

Distrito:
Casco Antiguo

Plan Local de Salud de Sevilla
2019/2023

NO8DO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA

Bienestar Social y Empleo
Dirección General de Salud Pública
y Protección Animal
Servicio de Salud



AUTORÍA:

Luna Rodríguez Pérez.

COORDINACIÓN TÉCNICA:

María Dolores Martínez Ruiz.

Lucía Ruiz López.

SUPERVISIÓN:

Antonio Sánchez Tosina.

Director General de Salud Pública y Protección Animal.

Fernando Martínez-Cañavate García-Minas.

Jefe del Servicio de Salud.

María Dolores Martínez Ruiz.

Jefa de la Sección de Promoción de Salud.

EQUIPO TÉCNICO:

Grupo Motor Territorial.

APORTACIONES ESPECIALES:

- **Informes de salud, de la ciudad y de los distritos municipales de Sevilla:** José Sánchez Perea, Ana María Rueda de Castro, María Ángeles Valverde Arbizu.
- **Informe epidemiológico de la Unidad de Gestión de Salud Pública del Distrito Sanitario Sevilla:** Miguel Picó Juliá y Eduardo Briones Pérez de la Blanca.
- **Revisión Externa:** Teresa Iriarte de los Santos.

EDITA:

Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Área de Bienestar Social y Empleo.

Dirección General de Salud Pública y Protección Animal.

Servicio de Salud.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Samuel Damián Palenzuela Pérez.

La salud de la ciudadanía es una prioridad en la agenda política de nuestro equipo de gobierno, y desde ese convencimiento, nos planteamos el diseño e implantación de un nuevo Plan Local de Salud (PLS) con una visión territorial y poniendo el foco en las desigualdades en salud. La presencia y particularidad de cada territorio tendrá entidad propia, con la finalidad de poner en valor las necesidades de cada zona y facilitar su gestión; 1 ciudad, 11 distritos, 12 planes de salud.



Para ello, en el año 2016, el Ayuntamiento de Sevilla se integra en la Red Local de Acción en Salud de Andalucía (RELAS) de la Consejería de Salud, con el fin de desarrollar la metodología mencionada, novedosa y de reconocimiento científico para avanzar en la salud pública. Esta decisión implica implementar la estrategia de 'Salud en Todas las Políticas'(STP), la cual está en sintonía con la prioridad de este gobierno por abordar las desigualdades. STP es considerada una herramienta eficaz para detectar, afrontar y disminuir las desigualdades en salud, ya que actúa sobre los determinantes sociales como son la educación, el medio ambiente, el urbanismo, el empleo, el género, la pobreza, el estilo de vida o el consumo de drogas aprovechando las sinergias entre las diferentes áreas, administraciones, sectores privados, etc.

Desde esta perspectiva, es una apuesta por la equidad y la buena gobernanza en la salud local de la ciudad de Sevilla.

Es nuestro objetivo continuar desarrollando un trabajo intersectorial, participativo, transversal, integrador, equitativo y transparente que acerque las políticas de salud pública a las diferentes necesidades e intereses de la ciudadanía y que facilite la implementación de los planes de salud local que hoy presentamos.

Quiero agradecer el trabajo y esfuerzo realizado a todas las personas que han colaborado en el diseño de estos Planes Locales de Salud.

Animo a seguir trabajando y participando, con eficacia y compromiso, en la labor de implantación de este proyecto, que nos permitirá vivir con más salud y bienestar en una ciudad más saludable, habitable y sostenible.

