

Nota de campo

Colaboraciones interadministrativas en la gestión de la salud pública en municipios menores de 10.000 habitantes



Marc Alabert López^{a,*}, Anna Arbussà Reixach^b y Marc Sáez Zafra^{b,c,d}

^a Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España

^b Universitat de Girona, Girona, España

^c Grup de Recerca en Estadística, Econometria i Salut (GRES), Universitat de Girona, Girona, España

^d CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de abril de 2016

Aceptado el 2 de junio de 2016

Palabras clave:

Salud pública

Relaciones interadministrativas

Organización y administración

Gobierno local

R E S U M E N

Este trabajo analiza cuál es el ente administrativo de referencia al que acuden los ayuntamientos para el desarrollo de sus competencias mínimas en salud pública. La muestra del estudio incorpora, creemos que por primera vez en los estudios académicos en España, datos de municipios de menos de 10.000 habitantes. Los datos provienen de un cuestionario administrado por personal entrenado y se obtuvo respuesta del 93,7% de los municipios de la provincia de Girona. El análisis muestra que la gestión municipal de las competencias de salud pública difiere de forma estadísticamente significativa, en cuanto al ente de referencia al que acuden los ayuntamientos, entre los municipios de más y de menos de 10.000 habitantes. Los resultados indican la necesidad de tener en cuenta la situación actual del desarrollo de las competencias municipales en salud pública en los municipios de menos de 10.000 habitantes en el debate sobre la racionalización de la Administración local.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Interadministrative collaboration for public health management in municipalities with less than 10,000 residents

A B S T R A C T

This study analyses which administrative body local councils use to carry out their basic public health responsibilities. The study sample includes data from municipalities with less than 10,000 residents, which we believe is a first for studies published in academic journals in Spain. The data used was obtained by means of a survey administered by trained personnel. 93.7% of all the municipalities in the province of Girona, the area under study, responded to the survey. The analysis shows that there is a statistically significant difference between municipalities with more and less than 10,000 residents with regards to which administrative body local councils use for managing public health responsibilities. The results of this study suggest that in the ongoing debate over the streamlining of local government, the current situation regarding public health responsibilities in municipalities with less than 10,000 residents needs to be taken into account.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Public health

Interdepartmental relations

Organisation and administration

Local government

Introducción

El desarrollo de las políticas, los programas y las actividades de salud pública orientadas a la reducción del riesgo y a la mejora de la calidad de vida colectiva viene condicionado por la interacción de los agentes públicos y privados que intervienen en un territorio.

En el marco del debate actual sobre la racionalización de la Administración pública, que busca eliminar duplicidades e ineficiencias y mejorar la eficacia y la efectividad de sus actuaciones, se ha aprobado la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración local¹, que prevé una reducción de las competencias básicas de los ayuntamientos y cuyo despliegue plantea

un conflicto competencial con las comunidades autónomas. Si bien dicha ley limita al ámbito de la «salubridad pública» las competencias en salud que los entes locales tenían atribuidas^{2,3}, en Cataluña el gobierno de la Generalitat aprobó el Decreto ley 3/2014⁴ que mantiene vigentes las competencias de los entes locales en aquellas materias reguladas por leyes sectoriales autonómicas. En este sentido, la Ley 18/2009⁵ de salud pública de Cataluña, que regula y organiza la prestación de servicios y actividades de salud pública, reserva para la Administración local una relación de competencias mínimas en el ámbito de la protección de la salud.

La desigual capacidad de los ayuntamientos para el desarrollo de estas competencias ha supuesto la intervención de Administraciones intermedias y superiores.

Hasta la fecha, 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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: malabertl@uoc.edu (M. Alabert López).

Tabla 1
Ente de referencia en las colaboraciones interadministrativas para actividades de protección de la salud según tramo poblacional

Ente de referencia	Menos de 500 hab. (n = 81)		De 501 a 1.000 hab. (n = 41)		De 1.001 a 5.000 hab. (n = 56)		De 5.001 a 10.000 hab. (n = 13)		De 10.001 a 20.000 hab. (n = 9)		Más de 20.000 hab. (n = 7)	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Diputación	54	(66,7)	35	(85,4)	45	(80,4)	12	(92,3)	7	(77,8)	3	(42,8)
Generalitat	20	(24,7)	1	(2,4)	6	(10,7)	1	(7,7)	2	(22,2)	4	(57,2)
Consejo comarcal	7	(8,6)	5	(12,2)	5	(8,9)	0	(0)	0	(0)	0	(0)

