel-losi	56,6%	0%	92,9%	12,5%	19,6%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	64,2%	0%	71,4%	8,9%	12,5%	30,4%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	11,3%	0%	5,4%	7,1%	55,4%	0%
	Control d'aigües de lleure	34%	0%	82,1%	10,7%	1,8%	5,4%
	Control de salubritat de les platges	9,4%	0%	10,7%	0%	1,8%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%	0%	0%	0%	3,6%	1,8%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	7,5%	0%	7,1%	10,7%	44,6%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	2,3%	0%	0%	10,7%	58,9%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	3,8%	0%	0%	8,9%	64,3%	1,8%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	1,9%	0%	1,8%	1,8%	10,7%	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	7,1%	0%
	Control i gestió de les plagues	67,9%	0%	76,8%	10,7%	1,8%	19,6%

**Taula 48. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Entre 1.001 i 5000 habitants	Control d'animals periodomèstics	49,1%	0%	42,9%	1,8%	0%	10,7%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	28,3%	0%	0%	55,4%	3,6%	3,6%
	Gestió de queixes i denúncies	84,9%	0%	1,8%	10,7%	3,6%	0%
	Altres activitats	1,9%	0%	0%	1,8%	0%	0%
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Prevenió de legionel·losi	76,9%	0%	84,6%	0%	30,8%	7,7%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	69,2%	0%	76,9%	0%	30,8%	53,8%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	7,7%	0%	0%	0%	84,6%	7,7%
	Control d'aigües de lleure	61,5%	0%	92,3%	0%	7,7%	7,7%
	Control de salubritat de les platges	7,7%	0%	15,4%	0%	15,4%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	7,7%	0%	0%	0%	23,1%	7,7%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	15,4%	0%	0%	0%	76,9%	7,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	15,4%	0%	0%	0%	76,9%	7,7%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	15,4%	0%	0%	0%	92,3%	7,7%

**Taula 48. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports	
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	7,7%	0%	0%	0%	23,1%	0,0%	
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	15,4%	7,7%	
	Control i gestió de les plagues	92,3%	0%	84,6%	0%	7,7%	7,7%	
	Control d'animals periodomèstics	69,2%	0%	61,5%	0%	0%	7,7%	
	Control del risc derivat d'animals domèstics	38,5%	0%	0%	61,5%	0%	15,4%	
	Gestió de queixes i denúncies	92,3%	7,7%	15,4%	7,7%	15,4%	7,7%	
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Prevençió de legiionellosi	55,6%	10%	90%	0%	30%	0%	
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	55,6%	10%	60%	10%	30%	40%	
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	0%	0%	0%	0%	60%	10%	
	Control d'aigües de lleure	22,2%	10%	80,0%	0%	0%	0%	
	Control de salubritat de les platges	33,3%	0,0%	60%	0%	30%	0%	
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0,0%	0%	0%	0%	0%	40%	0%

**Taula 48. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	33,3%	0%	0%	0%	70%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	11,1%	0%	0%	0%	70%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	22,2%	0%	0%	0%	70%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	11,1%	0%	0%	0%	30%	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	10%	0%
	Control i gestió de les plagues	77,8%	10%	70%	0%	10%	0%
	Control d'animals periodomèstics	77,8%	10%	60%	0%	0%	10%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	77,8%	0%	10%	30%	10%	10%
	Gestió de queixes i denúncies	77,8%	0%	0%	10%	0%	0%
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Més de 20.000 habitants	Prevenició de legionel·losi	75%	0%	87,5%	0%	42,9%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	50%	0%	75%	0%	28,6%	28,6%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	25%	0%	0%	0%	57,1%	14,3%
	Control d'aigües de lleure	50%	0%	75%	0%	28,6%	28,6%

**Taula 48. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Més de 20.000 habitants	Control de salubritat de les platges	12,5%	0%	37,5%	0%	28,6%	14,3%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	25,0%	0%	0%	0%	42,9%	14,3%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	50%	0%	12,5%	0%	57,1%	14,3%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	37,5%	0%	0%	0%	71,4%	14,3%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	25%	0%	0%	0%	85,7%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	37,5%	0%	0%	0%	28,6%	14,3%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control i gestió de les plagues	87,5%	12,5%	75%	0%	42,9%	14,3%
	Control d'animals periodomèstics	75%	0%	62,5%	0%	0%	14,3%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	75%	12,5%	0%	50%	0%	14,3%
	Gestió de queixes i denúncies	75%	0%	12,5%	12,5%	14,3%	14,3%
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%

**Taula 49. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Cerdanya	Prevenció de legionel·losi	10%	0%	30%	0%	0%	10%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	90%	0%	70%	20%	0%	20%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	10%	0%	0%	0%	20%	10%
	Control d'aigües de lleure	10%	0%	50%	0%	0%	0%
	Control de salubritat de les platges	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%	0%	0%	0%	0%	10%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	10%	0%	20%	0%	20%	10%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	10%	0%	0%	0%	40%	10%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	0%	0%	0%	0%	30%	10%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	0%	10%
	Control i gestió de les plagues	30%	0%	10%	0%	0%	0%
	Control d'animals periodomèstics	10%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	30%	0%	0%	50%	0%	20%
	Gestió de queixes i denúncies	60%	20%	10%	10%	10%	10%
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ripollès	Prevenció de legionel·losi	21,1%	0%	52,6%	0%	5,6%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	52,6%	0%	73,7%	0%	27,8%	0%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	10,5%	0%	0%	0%	38,9%	0%
	Control d'aigües de lleure	21,1%	0%	68,4%	0%	0%	0%



**Taula 49. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Ripollès	Control de salubritat de les platges	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	10,5%	0%	5,3%	0%	38,9%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	10,5%	0%	0%	0%	44,4%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	5,3%	0%	0%	0%	38,9%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	5,3%	0%	0%	0%	5,6%	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control i gestió de les plagues	31,6%	0%	47,4%	0%	0%	0%
	Control d'animals periodomèstics	21,1%	0%	10,5%	0%	0%	0%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	31,6%	0%	0%	38,9%	0%	0%
	Gestió de queixes i denúncies	57,9%	0%	0%	16,7%	0%	0%
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%
La Garrotxa	Prevenició de legionel·losi	52,6%	0%	78,9%	84,2%	0%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	94,7%	0%	78,9%	73,7%	26,3%	5,3%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	10,5%	0%	5,3%	21,1%	68,4%	0%
	Control d'aigües de lleure	15,8%	0%	73,7%	68,4%	0%	0%
	Control de salubritat de les platges	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	5,3%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	15,8%	0%	0%	78,9%	0%	0%

**Taula 49. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
La Garrotxa	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	10,5%	0%	0%	84,2%	15,8%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	15,8%	0%	0%	26,3%	68,4%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	10,5%	0%	0%	10,5%	0%	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	5,3%	0%
	Control i gestió de les plagues	26,3%	0%	84,2%	78,9%	10,5%	0%
	Control d'animals periodomèstics	21,1%	0%	10,5%	0%	0%	0%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	42,1%	0%	0%	84,2%	5,3%	0%
	Gestió de queixes i denúncies	89,5%	0%	0%	68,4%	5,3%	0%
	Altres activitats	10,5%	0%	0%	5,3%	0%	0%
Alt Empordà	Prevençió de legionel·losi	34,4%	0%	67,2%	1,5%	9%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	62,3%	0%	67,2%	1,5%	11,9%	26,9%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	4,9%	0%	3%	3%	56,7%	0%
	Control d'aigües de lleure	19,7%	0%	58,2%	1,5%	1,5%	4,5%
	Control de salubritat de les platges	13,1%	0%	13,4%	0,0%	4,5%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%	0%	0,0%	0%	1,5%	1,5%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	8,2%	0%	7,5%	4,5%	44,8%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	3,3%	0%	0%	3%	64,2%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	4,9%	0%	0%	4,5%	55,2%	1,5%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	0%	0%	1,5%	1,5%	3%	0%

**Taula 49. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Alt Empordà	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	4,5%	0%
	Control i gestió de les plagues	55,7%	0%	59,7%	0%	4,5%	9%
	Control d'animals periodomèstics	45,9%	0%	41,8%	0%	0%	7,5%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	31,1%	0%	1,5%	50,7%	3%	3%
	Gestió de queixes i denúncies	75,4%	1,5%	4,5%	4,5%	10,4%	1,5%
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%
La Selva	Prevenició de legionel·losi	68,2%	0%	79,2%	0%	34,8%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	63,6%	0%	83,3%	0%	39,1%	39,1%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	4,5%	0%	4,2%	0%	60,9%	0%
	Control d'aigües de lleure	50%	0%	75%	0%	8,7%	0%
	Control de salubritat de les platges	0%	0%	8,3%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	4,5%	0%	0%	0%	17,4%	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	9,1%	0%	4,2%	0%	60,9%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	4,5%	0%	0%	0%	73,9%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	9,1%	0%	0%	4,2%	56,5%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	4,5%	0%	0%	0%	30,4%	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	8,7%	0%
	Control i gestió de les plagues	81,8%	0%	75%	0%	4,3%	4,3%
	Control d'animals periodomèstics	45,5%	0%	45,8%	4,2%	0%	4,3%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	45,5%	0%	0%	66,7%	4,3%	4,3%
Gestió de queixes i denúncies	77,3%	0%	4,2%	4,2%	0%	0%	

**Taula 49. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
La Selva	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Gironès	Prevenció de legionel·losi	46,2%	0%	84,6%	0%	11,5%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	57,7%	0%	65,4%	0%	11,5%	30,8%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	11,5%	0%	0%	0%	34,6%	3,8%
	Control d'aigües de lleure	23,1%	0%	61,5%	0%	3,8%	3,8%
	Control de salubritat de les platges	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	3,8%	0%	0%	0%	3,8%	3,8%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	7,7%	0%	0%	0%	42,3%	3,8%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	7,7%	0%	0%	0%	50%	3,8%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	7,7%	0%	0%	0%	42,3%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	11,5%	0%	0%	0%	7,7%	3,8%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	3,8%	0%
	Control i gestió de les plagues	80,8%	3,8%	57,7%	0%	7,7%	19,2%
	Control d'animals periodomèstics	50%	0%	38,5%	0%	0%	19,2%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	15,4%	3,8%	0%	61,5%	0%	7,7%
	Gestió de queixes i denúncies	84,6%	0%	0%	0%	7,7%	3,8%
Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Pla de l'Estany	Prevenció de legionel·losi	27,3%	9,1%	81,8%	9,1%	9,1%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	45,5%	9,1%	72,7%	9,1%	9,1%	18,2%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	0%	0%	0%	9,1%	45,5%	0%

**Taula 49. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Pla de l'Estany	Control d'aigües de lleure	18,2%	9,1%	72,7%	0%	0%	9,1%
	Control de salubritat de les platges	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micro-pigmentació i pírcing	0%	0%	0%	0%	18,2%	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	9,1%	0%	9,1%	0%	36,4%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	0%	0%	0%	9,1%	36,4%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	0%	0%	0%	9,1%	45,5%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control i gestió de les plagues	9,1%	9,1%	27,3%	0%	0%	9,1%
	Control d'animals periodomèstics	9,1%	9,1%	18,2%	0%	0%	0%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	0%	0%	9,1%	27,3%	0%	0%
	Gestió de queixes i denúncies	54,5%	0%	0%	9,1%	0%	0%
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Baix Empordà	Prevenició de legionel·losi	35,3%	0%	63,9%	0%	22,2%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	44,1%	0%	63,9%	0%	25%	44,4%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	2,9%	0%	0%	2,8%	55,6%	2,8%
	Control d'aigües de lleure	8,8%	0%	47,2%	0%	2,8%	5,6%
	Control de salubritat de les platges	8,8%	0%	25%	0%	13,9%	2,8%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micro-pigmentació i pírcing	0%	0%	0,0%	0%	11,1%	0%

**Taula 49. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Baix Empordà	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	5,9%	0%	0%	0%	44,4%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	0%	0%	0%	0%	55,6%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	0%	0%	0%	0%	36,1%	0%
	Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	0%	0%	0%	0%	11,1%	2,8%
	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	5,6%	0%
	Control i gestió de les plagues	55,9%	0%	69,4%	0%	5,6%	13,9%
	Control d'animals periodomèstics	55,9%	0%	55,6%	0%	2,8%	2,8%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	41,2%	0%	0%	33,3%	8,3%	5,6%
	Gestió de queixes i denúncies	79,4%	0%	2,8%	0%	2,8%	2,8%
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Osona	Prevenició de legionel·losi	66,7%	0%	66,7%	33,3%	0%	0%
	Control Sanitari d'aigües de consum humà	66,7%	0%	100,0%	0%	0%	0%
	Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	0,0%	0%	0%	0%	33,3%	0%
	Control d'aigües de lleure	33,3%	0%	100%	0%	33,3%	0%
	Control de salubritat de les platges	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	0%	0%	0%	33,3%	66,7%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	0%	0%	0%	0%	66,7%	0%
	Control sanitari de restauració col·lectiva social	0%	0%	0%	0%	66,7%	0%
Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	0%	0%	0%	0%	0%	0%	

**Taula 49. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de protecció de cadascun dels ens segons comarca**

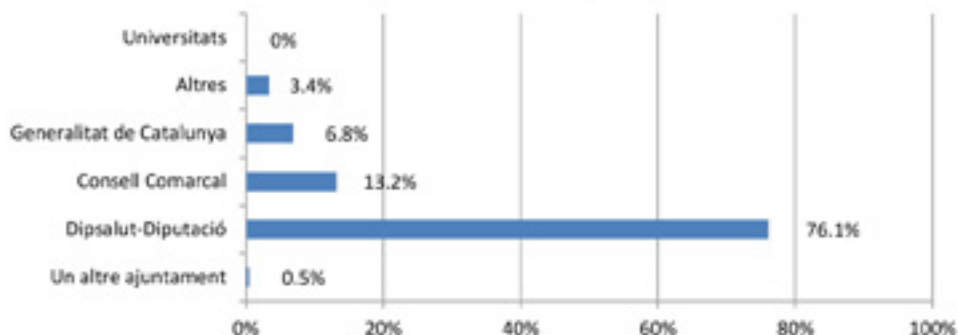
Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Osona	Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control i gestió de les plagues	66,7%	0%	33,3%	33,3%	0%	0%
	Control d'animals periodomèstics	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Control del risc derivat d'animals domèstics	0%	0%	0%	66,7%	0%	0%
	Gestió de queixes i denúncies	100,0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Altres activitats	0%	0%	0%	0%	0%	0%

### **3.1.2.4 Els serveis en matèria de salut pública més enllà dels serveis mínims: La promoció de la salut.**

La millora de la qualitat de vida dels ciutadans per la via de la promoció de la salut és una opció política impulsada per molts ajuntaments que integren el principi de «salut en totes les polítiques». Els ajuntaments, doncs, impulsen activitats per promoure la salut en diferents àmbits com sanitat, educació, habitatge, medi ambient o activitat física, entre d'altres. Sovint, ho fan acollint-se a programes o iniciatives d'administracions supramunicipals, però que tot i així requereixen un gran compromís per part dels governs municipals. En aquest cas, s'observen els serveis en promoció de la salut i prevenció de la malaltia. La promoció de la salut fa referència a fomentar la salut individual i col·lectiva i potenciar que s'adopti un estil de vida saludable. La prevenció a la malaltia consisteix a reduir la incidència de malalties específiques i factors de risc, com per exemple addiccions, sexualitat, tabaquisme, etc.