Juan Espada Cejas

Alcalde de Sevilla



Índice

1. Marco normativo y conceptual	4	4.2. Listado de problemas priorizados	52
2. Misión, visión y principios rectores	9	4.3. Plan de Acción	52
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla	11	1. Línea de Estilos de Vida	53
3.1. Fase Inicial	12	2. Línea de Entorno Social	57
3.2. Fase de Perfil de Salud	16	3. Línea de Entorno Medioambiental	60
3.3. Fase de Priorización	18	4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas	64
3.4. Fase de Plan de Acción	19	5. Plan de Comunicación	68
3.5. Fase de Implantación	20	6. Bibliografía	72
3.6. Evaluaciones	22	7. Glosario de términos y acrónimos	73
4. Documentos		8. ANEXOS	
4.1. Perfil de Salud	23	Anexo 1: Ficha de Medidas	75
4.1.1. Informe de Salud	24	Anexo 2: Checklist Implantación	76
4.1.2. Análisis Técnico Sectorial	48		
4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía	49		



1. Marco normativo y conceptual

El concepto de salud ha ido desarrollándose en el tiempo, desde una visión médica, centrada en la ausencia de enfermedad, hasta una aproximación más salutogénica, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, estableció que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

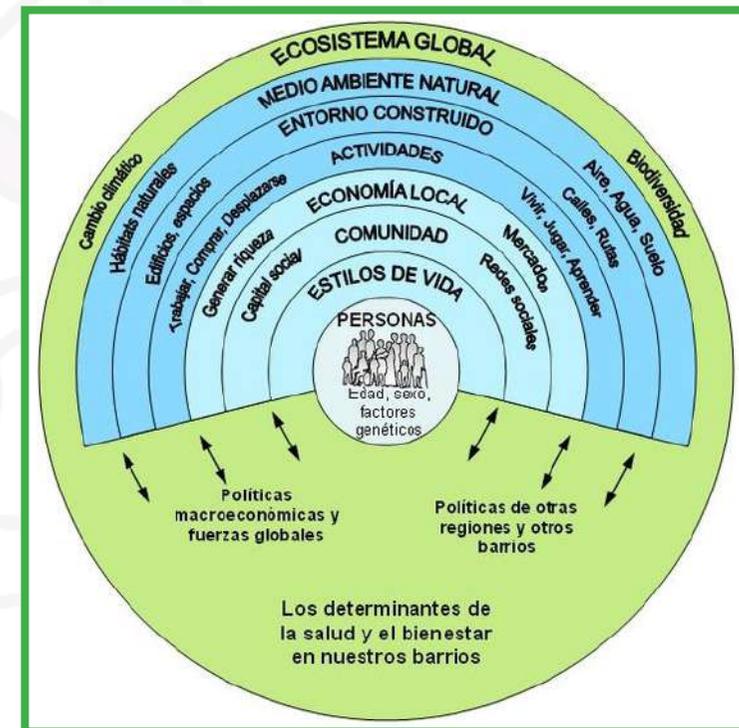
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

Actualmente más del 75% de la población mundial vive en ciudades, lo que plantea retos o desafíos importantes que nos llevan a la necesidad de repensar la ciudad, para transformarla en un espacio proveedor de salud y bienestar. En el entorno urbano se concentran y concretan los factores económicos, sociales, políticos y ambientales, conocidos como determinantes sociales de la salud, que configuran la forma de vivir y enfermar de las personas.

“Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”

(Wilkinson and Marmot, 2003)

Ilustración 1: Modelo de los determinantes sociales de la salud.



Europa

La estrategia europea de **Salud en Todas las Políticas (STP)** consiste en adoptar un enfoque integral de las políticas públicas en el que se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones en salud de las decisiones políticas, se promuevan las sinergias entre los distintos sectores y se prevean los efectos perjudiciales, con el fin de mejorar la salud de la población.

La **Agenda 2030**, adoptada por los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas en la 'Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible' el 25 de septiembre de 2015 en Nueva York, consta de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que proporcionan un plan global unificado para el desarrollo sostenible, aplicable por igual a países en desarrollo y desarrollados.

Esta misma Agenda, también está totalmente alineada con la estrategia de **Salud 2020**, que reconoce la importancia de la acción a nivel local y el papel central que pueden desempeñar los gobiernos locales en la promoción de la salud y el bienestar, ya que están en una posición única para proporcionar liderazgo en salud y bienestar.