N = 207 (respuestas válidas para esta variable).

habitantes. El primer texto de referencia es el desarrollado por Lín-dez et al.⁶, y siguen a este trabajo el de 2004 de la Diputación de Barcelona⁷, el de Llebaria et al.⁸ en 2010 y un nuevo estudio de la Diputación de Barcelona, coordinado por Pano y Viñas⁹ en 2011. Este último propicia la creación del «panel de políticas públicas de salud pública de Cataluña», presentado en 2012 por la Fundació Pi Sunyer¹⁰ con la colaboración de la Diputación de Barcelona.

Esta nota de campo contribuye a la literatura en el ámbito de la gestión de la salud pública en España, analizando las colaboraciones en la gestión de la provisión de los servicios y las actividades de competencia municipal en la provincia de Girona, incluyendo municipios con menos de 10.000 habitantes.

Desarrollo de la experiencia

Se trabaja con datos obtenidos mediante un cuestionario basado en el del estudio de la Diputación de Barcelona⁹ y adaptado por Alabert et al.¹¹. Para la variable analizada en esta nota se obtuvo respuesta válida en el 93,7% de los municipios del universo de estudio, constituido por la totalidad de los municipios (221) de la provincia de Girona.

El ente de referencia mayoritario al que afirman dirigirse los ayuntamientos de la muestra para obtener asistencia en el desarrollo de las actividades de protección de la salud es la Diputación de Girona, a través de su organismo autónomo Dipsalut (75%). El 16,3% se dirigen a la Generalitat de Cataluña y el 8,7% a los Consejos Comarcales.

Ente de referencia según tramo poblacional

Un análisis más detallado muestra cómo el valor de las interacciones de los municipios de la muestra con los distintos entes puede variar en función del tramo poblacional (tabla 1).

En todos los tramos en los municipios menores de 10.000 habitantes, la Diputación es claramente el ente de referencia mayoritario, seguido de la Generalitat. El tradicional papel de asistencia y proximidad de las Diputaciones a los municipios en una gran variedad de ámbitos podría explicar esta preferencia.

En el siguiente tramo –municipios entre 10.001 y 20.000 habitantes– parece haber un cambio de tendencia: la Generalitat gana peso (representa un 22%) respecto a los tramos inmediatamente precedentes, para consolidarse en el último tramo (>20.000 habitantes), en el que se convierte en ente de referencia (57,2%), seguida de la Diputación (42,8%). La complejidad y la intensidad de las actividades de salud pública en entornos urbanos de alta densidad pueden explicar que los municipios de mayor tamaño poblacional tiendan a relacionarse con la Generalitat, dada la mayor tecnificación de sus estructuras.

La comparación entre municipios de menos y de más de 10.000 habitantes (tabla 2) muestra una diferencia estadísticamente significativa. En particular, se observa que en los municipios de más de 10.000 habitantes existe una probabilidad un 24% mayor de que se elija la Generalitat como ente de referencia en lugar de la Diputación (odds ratio: 1,24; intervalo de confianza del 95%: 1,12-1,37).

Tabla 2
Asociación entre el ente de referencia en las colaboraciones interadministrativas para actividades de protección de la salud y el tramo poblacional

Tramo de población (respecto a municipios de menos de 10.000 hab.)	Consejo comarcal OR (IC95%)	Generalitat OR (IC95%)
10.000 o menos habitantes	1,0	1,0
Más de 10.000 habitantes	0,9 (0,82-0,99) ^a	1,24 (1,12-1,37) ^b

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratios obtenidas mediante dos regresiones logísticas, siendo las variables dependientes «Ente de referencia: Consejo comarcal» (1 y 0 otro caso) y «Ente de referencia: Generalitat de Catalunya (1 y 0 otro caso)», y las independientes «Tramos poblacionales» (10.000 o menos habitantes, categoría de referencia, y más de 10.000 habitantes).

^a Diferencias significativas al 90% (test de Wald, distribuido como una ji al cuadrado con un grado de libertad; hipótesis nula: no hay diferencia entre la OR y la unidad).

^b Diferencias significativas al 95%.