La figura 10 mostra l'ens públic de referència al qual s'adreça l'ajuntament quan necessita assessorament en temes de promoció de la salut. En aquest cas, el 76,10 % dels municipis es dirigeixen a Dipsalut per demanar suport en aquests aspectes. El 13,17 % s'adreça al Consell Comarcal, i un 6,83 % a la Generalitat de Catalunya.

**Figura 10 . Ens de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per l'assessorament en l'àmbit de la promoció de la salut (N=214)**



La taula 50 mostra que els municipis més petits de 20.000 habitants s'adrecen en primera opció a Dipsalut en temes de promoció de la salut pública. Ara bé, en els municipis de més de 20.000 habitants la tendència canvia: es dirigeixen en primera opció a la Generalitat. Als municipis grans és on hi trobem més presència de col·lectius de risc sobre els que actuar i, en aquest sentit, el treball es fa, de forma majoritària, coordinadament amb el govern autonòmic i atenent especialment les indicacions del Pla de Salut de Catalunya.

**Taula 50. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de promoció de la salut pública per grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Freqüència	Percentatge
Menys de 500 habitants	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	57	73,1
	Consell Comarcal	16	20,5
	Generalitat de Catalunya	3	3,8
	Altres	2	2,6
	Universitats	0	0
	Total	78	100
Entre 501 i 1.000 habitants	Un altre ajuntament	1	2,4
	Dipsalut-Diputació	35	83,3
	Consell Comarcal	2	4,8
	Generalitat de Catalunya	3	7,1
	Altres	1	2,4
	Universitats	0	0
	Total	42	100
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Un altre ajuntament	0	0



**Taula 50. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de promoció de la salut pública per grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Entre 1.001 i 5000 habitants	Dipsalut-Diputació	47	83,9
	Consell Comarcal	6	10,7
	Generalitat de Catalunya	0	0
	Altres	3	5,4
	Universitats	0	0
	Total	56	100
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	9	75
	Consell Comarcal	2	16,7
	Generalitat de Catalunya	1	8,3
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	Total	12	100
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	7	77,8
	Consell Comarcal	1	11,1
	Generalitat de Catalunya	1	11,1
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	Total	9	100
Més de 20.000 habitants	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	1	12,5
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	6	75
	Altres	1	12,5
	Universitats	0	0
	Total	8	100

Fent l'anàlisi per comarques, en general totes s'adrecen com a primera opció a Dipsalut. La Garrotxa és l'única comarca que es dirigeix en el mateix grau a Dipsalut o al Consell Comarcal (taula 51), d'acord amb la seva singularitat exposada al llarg de l'estudi.

**Taula 51. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de promoció de la salut pública per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Cerdanya	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	9	90
	Consell Comarcal	1	10

**Taula 51. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de promoció de la salut pública per comarques**

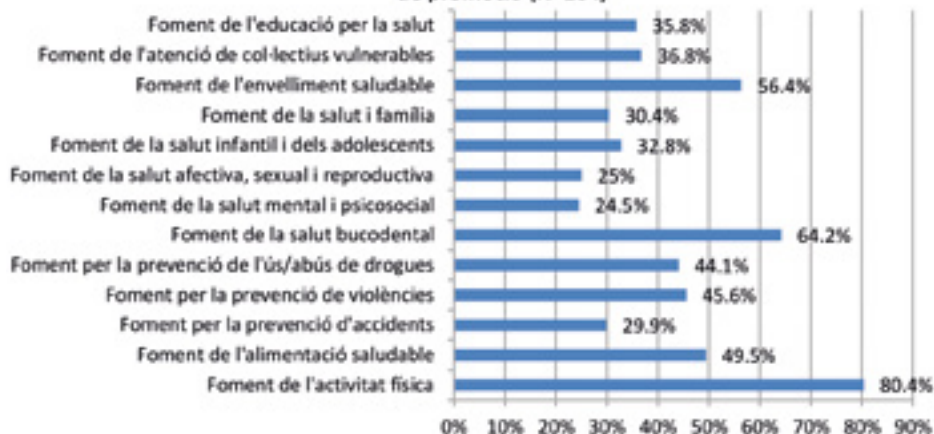
<b>Comarca</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Cerdanya	Generalitat de Catalunya	0	0
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
Ripollès	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	11	64,7
	Consell Comarcal	2	11,8
	Generalitat de Catalunya	2	11,8
	Altres	2	11,8
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>
La Garrotxa	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	9	47,4
	Consell Comarcal	9	47,4
	Generalitat de Catalunya	0	0
	Altres	1	5,3
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>
Alt Empordà	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	53	81,5
	Consell Comarcal	7	10,8
	Generalitat de Catalunya	3	4,6
	Altres	2	3,1
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>
La Selva	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	19	82,6
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	3	13,0
	Altres	1	4,3
	Universitats	0	0
	<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
Gironès	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	20	80
	Consell Comarcal	1	4
	Generalitat de Catalunya	3	12
	Altres	1	4

**Taula 51. Ens públic de referència al qual s'adreça l'Ajuntament per assessorament en temes de promoció de la salut pública per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Gironès	Universitats	0	0
	Total	25	100
Pla de l'Estany	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	9	90
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	1	10
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	Total	10	100
Baix Empordà	Un altre ajuntament	1	3
	Dipsalut-Diputació	23	69,7
	Consell Comarcal	7	21,2
	Generalitat de Catalunya	2	6,1
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	Total	33	100
Osona	Un altre ajuntament	0	0
	Dipsalut-Diputació	3	100
	Consell Comarcal	0	0
	Generalitat de Catalunya	0	0
	Altres	0	0
	Universitats	0	0
	Total	3	100

Tot i que no són part de les competències obligatòries dels ajuntaments, el 80% dels municipis declara fer una o més activitats de promoció de la salut (taula 52 i figura 11). Cal destacar l'activitat del foment a l'activitat física, que és duta a terme per més del 80% dels municipis gironins.

**Figura 11. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció (N=204)**



**Taula 52. Nombre de municipis que realitzen les següents activitats de promoció (N=204)**

	Sí	No	Total
Foment de l'activitat física	164	40	204
Foment de l'alimentació saludable	101	103	204
Foment per la prevenció d'accidents	61	143	204
Foment per la prevenció de violències	93	111	204
Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	90	114	204
Foment de la salut bucodental	131	73	204
Foment de la salut mental i psicosocial	50	154	204
Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	51	153	204
Foment de la salut infantil i dels adolescents	67	137	204
Foment de la salut i família	62	142	204
Foment de l'envelliment saludable	115	89	204
Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	75	129	204
Foment de l'educació per la salut	73	131	204

Pel que fa a les activitats de promoció en funció del tram poblacional, clarament s'observa que a més grandària poblacional, més serveis i activitats ofereixen els municipis i tots els percentatges es veuen incrementats (taula 53).

Pel que fa als municipis de menys de 1.000 habitants, les activitats que més destaquen són el foment de l'activitat física i l'envelliment saludable.

Ara bé, a mesura que incrementa la població es van desenvolupant altres activitats com el foment de l'alimentació saludable o la prevenció de violències i l'ús/abús de les drogues.

A partir de 5.000 habitants, els ítems analitzats es desenvolupen de forma generalitzada a la majoria de municipis.

**Taula 53. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció segons grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Activitats de promoció</b>	<b>Sí</b>
Menys de 500 habitants (78 municipis)	Foment de l'activitat física	66,7%
	Foment de l'alimentació saludable	30,8%
	Foment per la prevenció d'accidents	16,7%
	Foment per la prevenció de violències	29,5%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	23,1%
	Foment de la salut bucodental	32,1%
	Foment de la salut mental i psicosocial	12,8%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	12,8%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	19,2%
	Foment de la salut i família	17,9%
	Foment de l'envelliment saludable	48,7%
Entre 501 i 1.000 habitants (43 municipis)	Foment de l'activitat física	76,7%
	Foment de l'alimentació saludable	41,9%
	Foment per la prevenció d'accidents	16,3%
	Foment per la prevenció de violències	34,9%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	44,2%
	Foment de la salut bucodental	67,4%
	Foment de la salut mental i psicosocial	14%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	18,6%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	25,6%
	Foment de la salut i família	27,9%
	Foment de l'envelliment saludable	58,1%
Entre 1.001 i 5.000 habitants (53 municipis)	Foment de l'activitat física	92,5%
	Foment de l'alimentació saludable	66%
	Foment per la prevenció d'accidents	39,6%
	Foment per la prevenció de violències	58,5%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	52,8%
	Foment de la salut bucodental	88,7%

**Taula 53. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció segons grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Activitats de promoció</b>	<b>Sí</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants (53 municipis)	Foment de la salut mental i psicosocial	28,3%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	28,3%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	35,8%
	Foment de la salut i família	32,1%
	Foment de l'envelliment saludable	56,6%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	41,5%
	Foment de l'educació per la salut	47,2%
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Foment de l'activitat física	100%
	Foment de l'alimentació saludable	84,6%
	Foment per la prevenció d'accidents	53,8%
	Foment per la prevenció de violències	84,6%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	69,2%
	Foment de la salut bucodental	100%
	Foment de la salut mental i psicosocial	46,2%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	30,8%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	61,5%
	Foment de la salut i família	53,8%
	Foment de l'envelliment saludable	61,5%
Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	69,2%	
Foment de l'educació per la salut	69,2%	
Entre 10.001 i 20.000 habitants (9 municipis)	Foment de l'activitat física	100%
	Foment de l'alimentació saludable	77,8%
	Foment per la prevenció d'accidents	77,8%
	Foment per la prevenció de violències	66,7%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	88,9%
	Foment de la salut bucodental	100%
	Foment de la salut mental i psicosocial	77,8%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	77,8%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	77,8%
	Foment de la salut i família	66,7%
	Foment de l'envelliment saludable	77,8%
Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	44,4%	
Foment de l'educació per la salut	44,4%	
Més de 20.000 habitants (8 municipis)	Foment de l'activitat física	100%
	Foment de l'alimentació saludable	75%
	Foment per la prevenció d'accidents	75%
	Foment per la prevenció de violències	87,5%

**Taula 53. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció segons grandària poblacional**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Activitats de promoció</b>	<b>Sí</b>
Més de 20.000 habitants (8 municipis)	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	100%
	Foment de la salut bucodental	100%
	Foment de la salut mental i psicosocial	75%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	87,5%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	87,5%
	Foment de la salut i família	75,0%
	Foment de l'envelliment saludable	87,5%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	75%
	Foment de l'educació per la salut	87,5%

Pel que fa a l'anàlisi per comarques de les activitats de promoció de la salut, no es detecten diferències significatives. Cal destacar el major dinamisme de la Selva, on tots els percentatges són majors (taula 54).

**Taula 54. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Activitats de promoció</b>	<b>Sí</b>
Cerdanya (10 municipis)	Foment de l'activitat física	70%
	Foment de l'alimentació saludable	40%
	Foment per la prevenció d'accidents	30%
	Foment per la prevenció de violències	20%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	20%
	Foment de la salut bucodental	50%
	Foment de la salut mental i psicosocial	0%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	10%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	20%
	Foment de la salut i família	30%
	Foment de l'envelliment saludable	30%
Ripollès (19 municipis)	Foment de l'activitat física	57,9%
	Foment de l'alimentació saludable	15,8%
	Foment per la prevenció d'accidents	36,8%
	Foment per la prevenció de violències	57,9%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	47,4%
	Foment de la salut bucodental	57,9%
	Foment de la salut mental i psicosocial	26,3%

**Taula 54. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Activitats de promoció</b>	<b>Sí</b>
Cerdanya (10 municipis)	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	10%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	20%
	Foment de la salut i família	30%
	Foment de l'envelliment saludable	30%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	20%
	Foment de l'educació per la salut	50%
Ripollès (19 municipis)	Foment de l'activitat física	57,9%
	Foment de l'alimentació saludable	15,8%
	Foment per la prevenció d'accidents	36,8%
	Foment per la prevenció de violències	57,9%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	47,4%
	Foment de la salut bucodental	57,9%
	Foment de la salut mental i psicosocial	26,3%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	36,8%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	36,8%
	Foment de la salut i família	26,3%
	Foment de l'envelliment saludable	47,4%
Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	36,8%	
Foment de l'educació per la salut	21,1%	
La Garrotxa (19 municipis)	Foment de l'activitat física	78,9%
	Foment de l'alimentació saludable	73,7%
	Foment per la prevenció d'accidents	26,3%
	Foment per la prevenció de violències	26,3%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	31,6%
	Foment de la salut bucodental	47,4%
	Foment de la salut mental i psicosocial	10,5%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	21,1%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	31,6%
	Foment de la salut i família	21,1%
	Foment de l'envelliment saludable	52,6%
Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	36,8%	
Foment de l'educació per la salut	47,4%	
Alt Empordà (61 municipis)	Foment de l'activitat física	88,5%
	Foment de l'alimentació saludable	42,6%
	Foment per la prevenció d'accidents	19,7%
	Foment per la prevenció de violències	34,4%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	41%