En la complejidad de los múltiples niveles de gobierno y los numerosos sectores y actores públicos y privados, los gobiernos locales tienen la capacidad de influir en los determinantes de la salud y las inequidades. Estos gobiernos proporcionan una plataforma para la implementación de los ODS a nivel local.

Los Ayuntamientos son las Administraciones Públicas más cercanas a la ciudadanía y con capacidad de desarrollar políticas de impacto en promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades. Por ello, es fundamental que los gobiernos locales entiendan la Salud como una materia transversal que impregne y condicione el resto de las áreas políticas de actuación.

España

La **Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud**, aprobada en 2013, busca integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención en todos los niveles, sectores y actores implicados. Esta estrategia tiene entre sus principios rectores la STP y propone el trabajo en el ámbito local como un aspecto clave para ganar salud.

Andalucía

El Estatuto Andaluz otorga a las administraciones locales un mayor protagonismo y recoge que es competencia municipal la elaboración, aprobación, implantación y ejecución de su **PLS**, al igual que el desarrollo de políticas de acción local y comunitaria en materia de salud.



La **Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía** recoge en su **CAPÍTULO II: La salud pública en el ámbito local:**

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

1. *Corresponde a los municipios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones públicas, el ejercicio de las competencias propias establecidas en la legislación básica en materia de entidades locales, en la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, y en el artículo 38 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.*
2. *Sin perjuicio de las competencias autonómicas, corresponderá a los municipios andaluces velar en sus respectivos territorios por la protección y la promoción de la salud de la población en las competencias que puedan asumir, conforme a lo dispuesto en la correspondiente legislación reguladora en esta materia.*
3. *Los municipios asumen la coordinación de las intervenciones contempladas en el Plan Local de Salud en materia de promoción de salud comunitaria en su territorio, incorporando y articulando la acción y participación de la población y de los diferentes sectores públicos y privados implicados.*

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

1. *El Plan Local de Salud es el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio o de una mancomunidad de municipios. La elaboración, aprobación, implementación y ejecución de este plan corresponden a los municipios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.13 de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía.*
2. *El Plan Local de Salud abordará los siguientes contenidos mínimos:*
 - *El hogar y la familia como centro de la intervención.*
 - *Seguridad y gestión del riesgo: vial, laboral, alimentaria, medioambiental y ciudadana.*
 - *Reducción de las desigualdades en salud: socioeconómica, cultural, de género, que afecten a grupos específicos o a personas en situación o en riesgo de exclusión.*
 - *Estilos de vida saludable: actividad física, alimentación equilibrada y lucha contra el tabaquismo.*
 - *Entornos saludables y estrategias sostenibles: escuelas, lugares de encuentro, ocio y paseo.*
 - *Elementos de protección en relación con las garantías en salud alimentaria y salud medioambiental.*

El **IV Plan Andaluz de Salud**, entre sus líneas prioritarias, propone la definición y el desarrollo del nuevo modelo integrado de Salud Pública para abordar la Salud, identificando la Acción Local como uno de sus ejes transversales de actuación para alcanzar los objetivos.

La **Estrategia de la Red Local de Acción en Salud (RELAS)**, concreta la forma de **llevar la Salud en Todas las Políticas al nivel local** y comprende un conjunto de actuaciones orientadas a situar la política y las acciones de salud pública en el escenario más cercano a la población, posibilitando las sinergias de las políticas públicas, la implicación del sector privado y la ciudadanía, con el **liderazgo de los gobiernos locales**. Esta estrategia es un proyecto de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud, con el objetivo de poner en valor la prevención de la enfermedad, y la promoción y protección de la salud en los municipios de Andalucía. El resultado es el establecimiento y desarrollo de una **Red Local de Salud, que trabaja para la mejora de la salud de la población**, con un enfoque de perdurabilidad en el tiempo y conforme a un proceso de planificación, que se concreta en el instrumento clave del PLS.