Por otro lado, el tramo poblacional no es significativo para explicar la elección del Consejo Comarcal como ente preferente en relación a elegir la Diputación ($p = 0,284$). Los datos analizados sugieren que el tamaño de la población puede influir significativamente en la elección del ente de referencia por parte de los ayuntamientos.

Conclusiones

Los resultados identifican diferencias significativas entre el ente de referencia al que se dirigen los municipios y el tamaño poblacional de estos según tengan más o menos de 10.000 habitantes. En el caso de los últimos, el ente de referencia es la Diputación. Estos datos contrastan con los obtenidos en estudios anteriores⁶⁻¹⁰, cuyos resultados identifican a la Administración autonómica como principal ente de referencia, seguida de la Diputación y el Consejo Comarcal, siendo sus universos los municipios de Cataluña mayores de 10.000 habitantes.

Esta nota contribuye a ampliar el conocimiento sobre las interacciones administrativas con organismos supramunicipales en relación a los servicios de salud pública de competencia municipal, hasta ahora limitado a estudios sobre municipios con más de 10.000 habitantes.

El trabajo presenta una limitación clara: el ámbito geográfico de la muestra puede condicionar los resultados, dado que la Diputación de Girona ha sido proactiva en la asistencia a los municipios en esta materia. Sería interesante realizar estudios parecidos que incluyeran municipios de un ámbito territorial más amplio.

Editora responsable del artículo

Carme Borrell.

Financiación

El segundo autor agradece el apoyo financiero de la Universitat de Girona MPCUdG2016/093, del Ministerio Español de Economía y Competitividad ECO2013-46954-C3-3-R y el reconocimiento de la

Generalitat de Catalunya 2014 SGR 868. El tercer autor agradece el apoyo financiero de la Universitat de Girona MPCUdG2016/069 y de la Generalitat de Catalunya a través del Grup de Recerca Consolidat “Compositional and Spatial Data Analysis (COSDA)” 2014 SGR 551.

Contribuciones de autoría

Los tres autores de la nota cumplen las cuatro condiciones de autoría, habiendo los tres participado en la concepción y el diseño del trabajo, el análisis y la interpretación de los datos, la escritura del artículo y su revisión crítica, y aprobado la versión final para su publicación. Los tres garantizan que todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos por ellos buscando la máxima precisión e integridad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Organismo Autónomo de Salud Pública de la Diputación de Girona (Dipsalut) la cesión de la base de datos para ser utilizada en este estudio, y en particular a Elena Arroyo y Xavier del Acebo su ayuda en la gestión de estos datos

Bibliografía

1. Ley de racionalización y sostenibilidad de la administración local. L. N.º 27/2013 (27 de diciembre de 2013). BOE n.º 312 (30-12-2013).
2. Ley reguladora de bases del régimen local. L. N.º 7/1985 (2 de abril de 1985).
3. Ley general de sanidad. L. N.º 14/1986 (25 de abril de 1986). BOE n.º 102 (29-04-1986).
4. Decret Llei 3/2014, de 17 de juny de 2014, pel qual s'estableixen mesures urgents per a l'aplicació a Catalunya de la L. N.º 27/2013 (27 de desembre 2013) de racionalització i sostenibilitat de l'Administració local. DOGC n.º 6647 (19-06-2014).
5. Ley de salud pública de Catalunya. L. N.º 18/2009 (28 de octubre de 2009). DOGC n.º 5945 (30-10-2009).
6. Líndez P, Villalbí JR, Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de salud pública; el papel de los municipios grandes y medianos. *Gac Sanit.* 2001;15:164–71.
7. 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.
8. Llebaria X, Arasa MA, Chacón C, et al. Les activitats i les estructures dels serveis de salut pública. Estudi als ajuntaments de més de 10.000 habitants. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2010.
9. Pano 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, Àrea de Presidència, Direcció de Comunicació; 2011: Documents de Treball, Serie Salut Pública N.º 5.
10. Fundació Pi Sunyer. Panel de polítiques locals de salut pública. 2012. (Consultado el 12/05/2016.) Disponible en: <http://es.pisunyer.org/public/files/panel/03031412481000000salutpublica.informe.2012.pdf>
11. Alabert M, Acebo X, Arroyo E. La gestió municipal de la salut pública a la demarcació de Girona. Girona: Documenta Universitaria; 2015. Col·lecció GITASP N.º 10. 122 p.