**Taula 54. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Activitats de promoció</b>	<b>Sí</b>
Alt Empordà (61 municipis)	Foment de la salut bucodental	72,1%
	Foment de la salut mental i psicosocial	18%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	14,8%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	26,2%
	Foment de la salut i família	29,5%
	Foment de l'envelliment saludable	72,1%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	26,2%
	Foment de l'educació per la salut	26,2%
La Selva (22 municipis)	Foment de l'activitat física	95,5%
	Foment de l'alimentació saludable	68,2%
	Foment per la prevenció d'accidents	40,9%
	Foment per la prevenció de violències	68,2%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	63,6%
	Foment de la salut bucodental	86,4%
	Foment de la salut mental i psicosocial	40,9%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	40,9%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	50%
	Foment de la salut i família	45,5%
	Foment de l'envelliment saludable	54,5%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	45,5%
Foment de l'educació per la salut	50%	
Gironès (25 municipis)	Foment de l'activitat física	76%
	Foment de l'alimentació saludable	60%
	Foment per la prevenció d'accidents	40%
	Foment per la prevenció de violències	48%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	44%
	Foment de la salut bucodental	60%
	Foment de la salut mental i psicosocial	36%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	32%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	36%
	Foment de la salut i família	32%
	Foment de l'envelliment saludable	52%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	44%
Foment de l'educació per la salut	52%	
Pla de l'Estany (11 municipis)	Foment de l'activitat física	81,8%
	Foment de l'alimentació saludable	36,4%
	Foment per la prevenció d'accidents	27,3%

**Taula 54. Percentatge de municipis que realitzen les següents activitats de promoció per comarques**

<b>Comarca</b>	<b>Activitats de promoció</b>	<b>Sí</b>
Pla de l'Estany (11 municipis)	Foment per la prevenció de violències	54,5%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	63,6%
	Foment de la salut bucodental	72,7%
	Foment de la salut mental i psicosocial	36,4%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	18,2%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	27,3%
	Foment de la salut i família	27,3%
	Foment de l'envelliment saludable	54,5%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	45,5%
	Foment de l'educació per la salut	45,5%
Baix Empordà (34 municipis)	Foment de l'activitat física	76,5%
	Foment de l'alimentació saludable	50%
	Foment per la prevenció d'accidents	29,4%
	Foment per la prevenció de violències	55,9%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	44,1%
	Foment de la salut bucodental	55,9%
	Foment de la salut mental i psicosocial	29,4%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	32,4%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	35,3%
	Foment de la salut i família	32,4%
Foment de l'envelliment saludable	47,1%	
Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	47,1%	
Foment de l'educació per la salut	26,5%	
Osona (3 municipis)	Foment de l'activitat física	66,7%
	Foment de l'alimentació saludable	100%
	Foment per la prevenció d'accidents	66,7%
	Foment per la prevenció de violències	66,7%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	33,3%
	Foment de la salut bucodental	33,3%
	Foment de la salut mental i psicosocial	0%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	0%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	33,3%
	Foment de la salut i família	0%
Foment de l'envelliment saludable	66,7%	
Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	33,3%	
Foment de l'educació per la salut	33,3%	

Per a la promoció de la salut, els ajuntaments també busquen suport en altres administracions homònimes o supramunicipals, per tal de dur a terme activitats orientades a la millora de la qualitat de vida dels seus ciutadans

La taula 55 mostra el percentatge de municipis que han rebut suport de les institucions en funció de la grandària de la població.

Dipsalut esdevé l'ens de suport de referència per a la majoria de municipis de fins a 5.000 habitants. A partir d'aquesta mida, els municipis opten per sol·licitar, a més, suport de la Generalitat de Catalunya, atès que té una major diversitat de programes de suport recollits al "Pla de Salut de Catalunya", del qual és competent.

Per als micromunicipis s'observa que les activitats de promoció que més s'ofereixen reben l'ajuda de Dipsalut (foment de l'activitat física i de la salut bucodental) i el Consell Comarcal (foment de l'envelliment saludable).

<b>Taula 55. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons grandària poblacional</b>							
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Ens públic</b>	<b>Recursos propis</b>	<b>Un altre Ajuntament</b>	<b>Dipsalut-Diputació</b>	<b>Consell Comarcal</b>	<b>Generalitat de Catalunya</b>	<b>Altres suports</b>
Menys de 500 habitants (78 municipis)	Foment de l'activitat física	39,7%	1,3%	38,5%	24,4%	1,3%	5,1%
	Foment de l'alimentació saludable	15,4%	0%	11,5%	7,7%	2,6%	3,8%
	Foment per la prevenció d'accidents	3,8%	0%	1,3%	5,1%	6,4%	0%
	Foment per la prevenció de violències	2,6%	1,3%	0%	15,4%	10,3%	2,6%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	0%	1,3%	0%	16,7%	5,1%	1,3%
	Foment de la salut bucodental	1,3%	0%	28,2%	0%	6,4%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	0%	1,3%	0%	9%	0%	2,6%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	0%	1,3%	0%	10,3%	1,3%	0%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	2,6%	1,3%	1,3%	12,8%	1,3%	2,6%
	Foment de la salut i família	2,6%	1,3%	0%	5,1%	7,7%	2,6%
	Foment de l'envelliment saludable	23,1%	1,3%	12,8%	24,4%	3,8%	7,7%

**Taula 55. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Menys de 500 habitants (78 municipis)	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	9%	1,3%	1,3%	15,4%	2,6%	3,8%
	Foment de l'educació per la salut	3,8%	0%	12,8%	1,3%	1,3%	2,6%
Entre 501 i 1.000 habitants (43 municipis)	Foment de l'activitat física	37,2%	0%	46,5%	34,9%	0%	14%
	Foment de l'alimentació saludable	16,3%	0%	11,6%	7%	4,7%	11,6%
	Foment per la prevenció d'accidents	2,3%	0%	0%	0%	9,3%	4,7%
	Foment per la prevenció de violències	9,3%	0%	0%	18,6%	14%	0%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	11,6%	0%	4,7%	25,6%	11,6%	2,3%
	Foment de la salut bucodental	0%	0%	60,5%	2,3%	7%	2,3%
	Foment de la salut mental i psicosocial	7%	0%	2,3%	2,3%	0%	4,7%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	11,6%	0%	0%	9,3%	2,3%	2,3%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	11,6%	0%	0%	9,3%	9,3%	4,7%
	Foment de la salut i família	14%	0%	2,3%	9,3%	9,3%	4,7%
	Foment de l'envelliment saludable	30,2%	0%	14%	39,5%	2,3%	9,3%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	7%	0%	0%	14%	4,7%	0%
	Foment de l'educació per la salut	9,3%	0%	7%	2,3%	9,3%	11,6%
Entre 1.001 i 5.000 habitants (53 municipis)	Foment de l'activitat física	60,4%	0%	66%	34%	5,7%	5,7%
	Foment de l'alimentació saludable	26,4%	0%	26,4%	11,3%	20,8%	5,7%

**Taula 55. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Entre 1.001 i 5.000 habitants (53 municipis)	Foment per la prevenció d'accidents	20,8%	0%	1,9%	5,7%	18,9%	5,7%
	Foment per la prevenció de violències	26,4%	0%	0%	35,8%	9,4%	3,8%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	24,5%	0%	0%	28,3%	9,4%	7,5%
	Foment de la salut bucodental	9,4%	0%	83,0%	0%	17,0%	1,9%
	Foment de la salut mental i psicosocial	13,2%	0%	1,9%	7,5%	7,5%	5,7%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	15,1%	0%	0%	9,4%	5,7%	5,7%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	20,8%	0%	1,9%	9,4%	7,5%	5,7%
	Foment de la salut i família	17,0%	0%	7,5%	7,5%	5,7%	7,5%
	Foment de l'envelliment saludable	41,5%	0%	15,1%	13,2%	11,3%	9,4%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	18,9%	0%	1,9%	20,8%	7,5%	7,5%
	Foment de l'educació per la salut	11,3%	0%	22,6%	1,9%	9,4%	17%
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Foment de l'activitat física	84,6%	0%	84,6%	61,5%	7,7%	7,7%
	Foment de l'alimentació saludable	53,8%	0%	38,5%	7,7%	23,1%	15,4%
	Foment per la prevenció d'accidents	46,2%	0%	0%	7,7%	7,7%	15,4%
	Foment per la prevenció de violències	53,8%	0%	0%	23,1%	30,8%	15,4%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	30,8%	0%	0%	7,7%	46,2%	7,7%

**Taula 55. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Entre 5.001 i 10.000 habitants (13 municipis)	Foment de la salut bucodental	15,4%	0%	92%	0%	30,8%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	30,8%	0%	7,7%	15,4%	15,4%	15,4%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	15,4%	0%	0%	0%	23,1%	7,7%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	23,1%	0%	0%	7,7%	38,5%	23,1%
	Foment de la salut i família	23,1%	0%	0%	7,7%	23,1%	23,1%
	Foment de l'envelliment saludable	46,2%	0%	23,1%	0%	15,4%	15,4%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	30,8%	0%	7,7%	15,4%	30,8%	15,4%
	Foment de l'educació per la salut	30,8%	0%	23,1%	7,7%	0%	53,8%
Entre 10.001 i 20.000 habitants (9 municipis)	Foment de l'activitat física	66,7%	0%	66,7%	33,3%	11,1%	0%
	Foment de l'alimentació saludable	44,4%	0%	44,4%	11,1%	11,1%	0%
	Foment per la prevenció d'accidents	55,6%	0%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%
	Foment per la prevenció de violències	55,6%	0%	0%	33,3%	11,1%	11,1%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	44,4%	0%	11,1%	22,2%	22,2%	22,2%
	Foment de la salut bucodental	11,1%	0%	88,9%	0%	33,3%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	44,4%	0%	0%	11,1%	11,1%	11,1%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	33,3%	0%	0%	22,2%	33,3%	0%

**Taula 55. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Entre 10.001 i 20.000 habitants (9 municipis)	Foment de la salut infantil i dels adolescents	44,4%	0%	0%	22,2%	22,2%	0%
	Foment de la salut i família	55,6%	0%	0%	11,1%	11,1%	0%
	Foment de l'envelliment saludable	66,7%	0%	22,2%	11,1%	11,1%	11,1%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	22,2%	0%	0%	11,1%	0%	11,1%
	Foment de l'educació per la salut	33,3%	0%	0%	11,1%	0%	11,1%
Més de 20.000 habitants (8 municipis)	Foment de l'activitat física	100%	0%	87,5%	62,5%	37,5%	0%
	Foment de l'alimentació saludable	62,5%	0%	0%	0%	62,5%	12,5%
	Foment per la prevenció d'accidents	62,5%	0%	0%	0%	25%	12,5%
	Foment per la prevenció de violències	87,5%	0%	0%	12,5%	62,5%	0%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	75%	0%	25%	0%	87,5%	12,5%
	Foment de la salut bucodental	25%	0%	100%	0%	50%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	37,5%	0%	0%	0%	37,5%	12,5%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	62,5%	0%	12,5%	0%	75%	25%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	62,5%	0%	12,5%	0%	75%	12,5%
	Foment de la salut i família	37,5%	0%	0%	0%	50%	0%
	Foment de l'envelliment saludable	75%	0%	25%	0%	37,5%	25%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	75%	0%	0%	25%	12,5%	12,5%

**Taula 55. Percentatge de municipis que han rebut algun tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons grandària poblacional**

Grandària poblacional	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Més de 20.000 habitants (8municipis)	Foment de l'educació per la salut	50%	0%	37,5%	0%	50%	50%

Pel que fa a les diferències entre territoris, cal destacar que el volum d'activitats relacionades amb la promoció de la salut no és homogeni. Ressaltar novament la menor activitat a la comarca de la Cerdanya, tal i com succeeix en l'àmbit de protecció de la salut (taula 56).

**Taula 56. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Cerdanya (10 municipis)	Foment de l'activitat física	50%	0%	50%	20%	10%	0%
	Foment de l'alimentació saludable	30%	0%	30%	0%	0%	0%
	Foment per la prevenció d'accidents	30%	0%	0%	0%	10%	20%
	Foment per la prevenció de violències	10%	0%	0%	10%	10%	10%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	10%	0%	0%	10%	10%	0%
	Foment de la salut bucodental	20%	0%	50%	0%	0%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	10%	0%	0%	0%	10%	10%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	10%	0%	0%	20%	10%	10%
	Foment de la salut i família	20%	0%	0%	10%	10%	10%
	Foment de l'envelliment saludable	30%	0%	20%	0%	10%	10%



**Taula 56. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Cerdanya (10 municipis)	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	10%	0%	0%	10%	0%	10%
	Foment de l'educació per la salut	20%	0%	30%	0%	0%	10%
Ripollès (19 municipis)	Foment de l'activitat física	26,3%	0%	31,6%	21,1%	10,5%	0%
	Foment de l'alimentació saludable	5,3%	0%	10,5%	0%	5,3%	0%
	Foment per la prevenció d'accidents	10,5%	0%	5,3%	5,3%	15,8%	0%
	Foment per la prevenció de violències	15,8%	0%	0%	36,8%	15,8%	15,8%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	10,5%	0%	0%	36,8%	10,5%	10,5%
	Foment de la salut bucodental	0%	0%	47,4%	0%	10,5%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	0%	0%	0%	5,3%	5,3%	15,8%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	10,5%	0%	0%	26,3%	5,3%	5,3%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	10,5%	0%	0%	15,8%	5,3%	10,5%
	Foment de la salut i família	0%	0%	5,3%	10,5%	5,3%	10,5%
	Foment de l'envelliment saludable	31,6%	0%	10,5%	15,8%	0%	21,1%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	5,3%	0%	0%	15,8%	0%	15,8%
	Foment de l'educació per la salut	0%	0%	5,3%	0%	10,5%	10,5%
La Garrotxa (19 municipis)	Foment de l'activitat física	31,6%	0%	63,2%	15,8%	5,3%	0%
	Foment de l'alimentació saludable	15,8%	0%	15,8%	42,1%	21,1%	0%