La estrategia RELAS propone una metodología **para la incorporación de la perspectiva de salud en las agendas políticas** del municipio. Implica la elaboración de Planes Locales de Salud y el desarrollo de Redes Locales de Salud, con representantes de los sectores de mayor vinculación con los distintos determinantes sociales de la salud, tanto públicos como privados, así como la sociedad civil.

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



La **metodología** aludida articula el proceso en una serie de fases, que en el caso de Sevilla, se han adaptado a la realidad e idiosincrasia de la ciudad.

Las **fases** son las siguientes:

1. **Inicial:** En esta etapa se establece el compromiso político materializado en la firma de un acuerdo y en la creación de un Grupo Motor (GM) que lidera el proceso, para lo cual se lleva a cabo una formación sobre los fundamentos de la acción local y la metodología para la elaboración e implantación de los Planes Locales de Salud.
2. **Perfil Local de Salud:** Consiste en la elaboración de un informe sobre los determinantes de la salud del municipio que identifica problemas, riesgos, necesidades, recursos y activos existentes en la comunidad. Es el producto de un proceso de trabajo y de reflexión intersectorial y participativo del que se genera un diagnóstico inicial.
3. **Priorización:** Es el momento del proceso donde se establecen cuáles son las prioridades que va a abordar el PLS a partir de la relación de problemas y necesidades identificados en la fase anterior.
4. **Plan de Acción:** En esta fase se realiza el diseño y la construcción de las líneas de acción, sus objetivos e indicadores de evaluación.
5. **Aprobación Política:** El documento del PLS se traslada al Equipo de Gobierno para su aprobación y de ahí se remite al Pleno Municipal para su conocimiento.
6. **Implantación:** Se refiere al periodo de cuatro años en el que se ejecutan las Agendas del Plan de Acción. Anualmente el GM se reúne para planificar y desarrollar las medidas que van a incluirse en la Agenda. En esta fase el GM se enriquece con la incorporación de agentes locales que van a implicarse en las distintas medidas, creándose y fortaleciéndose la Red Local de Acción en Salud.
7. **Evaluación Intermedia y Final:** Consiste en la valoración del PLS, de sus logros y de su ejecución. Hay dos evaluaciones: la intermedia, que se realiza anualmente y valora el éxito de la agenda y por tanto de las medidas desarrolladas; y la final, que se realiza al concluir el periodo de implantación e implica una valoración completa de los objetivos planteados. Por lo tanto, estas evaluaciones permiten controlar la evolución de la implementación y tomar medidas correctoras ante posibles desviaciones.
8. **Estrategia de Comunicación:** No es una fase en sí misma, sino que es un proceso transversal y paralelo a todas las fases del PLS. Consiste en la planificación de las acciones que se deben poner en marcha para alcanzar los objetivos de difusión y comunicación.

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

Mejorar la calidad de vida de las personas que viven en la ciudad de Sevilla a través del diseño, la organización y la evaluación del Plan Local de Salud, promoviendo la participación activa de la ciudadanía y la cooperación entre los diferentes sectores vinculados a los determinantes sociales de la salud presentes en la ciudad.

2.2. Visión

Mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas de Sevilla a través de la promoción de hábitos de vida saludable, la mejora del entorno medioambiental y sociocultural y la disminución de las desigualdades socioeconómicas.

2.3. Principios rectores

- **Enfoque comunitario:** Las intervenciones del plan son prioritariamente realizadas a través de la participación de las estructuras comunitarias existentes en la ciudad. Impulsa una intervención preventiva y promocional, capacitando a los actores y agentes locales para afrontar la problemática y retos existentes.
- **Intersectorialidad:** Los diferentes sectores presentes en la ciudad se implican y coordinan al mismo nivel para abordar los problemas existentes. El trabajo coordinado de diferentes administraciones y profesionales se fundamenta en la solidaridad entre ellas, buscando la creación y fortalecimiento de redes, tanto profesionales e institucionales, como asociativas y ciudadanas.
- **Participación ciudadana:** La visión que las personas tienen sobre su propia salud y sobre los determinantes que les afectan directamente es la base de la planificación de las intervenciones a desarrollar desde el PLS. La ciudadanía y los equipos profesionales son los protagonistas y propietarios del proceso de desarrollo, implantación y evaluación del PLS. Se promueve el uso de una metodología que permita una participación ciudadana directa, efectiva y eficaz, en cada una de las fases del proceso.