**Taula 56. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
La Garrotxa (19 municipis)	Foment per la prevenció d'accidents	10,5%	0%	0%	0%	26,3%	0%
	Foment per la prevenció de violències	15,8%	0%	0%	10,5%	21,1%	0%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	21,1%	0%	0%	21,1%	10,5%	0%
	Foment de la salut bucodental	5,3%	0%	42,1%	5,3%	0%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	10,5%	0%	5,3%	5,3%	0%	0%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	15,8%	0%	0%	10,5%	0%	0%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	21,1%	0%	0%	26,3%	0%	0%
	Foment de la salut i família	21,1%	0%	10,5%	5,3%	5,3%	0%
	Foment de l'envelliment saludable	36,8%	0%	26,3%	10,5%	5,3%	0%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	15,8%	0%	5,3%	21,1%	5,3%	0%
	Foment de l'educació per la salut	15,8%	0%	36,8%	5,3%	5,3%	0%
Alt Empordà (61 municipis)	Foment de l'activitat física	50,8%	0%	55,7%	54,1%	0%	9,8%
	Foment de l'alimentació saludable	21,3%	0%	9,8%	8,2%	4,9%	8,2%
	Foment per la prevenció d'accidents	6,6%	0%	1,6%	1,6%	6,6%	4,9%
	Foment per la prevenció de violències	6,6%	0%	0%	19,7%	13,1%	0%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	6,6%	0%	1,6%	21,3%	11,5%	4,9%
	Foment de la salut bucodental	3,3%	0%	63,9%	0%	19,7%	1,6%

**Taula 56. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Alt Empordà  (61 municipis)	Foment de la salut mental i psicosocial	6,6%	0%	1,6%	6,6%	3,3%	1,6%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	3,3%	0%	0%	4,9%	8,2%	0%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	8,2%	0%	1,6%	4,9%	11,5%	4,9%
	Foment de la salut i família	8,2%	0%	1,6%	6,6%	13,1%	4,9%
	Foment de l'envelliment saludable	36,1%	0%	18%	41%	6,6%	9,8%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	9,8%	0%	0%	11,5%	6,6%	3,3%
	Foment de l'educació per la salut	6,6%	0%	11,5%	1,6%	4,9%	9,8%
La Selva  (22 municipis)	Foment de l'activitat física	77,3%	0%	63,6%	40,9%	9,1%	13,6%
	Foment de l'alimentació saludable	36,4%	0%	31,8%	9,1%	22,7%	13,6%
	Foment per la prevenció d'accidents	36,4%	0%	0%	13,6%	9,1%	0%
	Foment per la prevenció de violències	40,9%	0%	0%	36,4%	13,6%	4,5%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	27,3%	0%	4,5%	22,7%	27,3%	4,5%
	Foment de la salut bucodental	4,5%	0%	81,8%	0%	18,2%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	22,7%	0%	4,5%	0%	13,6%	18,2%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	13,6%	0%	0%	9,1%	18,2%	9,1%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	13,6%	0%	4,5%	0%	27,3%	13,6%
	Foment de la salut i família	18,2%	0%	4,5%	0%	22,7%	13,6%

**Taula 56. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
La Selva (22 municipis)	Foment de l'envelliment saludable	36,4%	0%	13,6%	4,5%	18,2%	18,2%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	18,2%	0%	4,5%	18,2%	18,2%	4,5%
	Foment de l'educació per la salut	18,2%	0%	18,2%	0,0%	9,1%	31,8%
Gironès (25 municipis)	Foment de l'activitat física	64%	0%	52%	28%	8%	12%
	Foment de l'alimentació saludable	36%	0%	16%	0%	28%	12%
	Foment per la prevenció d'accidents	20%	0%	0%	4%	12%	12%
	Foment per la prevenció de violències	28%	0%	0%	8%	12%	8%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	28%	0%	4%	4%	24%	12%
	Foment de la salut bucodental	8%	0%	60%	0%	12%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	20%	0%	0%	8%	12%	8%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	24%	0%	4%	4%	16%	8%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	36%	0%	4%	4%	16%	4%
	Foment de la salut i família	28%	0%	0%	4%	8%	8%
	Foment de l'envelliment saludable	40%	0%	16%	24%	8%	8%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	20%	0%	4%	12%	12%	12%
	Foment de l'educació per la salut	20%	0%	8%	8%	12%	36%

**Taula 56. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Pla de l'Estany (11 municipis)	Foment de l'activitat física	45,5%	0%	63,6%	36,4%	9,1%	0%
	Foment de l'alimentació saludable	18,2%	0%	18,2%	0%	9,1%	0%
	Foment per la prevenció d'accidents	27,3%	0%	0,0%	0%	9,1%	0%
	Foment per la prevenció de violències	18,2%	0%	0,0%	36,4%	18,2%	0%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	18,2%	0%	9,1%	36,4%	18,2%	0%
	Foment de la salut bucodental	0%	0%	72,7%	0%	9,1%	9,1%
	Foment de la salut mental i psicosocial	9,1%	0%	0%	27,3%	0%	0%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	9,1%	0%	0%	9,1%	0%	0%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	9,1%	0%	0%	18,2%	0%	0%
	Foment de la salut i família	18,2%	0%	0%	9,1%	0%	0%
	Foment de l'envelliment saludable	27,3%	0%	18,2%	27,3%	0%	0%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	18,2%	0%	0%	27,3%	0%	0%
	Foment de l'educació per la salut	9,1%	0%	18,2%	0%	0%	18,2%
	Baix Empordà (34 municipis)	Foment de l'activitat física	50%	2,9%	52,9%	17,6%	0%
Foment de l'alimentació saludable		29,4%	0%	20,6%	5,9%	8,8%	5,9%
Foment per la prevenció d'accidents		8,8%	0%	0%	8,8%	11,8%	2,9%
Foment per la prevenció de violències		23,5%	3%	0%	29,4%	14,7%	0%

**Taula 56. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Baix Empordà (34 municipis)	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	14,7%	2,9%	2,9%	20,6%	8,8%	2,9%
	Foment de la salut bucodental	8,8%	0%	50%	0%	17,6%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	11,8%	2,9%	0%	11,8%	2,9%	2,9%
	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	14,7%	2,9%	0%	14,7%	5,9%	2,9%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	14,7%	2,9%	0%	14,7%	8,8%	2,9%
	Foment de la salut i família	11,8%	2,9%	0%	11,8%	8,8%	0%
	Foment de l'envelliment saludable	32,4%	2,9%	2,9%	8,8%	11,8%	8,8%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	29,4%	2,9%	0%	23,5%	2,9%	2,9%
	Foment de l'educació per la salut	14,7%	0%	11,8%	2,9%	8,8%	2,9%
Osona (3 municipis)	Foment de l'activitat física	66,7%	0%	0%	0%	0%	0%
	Foment de l'alimentació saludable	0%	0%	100%	0%	0%	33,3%
	Foment per la prevenció d'accidents	33,3%	0%	33,3%	0%	0%	0%
	Foment per la prevenció de violències	66,7%	0%	0%	0%	0%	0%
	Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	33,3%	0%	0%	0%	0%	0%
	Foment de la salut bucodental	0%	0%	33,3%	0%	0%	0%
	Foment de la salut mental i psicosocial	0%	0%	0%	0%	0%	0%

**Taula 56. Percentatge de municipis que han rebut alguns tipus de suport en temes de promoció de cadascun dels ens segons comarca**

Comarca	Ens públic	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Osona (3 municipis)	Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Foment de la salut infantil i dels adolescents	0%	0%	0%	33,3%	0%	0%
	Foment de la salut i família	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Foment de l'envelliment saludable	33,3%	0%	33,3%	33,3%	0%	0%
	Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	0%	0%	0%	33,3%	0%	0%
	Foment de l'educació per la salut	0%	0%	33,3%	0%	0%	0%

Pel que fa a la protecció de la salut, Dipsalut esdevé l'ens de referència per les activitats de control de la legionel·losi, aigües de consum humà, aigües de lleure, salubritat de les platges i gestió de plagues. Per la seva banda, la Generalitat és referent en activitats d'alimentació i restauració col·lectiva. Els consells comarcals destaquen en el suport a la gestió dels riscos derivats dels animals domèstics.

En promoció de la salut, els diferents actors destaquen en aquells àmbits pels quals han desenvolupat programes específics.

**Taula 57. Principals suports dels ajuntaments respecte tipus d'activitat que ofereixen\***

	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Protecció	N=205	N=215	N=215	N=214	N=213	N=213
Prevençió de legionel·losi	39%	0,5%	68,8%	8,9%	12,7%	0,5%
Control Sanitari d'aigües de consum humà	61,5%	0,5%	70,7%	8,4%	18,8%	26,3%
Control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència	6,3%	0%	1,9%	3,7%	51,2%	1,4%
Control d'aigües de lleure	21%	0,5%	61,9%	6,5%	2,8%	3,3%
Control de salubritat de les platges**	55,0%	0%	100,0%	0%	40%	5,0%
Control sanitari d'establiments de pràctiques de tatuatge micropigmentació i pírcing	1,5%	0%	0%	0%	5,6%	1,4%

**Taula 57. Principals suports dels ajuntaments respecte tipus d'activitat que ofereixen\***

	Recursos propis	Un altre Ajuntament	Dipsalut-Diputació	Consell Comarcal	Generalitat de Catalunya	Altres suports
Control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació	8,8%	0%	4,7%	8,9%	40,4%	0,9%
Control sanitari de restauració col·lectiva comercial	4,9%	0%	0%	8,9%	53,5%	0,9%
Control sanitari de restauració col·lectiva social	5,4%	0%	0%	4,7%	48,8%	0,9%
Control sanitari de mercats sedentaris i ambulants	3,4%	0%	0,5%	1,4%	7,5%	0,9%
Control del transport interurbà de mercaderies i d'alimentació	0%	0%	0%	0%	4,2%	0,5%
Control i gestió de les plagues	53,2%	0,9%	59,5%	7,5%	4,7%	8,5%
Control d'animals periodomèstics	39,0%	0,5%	34,9%	0,5%	0,5%	5,6%
Control del risc derivat d'animals domèstics	31,2%	0,5%	0,9%	51,9%	3,3%	4,2%
Gestió de queixes i denúncies	75,6%	1,4%	2,8%	10,3%	5,6%	1,9%
Altres activitats	1%	0%	0%	0,5%	0%	0%
Promoció	N=204	N=204	N=204	N=204	N=204	N=204
Foment de l'activitat física	51%	0,5%	53,4%	33,3%	4,4%	6,9%
Foment de l'alimentació saludable	24%	0%	18,1%	8,3%	11,8%	6,9%
Foment per la prevenció d'accidents	15,2%	0%	1,5%	4,4%	11,3%	4,4%
Foment per la prevenció de violències	19,1%	0,5%	0%	22,5%	14,2%	3,4%
Foment per la prevenció de l'ús/abús de drogues	15,7%	0,5%	2,5%	20,6%	14,2%	4,9%
Foment de la salut bucodental	5,4%	0%	58,8%	0,5%	13,7%	1%
Foment de la salut mental i psicosocial	10,3%	0,5%	1,5%	7,4%	4,9%	5,4%
Foment de la salut afectiva, sexual i reproductiva	11,3%	0,5%	0,5%	9,3%	8,3%	3,4%
Foment de la salut infantil i dels adolescents	14,7%	0,5%	1,5%	10,8%	10,8%	5,4%
Foment de la salut i família	13,7%	0,5%	2,5%	6,9%	10,3%	5,4%
Foment de l'envelliment saludable	34,8%	0,5%	15,2%	21,6%	7,8%	9,8%
Foment de l'atenció de col·lectius vulnerables	15,7%	0,5%	1,5%	16,7%	6,4%	5,4%
Foment de l'educació per la salut	11,8%	0,0%	15,2%	2,5%	6,9%	13,7%

\*Per exemple, la pregunta era: Ha rebut suport de la Generalitat de Catalunya per a qualsevol de les següents activitats? Per tant, els ajuntaments poden haver rebut suport d'un o més organismes per a cadascuna de les activitats.

\*\* En el cas del control de salubritat de les platges, n=20.



Un cop presentades les taules, és rellevant destacar els següents aspectes. En els àmbits de col·laboració dels municipis amb altres administracions que se circumscriu, bàsicament, al finançament d'activitats, formació, assessorament i suport tècnic, prestació de serveis i materials de difusió, s'observa que les principals administracions que col·laboren amb els municipis en l'àmbit de la salut pública a la demarcació són Dipsalut-Diputació, Consells Comarcals, la Generalitat de Catalunya, així com, amb menor freqüència mancomunitats i consorcis. En aquest sentit, cal tenir en compte que un municipi es pot adreçar a diverses administracions per un mateix concepte.

Els resultats ens mostren que Dipsalut- Diputació és la principal font de finançament dels municipis gironins en tots els trams poblacionals i a totes les comarques. Un 85% n'ha rebut finançament. La Generalitat de Catalunya és la segona administració de referència; ha facilitat algun tipus de finançament a un 16% dels municipis.

També en l'àmbit de formació, Dipsalut és de nou l'ens més concorregut; un 65% dels municipis afirmen haver rebut aquest servei, seguit dels Consells Comarcals i la Generalitat de Catalunya, amb uns valors d'un 5% i un 3%, respectivament.

Els resultats mostren que per rebre assessorament i suport tècnic, el 80% dels municipis s'adreça a Dipsalut. En aquest cas, cal ressaltar l'important paper de la Generalitat i els consells comarcals, amb valors del 26% i el 22%, respectivament. De nou, el Consell Comarcal destaca en municipis de pocs habitants i sobretot a la comarca de la Garrotxa; i, en canvi, la Generalitat, a les poblacions grans. Pel que fa a la demanda de provisió de serveis de naturalesa tècnica, els resultats assenyalen Dipsalut com l'administració que presta servei a més municipis: el 88% se n'ha beneficiat. D'altra banda, un 48% dels municipis afirma rebre serveis dels Consells Comarcals, i un 30% de la Generalitat de Catalunya. Els resultats situen també Dipsalut com a ens de referència en la provisió materials de difusió; un 77% dels municipis han rebut algun material, seguit de la Generalitat, amb un 18%, majoritàriament municipis grans, i el Consell Comarcal, amb un 15%.

Els resultats mostren que l'ens Dipsalut té un paper clau en el món de la salut municipal a l'àmbit territorial analitzat, ja que gairebé tots els municipis (98,6%) han rebut alguna vegada algun tipus de suport/ajuda d'aquest organisme. D'altra banda, la meitat dels municipis alguna vegada ha rebut algun suport de la Generalitat o del Consell Comarcal (55 i 56%, respectivament). Aquesta tendència se segueix a tots els trams municipals i a totes les comarques. Les dades contrasten amb les de la Fundació Pi i Sunyer (2016), que indiquen que un 94,2% dels municipis ha rebut suport de la Diputació, un 93,2% de la Generalitat de Catalunya i un 38,8% del Consell Comarcal, respectivament.

Pel que fa a la protecció de la salut, les activitats més desenvolupades per part dels municipis són, per aquest ordre, el control de l'aigua de consum humà, el control i la gestió de plagues, la prevenció de legionel·losi, el control del risc derivat d'ani-

mals domèstics, el control d'aigües de lleure, el control sanitari de restauració col·lectiva comercial, el control sanitari d'establiments minoristes d'alimentació, el control de les condicions higièniques i de salubritat de llocs de convivència i el control sanitari de restauració col·lectiva social. El 46% dels municipis gironins afirma que fa control d'animals peridomèstics i un 11% control sanitari de mercats sedentaris i ambulants. Aquests resultats no permeten analitzar nivells d'acompliment atès que no existeix un registre o cens amb la informació dels objectes de risc sobre els quals cal actuar.

En relació als micromunicipis, s'observa que en general tots els percentatges són més baixos, és a dir, es redueix el nombre de municipis que ofereixen els serveis mínims obligatoris, majoritàriament a causa de la inexistència d'objectes de risc sobre els quals actuar. Els municipis de 500 a 1.000 habitants segueixen els valors descrits anteriorment. En canvi, en els municipis de més de 1.000 habitants, la tipologia de serveis mínims desenvolupats és superior.

Pel que fa a la promoció de la salut, tot i que no formen part de les competències obligatòries dels ajuntaments, el 80% dels municipis declaren fer una o més activitats de promoció de la salut. Les principals activitats de promoció de la salut dutes a terme pels ens locals són, per ordre de rellevància, el foment de l'activitat física (80%), el foment de la salut bucodental (64%), el foment de l'envelliment saludable (56%) i el foment de l'alimentació saludable (49,5%). S'observa que, com més grandària poblacional, més serveis i activitats ofereixen els municipis, i tots els percentatges es veuen incrementats.

Un 78% dels municipis s'adreça com a primera opció a Dipsalut, el qual esdevé l'ens de suport de referència per a la majoria de municipis de fins a 20.000 habitants. A partir d'aquesta mida poblacional, l'ens de referència és la Generalitat de Catalunya. Aquestes dades contrasten amb les de l'estudi de Pano i Viñas (2011); on l'ens Diputació i l'ens Generalitat de Catalunya pel que fa a l'ens de referència en temes de promoció de la salut al que s'adrecen els municipis tenen uns valors de 34% i 19,5%, respectivament.

### **3.1.3 Mecanismes de coordinació, planificació i participació**

L'impacte de les polítiques de salut pública, així com els resultats dels serveis i les activitats que la concreten, són visibles a mig termini. Així doncs, l'eficàcia d'aquestes polítiques està molt lligada a la planificació de les seves activitats i a la coordinació d'aquestes en el context de les organitzacions que les executen atesa la seva naturalesa multidisciplinària.

A continuació s'analitza, d'una banda, l'aproximació dels municipis als instruments de coordinació i planificació vinculats a la definició i execució de les polítiques i activitats de salut pública. D'altra banda, s'analitza l'existència de mecanismes de participació

ciutadana i de relació amb el tercer sector que contribueixen a la definició de les iniciatives de salut pública i a l'assoliment dels seus objectius.

### 3.1.3.1 Coordinació i planificació.

Gairebé la totalitat dels municipis gironins (el 95%) afirma que les polítiques municipals de salut pública depenen de les estratègies d'altres entitats governamentals; sobretot en municipis de menys de 10.000 habitants (taules 58 i 59).

Aquestes dades permeten entendre la vinculació dels municipis a les administracions superiors, que actuen de forma coordinada com a xarxes institucionals de suport a l'execució de les activitats de salut pública de les quals es valen els ajuntaments per dur a terme les seves obligacions.

<b>Taula 58. Les polítiques municipals de salut pública depenen de les estratègies o el suport d'altres entitats governamentals</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	102	50
Bastant d'acord	92	45,1
Poc d'acord	10	4,9
Gens d'acord	0	0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

<b>Taula 59. Les polítiques municipals de salut pública depenen de les estratègies o el suport d'altres entitats governamentals (resposta segons grandària poblacional)</b>			
<b>Grandària poblacional</b>	<b>Suport</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants	Molt d'acord	39	49,4
	Bastant d'acord	36	45,6
	Poc d'acord	4	5,1
	<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>
Entre 501 i 1.000 habitants	Molt d'acord	22	52
	Bastant d'acord	18	43
	Poc d'acord	2	5
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Molt d'acord	28	53
	Bastant d'acord	24	45
	Poc d'acord	1	2
	<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Taula 59. Les polítiques municipals de salut pública depenen de les estratègies o el suport d'altres entitats governamentals (resposta segons grandària poblacional)**

Grandària poblacional	Suport	Freqüència	Percentatge
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Molt d'acord	8	61,5
	Bastant d'acord	5	38,5
	Poc d'acord	0	0
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Molt d'acord	3	33,3
	Bastant d'acord	4	44,4
	Poc d'acord	2	22,2
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Més de 20.000 habitants	Molt d'acord	2	25
	Bastant d'acord	5	62,5
	Poc d'acord	1	12,5
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

La visió de la salut pública com a disciplina interdepartamental va guanyant pes en les decisions d'electes i tècnics. La taula 60 mostra que més de la meitat dels municipis reconeixen incorporar l'òptica de la de salut pública en les seves polítiques.

Això és atribuïble a les dinàmiques de treball transversal i coordinació existents en la majoria de municipis consultats i que faciliten el treball i visió interdepartamental, fet que beneficia els serveis i activitats de naturalesa multidisciplinària. Així doncs, més del 60% dels ajuntaments declara una coordinació adequada entre els diferents nivells de govern (taula 61).

**Taula 60. La resta de departaments municipals tenen en compte la salut pública en les seves polítiques**

	Freqüència	Percentatge
Molt d'acord	22	11,8
Bastant d'acord	91	48,7
Poc d'acord	63	33,7
Gens d'acord	11	5,9
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

**Taula 61. Hi ha coordinació adequada entre els diferents nivells de govern pel que fa a les actuacions en salut pública**

	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	27	13,2
Bastant d'acord	104	50,7
Poc d'acord	64	31,2
Gens d'acord	10	4,9
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

El 61% dels ajuntaments afirma que treballen habitualment de forma transversal i coordinada els temes de salut pública, mentre un terç (32%) admet que no hi ha suficient coordinació (taula 62).

**Taula 62. Les estructures de l'ajuntament treballen habitualment de forma transversal i coordinada en temes de salut pública**

	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	28	14,8
Bastant d'acord	88	46,6
Poc d'acord	61	32,3
Gens d'acord	12	6,3
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100</b>

Les corporacions locals han incorporat les activitats de salut pública a la planificació i serveis municipals en la seva vessant més operativa, però el 75% afirma no tenir prou recursos i eines per detectar les noves necessitats en matèria de salut pública (taula 63), i tampoc, no hi ha idees innovadores per afrontar els nous reptes que planteja la salut pública, com mostra la taula 64. Aquestes afirmacions contribueixen a reforçar el paper de les administracions superiors a l'hora de planificar i anticipar-se als nous reptes i necessitats; és a dir, a liderar la definició de les polítiques de salut pública municipal.

**Taula 63. L'ajuntament té recursos i eines per a detectar les noves necessitats en matèria de salut pública**

	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	9	4,3
Bastant d'acord	43	20,7
Poc d'acord	106	51
Gens d'acord	50	24
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

**Taula 64. Hi ha idees innovadores per a afrontar els nous reptes que planteja la salut pública**

	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	8	3,9
Bastant d'acord	47	23,2
Poc d'acord	112	55,2
Gens d'acord	36	17,7
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Les activitats de salut pública requereixen, per part del municipi, un compromís bàsic de recursos i la capacitat del personal municipal en aplicacions de productes i manipulacions de tecnologies vinculades a les activitats de protecció de la salut.

D'una banda, més de la meitat dels municipis afirma tenir recursos humans compromesos en les activitats de salut pública (Taula 66); però alhora, de l'altra, la meitat reconeix la manca d'actualització de la seva formació periòdica (taula 65).

**Taula 65. Els recursos humans de l'ajuntament que treballen en temes vinculats a la salut pública actualitzen la seva formació periòdicament**

	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	9	5,1
Bastant d'acord	72	40,7
Poc d'acord	58	32,8
Gens d'acord	38	21,5
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100</b>

**Taula 66. Als darrers anys, els recursos que l'ajuntament destina a la salut pública s'han incrementat de manera proporcional a les necessitats de la salut pública**

	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	14	7
Bastant d'acord	95	47,5
Poc d'acord	61	30,5
Gens d'acord	30	15
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

El 61% dels consistoris afirma que hi ha un acord entre els partits amb representació al ple que dona continuïtat a la política de salut pública, tal i com es descriu a la taula 67. Un pacte o acord polític que transcendeixi la legislatura i promogui la continuïtat de les polítiques és l'escenari més favorable per garantir l'eficàcia de les actuacions de salut pública.

Si bé la major part (el 60%) dels ajuntaments creu que els reptes més importants en salut pública estan actualment inclosos a l'agenda política, cal destacar que un significatiu 40% no comparteix aquesta afirmació (taula 68).

<b>Taula 67. Hi ha un acord polític que dóna continuïtat a la política de salut pública</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	23	11,8
Bastant d'acord	96	49,2
Poc d'acord	52	26,7
Gens d'acord	24	12,3
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

<b>Taula 68. Els reptes més importants que es plantegen en salut pública estan inclosos a l'agenda política</b>		
	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	23	11,4
Bastant d'acord	96	47,5
Poc d'acord	64	31,7
Gens d'acord	19	9,4
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

### **3.1.3.2 Participació i tercer sector.**

La participació ciutadana en la definició de polítiques públiques i projectes de diferent naturalesa, ha estat una fórmula recurrent d'alguns municipis per assolir donar veu als ciutadans i entitats en la configuració de polítiques i projectes de transcendència i que requereixen de les màximes complicitats.

Més present a mesura que incrementa el volum poblacional del municipi, la participació es pot estructurar de diferents formes (processos participatius puntuals, òrgans i consells ciutadans amb funcions consultives, ...) i pot concernir a ciutadans individuals o a col·lectius organitzats (associacions i entitats, entre d'altres).

El 23% dels municipis afirma tenir algun òrgan participatiu en l'àmbit de la salut pública o bé en forma part d'algun de naturalesa supramunicipal (comarcal, de regió sanitària, d'àrea bàsica de salut, etc). La resposta afirmativa incrementa a mesura que augmenta el nombre d'habitants del municipi (taula 69 i 70).

**Taula 69. L'ajuntament disposa o participa en algun òrgan participatiu municipal o supramunicipal de salut pública**

	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Sí	47	22,9
No	158	77,1
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

**Taula 70. L'ajuntament disposa o participa en algun òrgan participatiu municipal o supramunicipal de salut pública (segons tram poblacional)**

<b>Grandària poblacional</b>	<b>Suport</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Menys de 500 habitants	Sí	14	17,7
	No	65	82,3
	<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>
Entre 501 i 1.000 habitants	Sí	8	19
	No	35	81
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Sí	13	24
	No	41	76
	<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Sí	6	46,2
	No	7	53,8
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Sí	3	33,3
	No	6	66,7
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Més de 20.000 habitants	Sí	3	42,9
	No	4	57,1
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Prop del 80% dels municipis considera que no hi ha associacions o entitats relacionades específicament amb temes o activitats de salut pública (taula 71) i podria explicar-se pel volum poblacional de la majoria dels municipis de la mostra.

En grans municipis i ciutats es fa evident l'existència d'associacions i entitats vinculades a àmbits propis de la salut pública. L'existència d'aquestes entitats condiciona els resultats que es recullen a la taula 72, on s'indica que a major volum poblacional, més consistoris ajuden a entitats amb activitats vinculades a la salut pública.



**Taula 71. En el municipi hi ha associacions o entitats vinculades específicament en temes de salut pública?**

	Freqüència	Percentatge
Sí	43	20,3
No	169	79,7
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Taula 72. L'ajuntament ha realitzat algun tipus de suport econòmic a les entitats o associacions vinculades amb la salut pública local durant el darrer any (segons tram poblacional)**

Grandària poblacional	Suport	Freqüència	Percentatge
Menys de 500 habitants	Sí	10	24,4
	No	31	75,6
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
Entre 501 i 1.000 habitants	Sí	5	19
	No	21	81
	<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
Entre 1.001 i 5.000 habitants	Sí	22	65
	No	12	35
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Entre 5.001 i 10.000 habitants	Sí	7	77,8
	No	2	22,2
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Entre 10.001 i 20.000 habitants	Sí	5	55,6
	No	4	44,4
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Més de 20.000 habitants	Sí	6	100,0
	No	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Cal destacar que en més del 35% dels casos els ajuntaments diuen que el tercer sector s'integra en activitats de salut pública (taula 73). Aquesta dada és complementària a la dels municipis que afirmen l'existència d'entitats en l'àmbit de la salut pública (vist a la taula 71); en concreta el nivell d'implicació.