- **Gobernanza:** El PLS es una herramienta para desarrollar una buena gobernanza en el área de la salud pública, permitiendo un ejercicio de apertura y transparencia en la gestión y planificación de las intervenciones a desarrollar.
- **Transversalidad:** La realidad que busca el plan presenta una naturaleza transversal, puesto que es una única realidad que se aborda desde muchos ángulos, por lo tanto, la transversalidad de las líneas está en la base del diseño de las mismas.
- **Transparencia:** Todo el proceso de diseño, desarrollo, implantación y evaluación del PLS es transparente, tanto a la ciudadanía como al resto de las instituciones. Para ello se utilizarán los canales habituales del ayuntamiento para su difusión y valoración pública.
- **Empoderamiento y autonomía:** El PLS es un instrumento que permite visibilizar todas las fortalezas y potencialidades de la ciudad de Sevilla, tanto sus instituciones como las personas que viven en ella, siendo estas las generadoras del impulso sobre el que se desarrolle el avance y la mejora de la salud local.
- **Interseccionalidad:** La desigualdad que sufre una persona está definida por multitud de aspectos, por lo tanto, se tienen en cuenta las diferentes realidades que afectan a una misma persona o grupo.
- **Salutogénesis:** Las medidas tienen el objetivo de estimular el uso de los activos en salud presentes en el entorno más cercano de las personas, fomentando aquellos recursos que ya están teniendo un impacto positivo en la salud de las personas. Lo que se persigue es generar salud.
- **Solidaridad y equidad:** Dentro de un mismo entorno geográfico existe una diversidad de realidades socioeconómicas, por ello, el PLS promueve que toda la ciudadanía del territorio consiga lograr los mismos niveles de salud, adaptándose las actuaciones a las diferentes realidades de cada territorio.
- **Respecto a la diversidad:** Las diferentes ideologías, religiones y culturas existentes en la ciudad se tienen en cuenta y se incorporan en las distintas fases del PLS.
- **Perspectiva de género:** El PLS contempla los diferentes puntos de partida, oportunidades, necesidades y expectativas que tienen las mujeres de la ciudad de Sevilla a la hora de diseñar, implementar y evaluar el PLS.

3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla

Este nuevo Plan introduce como novedad, respecto al anterior elaborado por el Servicio de Salud, el que es un **Plan de CIUDAD** donde la presencia y particularidad de cada territorio tendrá entidad propia, con la finalidad de poner en valor las necesidades de cada zona, para de esta forma facilitar su gestión entre los diferentes sectores y administraciones. Así mismo, al seguir la metodología RELAS, se consiguen un elevado nivel de participación e implicación de la ciudadanía.

Es decir, implantar a través del Plan, **“LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS”** como estrategia transversal que trata de aprovechar las sinergias existentes entre las políticas sanitarias, de prevención y promoción de la salud y el resto de políticas públicas que inciden sobre los diferentes determinantes sociales, generándose un efecto multiplicador sobre la salud y el bienestar de la ciudadanía.

En Sevilla, **se ha adaptado la metodología RELAS a la realidad local, dado el tamaño y la idiosincrasia del municipio.** La ciudad de Sevilla se compone de once distritos municipales de un gran tamaño geográfico y poblacional, por lo que cada uno de los distritos deben ser tratados como una unidad municipal, elaborándose un plan de salud propio en cada uno de ellos.

Ilustración 3: Estructura del PLS de Sevilla.



El PLS de la ciudad de Sevilla debe ser el resultado de las sinergias y particularidades de estos planes de distritos y de una visión general de la ciudad en su conjunto.