**Taula 73. El tercer sector intervé de manera activa en les actuacions relacionades amb salut pública**

	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	7	4
Bastant d'acord	59	34,1
Poc d'acord	67	38,7
Gens d'acord	40	23,1
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>

Pel que fa a la implicació (Taula 74), 73 ajuntaments diuen estar d'acord amb l'afirmació que els ciutadans s'impliquen amb les activitats de salut pública.

**Taula 74. Els ciutadans no organitzats s'impliquen en les actuacions en matèria de salut pública de l'ajuntament**

	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge</b>
Molt d'acord	12	6
Bastant d'acord	61	30,3
Poc d'acord	85	42,3
Gens d'acord	43	21,4
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

Els resultats mostren que el 95 % dels municipis gironins afirma que les polítiques municipals de salut pública depenen de les estratègies d'altres entitats governamentals, sobretot en municipis de menys de 10.000 habitants.

Més de la meitat dels municipis reconeix incorporar l'òptica de la salut pública en les seves polítiques; i més del 60 % dels ajuntaments declara una coordinació adequada entre els diferents àmbits del govern.

El 75 % afirma no tenir prou recursos i eines per detectar les noves necessitats en matèria de salut pública, una resposta generalitzada en tots els trams poblacionals, i no identifiquen idees innovadores per afrontar els nous reptes que planteja la salut pública.

Si bé la major part -60 %- dels ajuntaments creu que els reptes més importants en salut pública estan actualment inclosos a l'agenda política, cal destacar que un significatiu 40 % no comparteix aquesta afirmació.

Segons els resultats, 23 % dels municipis tenen algun òrgan participatiu en l'àmbit de la salut pública o bé formen part d'algun de naturalesa supramunicipal (comarcal, de regió sanitària, d'àrea bàsica de salut, etc.). La resposta afirmativa incrementa a mesura que augmenta el nombre d'habitants del municipi.

Prop del 80 % dels municipis considera que no hi ha associacions o entitats locals relacionades específicament amb temes o activitats vinculades amb la salut pública.

Cal destacar que en més del 35 % dels casos els ajuntaments afirma que el tercer sector s'integra en activitats de salut pública i 73 ajuntaments diuen estar d'acord amb l'afirmació que els ciutadans s'impliquen amb les activitats de salut pública.

## **3.2 Anàlisi de les col·laboracions interadministratives en la gestió des les competències mínimes de la salut pública en municipis menors de 10.000 habitants**

La llei 18/2009 de salut pública de Catalunya que regula i organitza la prestació de serveis i activitats de salut pública, reserva per a l'administració local una relació de competències mínimes en l'àmbit de la protecció de la salut. La desigual capacitat dels ajuntaments per al desenvolupament d'aquestes competències ha suposat la intervenció d'administracions intermèdies i superiors.

Fins ara, els estudis publicats a Espanya sobre la provisió de serveis de salut pública de competència municipal han utilitzat mostres poblacionals de municipis de més de 10.000 habitants. El primer text de referència és el desenvolupat per Líndez et al. . Segueixen a aquest treball el del 2004 de la Diputació de Barcelona , el coordinat per Llebaria el 2010 i, el 2011, un nou estudi de la Diputació de Barcelona, coordinat per Pano i Viñas . Aquest últim propicia la creació del "panel de polítiques públiques de salut pública de Catalunya", presentat el 2012 per la Fundació Pi Sunyer amb la col·laboració de la Diputació de Barcelona, amb una segona onada desenvolupada d'octubre a desembre del 2016.

Aquesta anàlisi contribueix a la literatura en l'àmbit de la gestió de la salut pública a Espanya analitzant les col·laboracions en la gestió de la provisió dels serveis i activitats de competència municipal a la província de Girona, incloent-hi a municipis amb menys de 10.000 habitants.

Es treballa amb dades obtingudes mitjançant un qüestionari basat en el de l'estudi de la Diputació de Barcelona 2011, presentat i descrit al capítol de metodologia d'aquesta tesi. Per a la variable analitzada es va obtenir resposta vàlida a el 93,7% dels municipis de l'univers d'estudi, constituït per la totalitat dels municipis (221) de la província de Girona.

L'ens de referència majoritari al qual afirmen dirigir-se els ajuntaments de la mostra per obtenir assistència en el desenvolupament de les activitats de protecció de la salut és la Diputació de Girona, a través del seu organisme autònom Dipsalut (75%). El 16,3% es dirigeixen a la Generalitat de Catalunya i el 8,7% als consells comarcals.

**Ens de referència segons tram poblacional** Una anàlisi més detallada ens mostra com el valor de les interaccions dels municipis de la mostra amb els diferents ens pot

variar en funció del tram poblacional (Taula 75).

**Taula 75. Ens de referència en les col·laboracions inter-administratives per a activitats de protecció de la salut segons tram poblacional**

Ens de referència	Menys de 500 hab. (n = 81)		De 501 a 1.000 hab. (n = 41)		de 1.001 a 5.000 habitants. (N = 56)		de 5.001 a 10.000 hab. (n = 13)		de 10.001 a 20.000 h. (n = 9)		més de 20.000 hab. (n = 7)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Diputació	54	66,7	35	85,4	45	80,4	12	92,3	7	77,8	3	42,8
Generalitat de Catalunya	20	24,7	1	2,4	6	10,7	1	7,7	2	22,2	4	57,2
Consell Comarcal	7	8,6	5	12,2	5	8,9	0	0	0	0	0	0

*n = 207 (respostes vàlides per a aquesta variable)*

En tots els trams per a municipis menors de 10.000 habitants, la Diputació és clarament l'ens de referència majoritari, seguit de la Generalitat. El tradicional paper d'assistència i proximitat de les Diputacions als municipis en una gran varietat d'àmbits podria explicar aquesta preferència.

En el següent tram -municipis entre 10.001 i 20.000 habitants- s'observa un canvi de tendència; la Generalitat guanya pes (representa un 22%) respecte a trams immediatament precedents, per consolidar-se en l'últim tram (més de 20.000 habitants) on es converteix en ens de referència (57,2%), seguit de la Diputació (42,8%).

La complexitat i intensitat de les activitats de salut pública en entorns urbans d'alta densitat poden explicar que els municipis més grans de població tendeixin a relacionar-se amb la Generalitat de Catalunya, donada la major tecnificació de les seves estructures.

La comparació entre municipis de menys i més de 10.000 habitants (Taula 76) mostra una diferència estadísticament significativa.

**Taula 76. Associació entre l'ens de referència en les col·laboracions interadministratives per a activitats de protecció de la salut i el tram poblacional**

Trams de població	Consell Comarcal OR (95% IC)	Generalitat de Catalunya OR (95% IC)
tram poblacional (respecte municipis de menys de 10.000 hab.)		
10.000 o menys habitants	1	1,0
més de 10.000 habitants	0,9 (0,82, 0,99)	1,24 (1,12, 1,37) **

OR: ODDS Ratio obtingudes mitjançant dues regressions logístiques sent les variables dependents: Ens de referència: Consell Comarcal (1 o 0 atre cas) i Ens de referència: Generalitat de Catalunya (1 i 0 atre cas) i les independents: Tram poblacional (10.000 o menys habitants - categoria de referència i més ed 10.000 habitants)

IC: Interval de confiança

\*\* Diferències significatives al 95% \* Diferències significatives al 90% (test de Wald, distribuït com una chi-quadrat amb un grau de llibertat, Hipòtesi nul·la: no hi ha diferència entre l'OR i la unitat)

En particular, s'observa que en els municipis de més de 10.000 habitants hi ha una probabilitat un 24% més gran que es triï a la Generalitat com a ens de referència en lloc de la Diputació (Odds Ratio -OR 1,24; Interval de Confiança -IC 95% 1,12-1,37).

D'altra banda, el tram poblacional no és significatiu per explicar l'elecció del Consell Comarcal com a ens preferent en relació a triar a la Diputació ( $P = 0,284$ ). Les dades analitzades suggereixen que la mida poblacional pot influir significativament en l'elecció de l'ens de referència per part dels ajuntaments.

Els resultats identifiquen diferències significatives entre l'ens de referència al qual es dirigeixen els municipis i la mida poblacional d'aquests segons tinguin més o menys de 10.000 habitants. En el cas d'aquests últims, l'ens de referència és la Diputació.

Aquestes dades contrasten amb les obtingudes en estudis anteriors, els resultats dels quals identifiquen a l'administració autonòmica com a principal ens de referència, seguida de l'ens Diputació i el Consell Comarcal, sent els seus universos els municipis de Catalunya de més de 10.000 habitants.

Aquesta anàlisi presenta una limitació clara: l'àmbit geogràfic de la mostra pot condicionar els resultats atès que la Diputació de Girona ha estat proactiva en l'assistència als municipis en aquesta matèria. Seria interessant realitzar estudis semblants que incloguessin municipis d'un àmbit territorial més ampli.

### **3.3 Anàlisi de la influència de la grandària poblacional i de variables organitzatives d'un ajuntament en la promoció de la salut**

Aquest apartat pretén analitzar quines característiques poblacionals i variables organitzatives político-tècniques d'un ajuntament poden influir en el desenvolupament d'activitats i programes locals de promoció de la salut.

La carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut va plantejar un nou enfocament en considerar que la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia són aspectes clau dels sistemes d'atenció sanitària. La carta defensa que la salut ve condicionada per factors socials i col·lectius quotidians, o determinants socials de la salut. Des de la seva publicació el 1986, aquest enfocament ve tenint un impacte considerable en les estratègies de salut pública a nivell internacional, que passen a reconèixer que el desenvolupament d'una política de salut eficaç ha de tenir una naturalesa transversal i abastar diferents àmbits: habitatge, urbanisme, educació, cultura i medi ambient, entre d'altres.

#### ***Els municipis: actors clau per a les estratègies estatals i regionals de promoció de la salut***

Davant d'aquest canvi de paradigma, les administracions locals es converteixen en un

dels actors clau de les polítiques de promoció de la salut. En aquest sentit, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va impulsar la creació de la Xarxa Europea de Ciutats Saludables, que va donar lloc, a Espanya el 1988, a la creació de la Xarxa Espanyola de Ciutats Saludables (RECS). La missió de la RECS és ajudar els municipis en l'aplicació i avaluació de polítiques i models de promoció i protecció de la salut. La RECS compta actualment amb l'adhesió de 157 ajuntaments, representant a més del 40% de la població espanyola.

Així mateix, l'administració local ha estat considerada un actor indispensable en l' "Estratègia de promoció de la salut i prevenció" del Sistema Nacional de Salut (SNS), aprovada pel govern espanyol el 2013. Es tracta d'una estratègia centrada en fomentar la salut i el benestar de la població promovent estils de vida saludables i que integra aspectes de diferents plans governamentals. El seu desenvolupament requereix la participació de múltiples agents públics i privats, destacant entre ells, els ajuntaments. Així doncs, l'estratègia fixa en els plans de desenvolupament local una de les seves prioritats de treball, per coordinar i potenciar els recursos comunitaris per a la promoció d'estils de vida saludables. Per a això es va presentar, el 2015, la Guia per a la implementació local de l'Estratègia de promoció de la salut i prevenció de l'SNS, que promou l'adhesió dels municipis i ciutats a l'estratègia i pretén influir en l'acció dels governs municipals atès que la llei només preveu que els municipis desenvolupin programes i activitats de promoció de la salut de forma voluntària. Durant el primer semestre del 2016, 68 municipis i ciutats espanyoles s'han adherit a l'estratègia i 67 estan en procés.

Les legislacions, recomanacions i polítiques a nivell internacional, nacional i regional mostren la rellevància social de les polítiques de promoció de la salut. Aquesta anàlisi contribueix a ampliar el coneixement en aquest àmbit proporcionant evidència empírica sobre el desenvolupament de polítiques municipals de promoció de la salut, distingint entre municipis de més i menys de 10.000 habitants, i assenyalant quines variables organitzatives político-tècniques d'un ajuntament poden explicar les diferències entre municipis pel que fa a desplegament d'activitats i programes de promoció de la salut.

Els municipis de la província de Girona, subjectes a les lleis estatals i autonòmiques, no tenen una responsabilitat directa, o competència d'obligat compliment, en l'àmbit de promoció de la salut. Tot i així, un nombre important dels municipis analitzats afirmen dur a terme aquest tipus d'activitats. A la Figura 10 -vista en aquest apartat de resultats i discussió- s'hi mostren les activitats de promoció de la salut que es van incloure en el qüestionari així com el percentatge de municipis que afirmen desenvolupar-les.

La taula 77 mostra les freqüències del nombre d'activitats de promoció de la salut que realitzen els ajuntaments i de les quals s'extreu una mitjana de 7 activitats a l'any. Les dades mostren que el 45.6% dels municipis analitzats està per sobre d'aquesta mitjana.

**Taula 77. Estadístics descriptius del nombre d'activitats de promoció de la salut**

<b>Variable</b>	<b>Municipis província Girona (n = 204)</b>
	<b>N (%) a</b>
<b>Nombre d'activitats</b>	
0	14 (6,9%)
1	9 (4,4%)
2	16 (7,8%)
3	18 (8,8%)
4	17 (8,3%)
5	10 (4,9%)
6	14 (6,9%)
7	13 (6,4%)
8	11 (5,4%)
9	5 (2,5%)
10	7 (3,4%)
11	9 (4,4%)
12	14 (6,9%)
13	47 (23%)
Mitjana activitats de promoció de la salut	7.2 (4,54)
Municipis per sota de la mitjana	111 (54,4%)
Municipis per sobre de la mitjana	93 (45,6%)

*a Per variables categòriques, les dades són percentatge en la categoria; per a variables contínues, les dades inclouen la desviació típica entre parèntesis.*

Com s'ha descrit a la primera part d'aquest treball, gran part dels municipis de la base de dades analitzada estan gestionats per ajuntaments amb estructures molt reduïdes. Només el 26% dels municipis de menys de 10.000 habitants afirma disposar d'un treballador públic amb funcions assignades en l'àmbit de competència de la salut pública; mentre que el 72% de municipis de més de 10.000 habitants afirma disposar de, com a mínim, un empleat públic amb responsabilitat en aquest àmbit. Aquestes dades complementen els dels estudis realitzats fins a la data a Espanya, que s'han centrat en municipis majors de 10.000 habitants. D'entre aquests estudis, al publicat més recentment per la Fundació Pi i Sunyer (2016) amb una mostra de municipis majors de 10.000 habitants de la província de Barcelona, constatava que el 81,6% dels municipis disposava d'un o més empleats municipals amb responsabilitat en salut pública; percentatge que s'incrementava a major volum poblacional, sent del 100% en el cas de municipis de més de 50.000 habitants. Les dades apunten, doncs, a una limitació de recursos relacionada amb el volum de població del municipi segons sigui aquest més o menys de 10.000 habitants. A causa d'aquestes diferències, s'ha dividit la mostra en municipis de menys de 10.000 habitants (91,7% del total de municipis de la nostra mostra) i de més de 10.000 habitants (8,3%).



## Les variables organitzatives

Per analitzar l'associació entre l'organització político-tècnica de l'ajuntament i les activitats de promoció de la salut que aquest realitza s'utilitzen les variables descrites a la Taula 78.

Taula 78. Descripció de les variables organitzatives político-tècniques		
variables	Descripció	Tipus de variable
Mitjana d'activitats de promoció de la salut	Variable dicotòmica codificada com un si el nombre d'activitats en promoció de la salut que realitza l'ajuntament es troba per sobre de la mitjana dels municipis (> 7 activitats) i zero si el nombre d'activitats que realitza l'ajuntament està per sota de la mitjana.	Dependent
Regidoria amb competències en salut pública	Variable dicotòmica codificada com un si hi ha una regidoria amb competències delegades en salut pública.	Independent
Dedicació del responsable de salut pública	Variable politòmica referent a la dedicació del polític responsable en salut pública. Aquesta categoritzada com sense dedicació (categoria de referència), dedicació parcial i dedicació exclusiva.	Independent
Treballador municipal amb tasques en salut pública	Variable dicotòmica que indica si existeix un treballador municipal que tingui assignades tasques relacionades amb la salut pública.	Independent
Nivell d'estudis del polític	Variable politòmica referent al nivell d'estudis del polític, codificada com amb estudis primaris (categoria de referència), secundaris i universitaris.	Independent
Hores de dedicació del polític	Variable politòmica referent a la mitjana d'hores mensuals que el responsable polític dedica a les funcions de salut pública. Està categoritzada com menys de 2h mensuals (categoria de referència), de 2 a 5h, de 5 a 10h, de 10 a 25h i més de 25h.	Independent
Situació laboral del polític	Variable que informa de la situació laboral del polític, categoritzada com a actiu (categoria de referència), aturat i jubilat.	Independent
Sector d'activitat principal del polític	Variable politòmica sobre el sector d'activitat en el qual el polític ha desenvolupat majoritàriament la seva carrera professional, categoritzada com en el sector privat (categoria de referència), administració local, administració autonòmica i administració estatal.	Independent
Àmbit d'activitat principal del polític	Variable politòmica que indica l'àmbit d'activitat en el qual el polític ha desenvolupat majoritàriament la seva carrera professional, categoritzada com en el sector de la salut (categoria de referència) i altres àmbits.	Independent

S'especifiquen regressions logístiques per estimar la probabilitat que un ajuntament faci més activitats de promoció de la salut per sobre de la mitjana de la mostra, per al cas de municipis de menys de 10.000 habitants i per al cas dels de més de 10.000 habitants. S'han obtingut les Odds ratio (OR) i els seus intervals de confiança al 95% (95% IC). L'estimació dels models s'ha realitzat a l'entorn estadístic de programari lliure R (versió 3.2.3).



### 3.3.1 El factor poblacional

L'anàlisi de les dades (Taula 79) ens mostra que en els municipis de més de 10.000 habitants, la probabilitat que es realitzi un nombre d'activitats de promoció de la salut per sobre de la mitjana de la mostra és un 60% major que en el cas dels municipis de menys de 10.000 habitants (OR = 1,59; 95% IC [1,41-1,79]). Aquesta diferència és estadísticament significativa i avala la divisió de la mostra que s'ha realitzat per a l'anàlisi de les variables organitzatives.

<b>Taula 79. Probabilitat que un municipi realitzi més activitats que la mitjana, per trams poblacionals</b>	
<b>Trams de població</b>	<b>Més activitats que la mitjana</b>
<b>OR (95% IC)</b>	
Tram poblacional (respecte a municipis de menys de 10,000 hab.)	
més de 10.000 habitants	1,59 (1,41-1,79) **
<b>** Diferències significatives al 95%</b>	

Això pot explicar-se per la disponibilitat de més recursos i capacitats tècniques en els municipis de més població. L'existència d'estructures tecnificades en aquests municipis pot facilitar la implantació de programes transversals i el desenvolupament d'activitats de promoció de la salut.

En municipis menors de 10.000 habitants, la capacitat estructural i d'actuació dels ajuntaments requereix majors esforços per al desenvolupament d'allò que transcendeix els serveis bàsics als quals la llei els obliga envers els seus ciutadans. No obstant, un 41,7% dels municipis amb menys de 10.000 habitants afirma desenvolupar un nombre d'activitats per sobre de la mitjana (veure Taula 80).

<b>Taula 80. Taula de contingència per a mitjana d'activitats i grandària poblacional</b>			
<b>Variable</b>	<b>Menys de 10.000 habitants</b>	<b>Més de 10.000 habitants</b>	<b>total</b>
<b>Mitjana inferior a 7 activitats</b>			
Recompte / (percentatge)	109 (58,3)	2 (11,8)	111 (54,4)
<b>Mitjana superior a 7 activitats</b>			
Recompte / (percentatge)	78 (41,7)	15 (88,2)	93 (45,6)
<b>Total</b>			
Recompte	187	17	204

### 3.3.2 Les variables organitzatives

La Taula 81 ens presenta els resultats de l'anàlisi de la relació de les variables d'estructura organitzativa polític-tècnica dels ajuntaments amb la realització d'activitats de promoció de la salut. Els resultats mostren que el perfil del polític amb responsabilitats en salut pública i la seva dedicació són variables estadísticament significatives en els municipis menors de 10.000 habitants.

<b>Taula 81. Probabilitats de fer més activitats que la mitjana en funció de variables d'estructura organitzativa polític-tècniques</b>	
<b>Trams de població</b>	<b>Més activitats que la mitjana</b>
	<b>OR (95% IC)</b>
<b>Menys de 10.000 habitants</b>	
<i>Intercept</i>	0,01 (0,002-,05) **
Regidoria amb competències en salut pública	2,45 (1,42-4,23)
Dedicació del polític responsable de salut pública	
Sense dedicació	Ref.
Parcial	0,97 (0,57-1,63)
Exclusiva	0,46 (0,18-1,20)
Treballador municipal amb tasques en salut pública	1,34 (0,83-2,19)
Nivell d'estudis del polític	
Primaris	Ref.
Batxillerat (secundaris)	5,57 (2,87-10,81) **
Universitat	5,29 (2,80-10,02) **
Hores de dedicació del polític	
Menys de 2h	Ref.
Entre 2 i 5 hores	8,40 (2,36-29,86) *
Entre 5 i 10 hores	13,28 (3,67-48,16) **
Entre 10 i 25 hores	127,75 (26,06-626,34) **
Més de 25 hores	27,20 (5,91-125,10) **

<b>Situació laboral del polític</b>	
Actiu	Ref.
Aturat	1,43 (0,58-3,49)
Jubilat	0,44 (0,24-0,84)
<b>Sector d'activitat principal del polític</b>	
Privat	Ref.
Sector públic (administració local)	0,38 (0,18-0,82)
Sector públic (administració autonòmica)	1,04 (0,56-1,95)
Sector públic (administració estatal)	2,41 (0,51-11,41)
<b>Àmbit d'activitat principal del polític</b>	
Àmbit salut	Ref.
Altres àmbits	0,76 (0,45-1,27)
<b>Més de 10.000 habitants</b>	
Intercept	7,36e <sup>8</sup> (0-Inf)
Regidoria amb competències en salut pública	1,08 (0-Inf)
<b>Dedicació del polític responsable salut pública</b>	
Sense dedicació	Ref.
Parcial	1,98e <sup>-9</sup> (0-Inf)
Exclusiva	1,34 (0-Inf)
<b>Nivell d'estudis del polític</b>	
Primaris	Ref.
Batxillerat (secundaris)	1,26 (0-Inf)
<b>Hores de dedicació del polític</b>	
Menys de 2h	Ref.
Entre 2 i 5 hores	0,91 (0-Inf)
Entre 5 i 10 hores	0,63 (0-Inf)
** Diferències significatives al 95% * Diferències significatives al 90%	

S'observa que a mesura que s'incrementen les hores de dedicació mensual del polític, majors són les probabilitats de realitzar activitats de promoció de la salut per sobre de la mitjana, destacant per exemple l'associació entre la dedicació del polític de 20 i 25 hores mensuals i el nombre d'activitats realitzades (OR = 127,75; 95% IC [26,06-626,34]). Això s'explicaria per la inexistència d'estructura tècnica que seria compensada, en aquests municipis, per una gran dedicació del polític. Per tant, el grau de dedicació del polític influeix directament en el nombre d'activitats de promoció de la salut que es duen a terme.

Un altre resultat a remarcar és que el nivell d'estudis del polític sembla influir en les probabilitats de desenvolupar més activitats que la mitjana de municipis. Així doncs, a major nivell d'estudis del polític (secundaris i universitaris), s'incrementen de manera significativa les probabilitats de desenvolupar més activitats que la mitjana de mu-

nicipis en relació al fet que el polític tingui un nivell d'estudis primaris. Que el polític municipal amb responsabilitats en l'àmbit de salut disposi de formació universitària incrementa en un 429% les probabilitats de desenvolupar més activitats de promoció que la mitjana, en comparació amb un municipi en el qual el polític responsable disposi de formació primària. Existeixen estudis sobre el perfil sociodemogràfic dels electes locals (Ministerio de Política Territorial, 2009; FEMP, 2011), però la literatura consultada sobre administració local a Espanya no ha analitzat l'impacte del nivell de formació dels polítics sobre els resultats de la seva gestió.

En el cas de municipis de més de 10.000 habitants, el perfil del polític no és una variable significativa per explicar les probabilitats de desenvolupar més activitats de promoció de la salut que la mitjana. Això pot ser degut, tal com s'ha observat anteriorment, al fet que en municipis majors de 10.000 habitants hi ha una capacitat tècnica instal·lada a l'ajuntament que és la que intervé en el desenvolupament de les activitats en aquest àmbit.

La gestió dels actius municipals i els serveis des d'una perspectiva de salut en totes les polítiques pot generar externalitats que impactin en la millora de la salut de la població en general i de determinats col·lectius de forma específica.

El repte dels municipis en el desenvolupament d'activitats i programes en l'àmbit de la promoció de la salut està intrínsecament lligat a les seves capacitats per dur-les a terme. Aquest estudi mostra que hi ha diferències significatives entre municipis majors i menors de 10.000 habitants, de manera que els municipis majors de 10.000 tenen més probabilitats de desenvolupar activitats de promoció de la salut per sobre de la mitjana de la mostra.

Aquest treball també posa de manifest dos aspectes rellevants. D'una banda, l'interès dels ajuntaments analitzats en impulsar activitats en l'àmbit de la promoció de la salut tot i no tenir obligació de fer-ho. De l'altra, l'estudi posa en relleu el paper del polític en els municipis menors de 10.000 habitants; convertint el seu grau de dedicació i el seu nivell de formació en les variables organitzatives més rellevants perquè es dugui a terme un major volum d'aquestes activitats.

Els resultats d'aquesta investigació són d'interès pràctic per a les diferents institucions estatals i regionals encarregades d'impulsar les estratègies de promoció de la salut. Aquest interès ve reforçat per l'escassetat de treballs empírics publicats en aquest àmbit fins a la data.



# **4. CONCLUSIONS**

---

## 4. CONCLUSIONS

---

La salut pública municipal és una matèria d'estudi complexa atesa la seva naturalesa transversal, tant per les disciplines que la configuren com per les interrelacions entre les administracions que hi intervenen de manera directa o subsidiària.

La recerca presentada aporta per primera vegada una anàlisi amb una mostra representativa que integra municipis de tots els trams poblacionals d'una mateixa unitat administrativa, en aquest cas la província de Girona, incloent-hi municipis menors de 10.000 habitants.

El primer objectiu proposat en aquesta recerca és el de descriure i analitzar la gestió de les competències municipals en salut pública per part dels ajuntaments de la demarcació de Girona.

En relació a aquest objectiu, els resultats mostren que la forma l'organització dels ajuntaments per fer front a les seves competències en salut pública és molt heterogènia Tanmateix, pel que fa a l'organització política dels municipis, la majoria -un 96%- disposen d'una regidoria compartida on, entre d'altres, s'hi ubiquen les competències de salut pública. És a dir, l'àmbit de competència queda recollit a l'organigrama polític de gairebé tots els ens locals de la mostra.

L'electe amb responsabilitats en salut pública té, en la majoria dels casos, una dedicació no retribuïda i hi inverteix entre 2 i 5 hores mensuals. El 82% d'aquests electes està en una situació laboral activa, la majoria -68,8%- en el sector privat. Gairebé la meitat (49,5%) disposa d'estudis universitaris.

Pel que fa a les capacitats tècniques, el 80,9% dels municipis no disposen d'un departament tècnic especialitzat en l'àmbit de salut pública; i en els municipis que el tenen, aquest departament és compartit amb d'altres matèries, principalment medi ambient. No obstant això, un terç dels ajuntaments analitzats, bàsicament els de més grandària poblacional, disposa d'un treballador amb funcions en salut pública.

Aquesta limitació de recursos fa que els municipis acudeixin a ens supramunicipals per obtenir ajuda tècnica i econòmica per a les activitats derivades de les competències de salut pública. En el cas de la mostra analitzada, l'ens de referència majoritari al qual s'adrecen els ens locals per a les activitats de salut pública és Dipsalut-Diputació, seguit, amb una representativitat molt menor, per la Generalitat de Catalunya i pels Consells Comarcals. Dipsalut- Diputació esdevé l'ens de referència a totes les tipologies de suport analitzades (finançament, formació, assessorament i suport tècnic, prestació de serveis i materials de difusió), en tots els àmbits d'activitat (protecció i promoció de la salut) i per a tots els trams poblacionals estudiats. El pes de la Generalitat de

Catalunya varia substancialment en funció del tram poblacional analitzat, essent més rellevant en els trams poblacionals més alts. D'altra banda l'anàlisi territorialitzada de les dades no presenta cap diferència significativa més enllà del cas de la Garrotxa, on l'ens de referència principal és el Consell Comarcal, a través del seu consorci de medi ambient i salut pública (SIGMA), que opera com el departament tècnic de salut dels municipis de la comarca.

La situació organitzativa que s'observa en la majoria de casos podria estar vinculada a la limitació de recursos dels ajuntaments. Una limitació tant de recursos tècnics com econòmics que estaria directament relacionada a la grandària poblacional dels municipis, que determina l'abast de les transferències de l'estat i la capacitat recaptatòria pròpia dels ens locals.

Pel que fa a la percepció de la gestió de la salut pública, gairebé la totalitat dels ajuntaments analitzats afirmen que les polítiques municipals de salut pública depenen de les estratègies d'altres entitats governamentals. Les tres quartes parts dels municipis reconeixen no disposar de recursos per detectar noves necessitats en salut pública. Mentre que només un 23% afirma que l'ajuntament disposa o forma part d'algun òrgan participatiu municipal o supramunicipal; en aquest cas es tracta dels municipis de major volum poblacional.

Aquesta anàlisi ens mostra, doncs, que la grandària poblacional esdevé una variable clau per entendre com s'organitzen, gestionen i es desenvolupen les competències locals en salut pública.

Podem concloure, a més, que el model de relació entre ajuntaments i ens supramunicipals que es descriu en aquesta anàlisi esdevé, de facto, el model de governança de la salut pública de competència municipal a la demarcació de Girona. I que, analitzat des de la perspectiva del volum i naturalesa de les interaccions entre els municipis i les administracions superiors, és diferent dels models de relació descrits en altres estudis que utilitzen mostres amb municipis majors de 10.000 habitants.

Quant al segon objectiu d'aquesta recerca, que persegueix analitzar si la grandària poblacional d'un municipi esdevé una variable determinant en els fluxos i naturalesa de les col·laboracions interadministratives per a la gestió de les competències mínimes de salut pública municipal, els resultats de l'anàlisi presentada ens mostren com les interaccions dels municipis amb els diferents ens supramunicipals en relació a les activitats vinculades a les competències mínimes en salut pública (protecció de la salut), poden variar en tan que ens de referència en funció del tram poblacional.

S'identifiquen diferències significatives entre l'ens de referència al qual es dirigeixen els municipis i la mida poblacional d'aquests segons tinguin més o menys de 10.000 habitants. Si bé en municipis menors de 10.000 habitants l'ens de referència és Diputat-Diputació, el model estadístic mostra que els municipis amb una grandària poblaci-



onal superior als 10.000 habitants presenten un 24% més de probabilitats d'optar per la Generalitat respecte Dipsalut-Diputació.

Per tant, novament el tram poblacional esdevé una variable explicativa per poder entendre els fluxos de relació dels municipis de la mostra amb els ens de referència als quals s'adrecen per al desenvolupament de les activitats derivades de les seves obligacions municipals mínimes en salut pública.

Quant el darrer objectiu d'aquesta tesi, que busca analitzar si les característiques poblacionals i variables organitzatives político-tècniques d'un ajuntament poden influir en el desenvolupament d'activitats de promoció de la salut, l'estudi mostra que, indistintament del seu volum poblacional, la majoria dels municipis estudiats afirmen fer actuacions en aquest àmbit. S'observen diferències significatives entre municipis majors i menors de 10,000 habitants, de manera que els municipis majors de 10.000 tenen un 60% més probabilitats (OR = 1,59; 95% IC [1,41-1,79]) de desenvolupar activitats de promoció de la salut per sobre de la mitjana de la mostra (7 activitats). L'anàlisi posa en relleu el paper del polític en els municipis menors de 10,000 habitants, convertint el seu grau de dedicació i el seu nivell de formació en les variables organitzatives més rellevants perquè es dugui a terme un major volum d'aquestes activitats.

Es pot concloure que pel que fa a les activitats de salut pública no obligatòries pels ens locals, aquestes són d'interès per a la majoria dels municipis de la mostra. El perfil de l'electe, quant al seu grau de formació i la seva dedicació, és rellevant i ajuda a explicar perquè alguns municipis menors de 10.000 habitants desenvolupen un major nombre d'activitats de promoció de la salut que la mitjana de municipis de la mostra.

En resum, aquest treball presenta una recerca amb profunditat sobre la gestió municipal de la salut pública a la demarcació de Girona. Destaca la inclusió de dades sobre la gestió de les competències municipals i les activitats de salut pública en municipis de menor volum poblacional (menys de 10.000 habitants). És el primer estudi a escala estatal que aporta informació de municipis petits (menys de 1.500 habitants) i micro-municipis (menys de 500 habitants).

L'estudi contribueix al coneixement de la gestió de les competències de salut pública que tenen atribuïdes per llei els ajuntaments; com s'organitzen internament, de quins recursos disposen i com n'aconsegueixen d'administracions superiors (guanyant capacitat tècnica i financera). També aporta informació sobre la rellevància de les activitats de salut pública més enllà de les obligacions: les activitats de promoció de la salut. El treball recull el paper de les administracions superiors; quines presten suport als ajuntaments. També aprofundeix en els mecanismes de coordinació dels ajuntaments pel que fa a la planificació de les activitats de salut pública, entesa com una matèria transversal que impacta en diversos àmbits de la gestió municipal.

Aquesta recerca presenta diverses limitacions. D'una banda, els resultats obtinguts

se circumscriuen en un àmbit geogràfic determinat i caldria replicar l'estudi en altres territoris per tal de poder generalitzar les conclusions. Una altra limitació és el nombre reduït de variables organitzatives (político-tècniques) que s'han estudiat. En futurs treballs seria recomanable ampliar-les, així com comptar amb dades de diferents anys per conèixer la seva evolució en el temps. Finalment, la dificultat de trobar estudis similars i amb mostres que compreguin municipis menors de 10.000 habitants limita la discussió dels resultats.

Amb aquest treball s'obren noves línies d'anàlisi, entre d'altres, l'eficàcia i l'eficiència de les activitats de salut pública dutes a terme pels municipis, així com l'anàlisi del paper de les administracions superiors. Els resultats de la tesi contribueixen al debat sobre si són els ajuntaments els que han de dur a terme aquestes activitats o si cal un instrument mancomunat regit per un model de governança local que exerceixi la planificació i l'execució als municipis. Un debat que posa, també, el focus en les capacitats reals i els riscos de saturació dels municipis a l'hora de desenvolupar aquestes activitats. També contribueix al debat sobre si cal una revisió de l'abast competencial de la salut pública; una competència universal (afecta per igual a tots els municipis) i homogènia (han de fer-se les mateixes activitats) en un context de municipis molt heterogenis, sovint infrafinançats, amb capacitats tècniques limitades i amb dinàmiques de gestió molt complexes.



# **5.BIBLIOGRAFIA**

---

**Alabert, M.:** *Innovació, proximitat i serveis al municipi. El model Dipsalut.* Documenta Universitària, 2011.

**Alabert, M; Del Acebo, X; Arroyo, E.** *La Gestió Municipal de la Salut Pública a la demarcació de Girona; organització local, xarxes institucionals de suport i provisió de serveis.* Col·lecció Gitasp. Documenta Universitària, 2015.

**Buades, M. Plasencia, A. Cabeza, E. De Peray, JL.** *La Reforma de la salud pública.* *Gac Sanit.* 2009;23(5):462-464

**Diputació de Barcelona. Àrea de Salut Pública i Consum.** *La despesa dels ajuntaments de Catalunya en Salut Pública.* Barcelona: Diputació de Barcelona. Institut d'Edicions; 2004.

**Fundació Pi Sunyer.** *Panel de Polítiques Locals de Salut Pública.* 2012.  
Disponible a: [http://es.pisunyer.org/public/files/panel/03031412481000000salutpublica\\_informe\\_2012.pdf](http://es.pisunyer.org/public/files/panel/03031412481000000salutpublica_informe_2012.pdf)

**Fundació Pi Sunyer.** *Panel de Polítiques Locals de Salut Pública.* 2016.  
Disponible a: <http://pisunyer.org/panel-de-politiques-publicues-locales/projectes/salut-publica/2016>

**Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).** *Los perfiles sociales de los nuevos electos locales.* 2011.  
Disponible a: <http://www.femp.es/files/11-2603-fichero/INFORME%20PERFILES%20S%202011.pdf?download=1>

**Generalitat de Catalunya.** *L'Agència de Salut Pública i els ens locals signen un acord per cooperar en matèria de salut pública.* (consultado el: 01/03/2016).  
Disponible en: [http://www.govern.cat/pres\\_gov/AppJava/govern/notesprensa/208288/lagencia-salut-publica-locales-signen-acord-cooperar-materia.html](http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notesprensa/208288/lagencia-salut-publica-locales-signen-acord-cooperar-materia.html)

**Guix, J., Villalbí, J.R., Armengol, R., Llebaria, X., Manzanera, R., Plasència, A., et al.:** *Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona,* *Gaceta Sanitaria* 22(3), 267-274, 2008.

**Guix, J., Bocio, A., Ferràs, J., Margalef, J., Osanz, A.C., Serrano, M., Sentenà, A.:** *Redes locales de salud pública. A propósito de una experiencia,* *Gaceta Sanitaria* 27(6), 552-554, 2013.

**Llebaria X, Arasa MA, Cahc3n C, Torra R.** *Les activitats i les estructures dels serveis de salut p3blica. Estudi als ajuntaments de m3s de 10.000 habitants*, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2010.

**Llei de Bases del r3gim local. L.N. 7/1985** ( 3 abril 1985).

Disponible a: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1985-5392&p=20160715&tn=1>

**Llei d'Ordenaci3 Sanitat3ria de Catalunya L.N. 15/1990** (de 9 de juliol),

Disponible a: [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=48426&language=ca\\_ES](http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=48426&language=ca_ES)

**Llei de Protecci3 de la Salut. L.N. 7/2003** (de 25 d'abril).

Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10531-consolidado.pdf>

**Llei de Salut p3blica de Catalunya L.N. 18/2009** (de 28 d'octubre)

Disponible a: [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=532871&language=ca\\_ES](http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=532871&language=ca_ES)

**Llei de Sostenibilitat i racionalitzaci3 de l'administraci3 local (LRSAL). L. N.3 27/2013** (de 27 de desembre de 2013). BOE n3 312 (30-12-2013).

Disponible a: [https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2013/12/30/pdfs/BOE-A-2013-13756-C.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2013/12/30/pdfs/BOE-A-2013-13756-C.pdf)

**Llorca, E. Mamor, MT. Merino, B., M3rquez, FJ, G3mez, F., Ram3rez, R.** *Ciudades Saludables: una estrategia de referencia en las pol3ticas locales de salud p3blica.*

Gac.Sannit. 2010;24(6):435-436

**L3ndez, P., Villalb3, J.R., Vaqu3, J.:** *Funciones, actividades y estructuras de salud p3blica; el papel de los municipios grandes y medianos,*

Gaceta Sanitaria 15(2), 164-171, 2001.

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Estrategia de promoci3 de la salud y prevenci3 en el SNS. 2014.*

Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Gu3a para la implementaci3 local de la Estrategia de Promoci3 de la Salud y Prevenci3 en el SNS. 2015.*

Disponible a: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia\\_implementacion\\_local.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf)

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Municipios adheridos a la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS.* 2016.

Disponible a: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Municipios\\_Adheridos.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Municipios_Adheridos.pdf)

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Municipios en proceso de adhesión a la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS.* 2016.

Disponible a: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Municipios\\_EnProceso.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Municipios_EnProceso.pdf)

**Ministerio de Política Territorial.** *Estudio comparativo sobre el perfil de los alcaldes y alcaldesas españoles tras las elecciones de 1979 y 2007.* 2009.

Disponible a : [http://www.seap.minhap.gob.es/dms/es/web/publicaciones/centro\\_de\\_publicaciones\\_de\\_la\\_sgt/Otras\\_Publicaciones/parrafo/01111111111113/text\\_es\\_files/Estudio-comparativo-alcaldes-as-1979-2007-INTERNET.pdf](http://www.seap.minhap.gob.es/dms/es/web/publicaciones/centro_de_publicaciones_de_la_sgt/Otras_Publicaciones/parrafo/01111111111113/text_es_files/Estudio-comparativo-alcaldes-as-1979-2007-INTERNET.pdf)

**Organització Mundial de la Salut.** *Programa de Determinantes Sociales de la Salud.*

Disponible a: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

**Organització Mundial de la Salut.** *Red Europea de Ciudades Saludables.*

Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>

**Panamerican Health Organization - World Health Organization.** *Carta de Ottawa;* 1986.

Disponible a: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

**Pano i Viñas E, Viñas A, coordinadores.** *La gestió municipal de la salut pública. Ajuntaments de més de 10,000 habitants de la província de Barcelona.* Barcelona: Diputació de Barcelona. Area de Presidència. Direcció de Comunicació; 2011. Documents de Treball. Serie Salut Pública N.o: 5

**Red Española de Ciudades Saludables (RECS).** *Relación miembros de la Red.*

Disponible a: [http://www.recs.es/descargas/Entidades\\_Locales\\_RECS.pdf](http://www.recs.es/descargas/Entidades_Locales_RECS.pdf)

**Segura Benedicto, A., Oñorbe de Torre, M.:** *Cambios en la salud pública: el papel del estado y de las autonomías. Informe SESPAS 2010.*

Gaceta Sanitaria 24(supl 1), 19-22, 2010.

**Villalbí, J.R., Aboal, X.L., González-Alonso, J.:** *Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. Informe SESPAS 2002.* 542-562.

Disponible a [www.sespas.es](http://www.sespas.es).







**TESI DOCTORAL**  
MARC ALABERT i LÓPEZ  
2017