Ilustración 4: Línea temporal de los principales hitos.



3.1. Fase Inicial

En el mes de **Abril de 2016** se produce la **primera toma de contacto** entre Ayuntamiento, Consejería de Salud y Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Política Sociales, con el objetivo de elaborar un PLS de la ciudad de Sevilla con la metodología RELAS.

Imagen del acto de firma del acuerdo de colaboración (2016).



El **13 de Octubre de 2016** se realiza la '**Firma del Acuerdo**' entre el Ayuntamiento, la Consejería de Salud y la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Política Sociales, con una **presentación del proyecto** por el Delegado de Bienestar Social y Empleo (Salud) a los y las integrantes del Gobierno Local.

Se diseña una **ESTRUCTURA ORGANIZATIVA** en función de las características de la ciudad, formándose varios grupos con diferentes funciones.

Para la coordinación de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) en Sevilla se constituye un grupo estratégico, con el nombre de '**Grupo Sevilla**'. Formado por representantes del Ayuntamiento (Servicio de Salud, Sección de Promoción de Salud), de la Consejería de Salud (Servicio de Promoción y Acción Local en Salud), de la Unidad de Salud Pública del Distrito Sanitario Sevilla y de la Delegación Territorial de Salud y Políticas Sociales (Jefatura de Servicio de Salud Pública y Profesionales de Acción Local en Salud). Con las funciones de impulsar el proyecto y facilitar el proceso, realizar propuestas para la planificación estratégica y desempeñar tareas de asesoramiento y formación.

Ilustración 5: Esquema de estructura de Grupos de Trabajo del PLS Sevilla.



Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



Para garantizar el impulso y apoyo político se constituyó un **Grupo Motor Político (GMP)** cuyas funciones son recibir información de los principales hitos alcanzados en el proyecto para contar con su sustento y respaldo y que, de este modo, puedan tomarse las decisiones oportunas, analizar y ponderar la viabilidad de las acciones llevadas a cabo en el desarrollo del proyecto y consensuar la estructura de la división de la ciudad por sectores. Este grupo está compuesto por los y las **responsables de las Delegaciones Municipales y Direcciones Generales de las diferentes Áreas municipales.**

En un nivel más operativo, se constituyó el **Grupo Motor Ejecutivo (GME)**, con los objetivos de coordinar e impulsar los Grupos Motores Territoriales (GMT) de los distritos, recopilar y analizar toda la información que se genere, unificar los productos elaborados por los diferentes GMT y convocar e informar al GMP en relación al desarrollo del proyecto cuando así se requiera. Este grupo está formado por las **Jefaturas de Servicio de las diferentes áreas municipales y Referentes de Salud de la Junta de Andalucía.**

Miembros de los Grupos Motores Político y Ejecutivo		
Área	Grupo Motor Político	Grupo Motor Ejecutivo
Bienestar Social y Empleo	<ul style="list-style-type: none"> Dir. Gral. de Salud Pública y Protección Animal. Dir. de Innovación y Economía Social Dir. Gral. de Acción Social 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Salud Servicio de Intervención de Servicios Sociales Laboratorio Municipal
Hábitat Urbano, Cultura y Turismo	<ul style="list-style-type: none"> Gerencia de Urbanismo Oficina de Accesibilidad Dir. Área Técnica Dir. Gral. de Medio Ambiente, Parques y Jardines 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Coordinación del Desarrollo Urbanístico y Programas de vivienda Servicio de Protección Ambiental Servicio de Planeamiento Servicio de Proyectos y obras Servicio de Conservación de la Edificación y Paisaje Urbano Servicio de Licencias y Disciplina Urbanística
Igualdad, Juventud y Relaciones con la Comunidad Universitaria	<ul style="list-style-type: none"> Dir. Gral. de Igualdad y Cooperación Dir. Gral. de Juventud 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de la Mujer Servicios de Juventud
Educación, Participación Ciudadana y Edificios Municipales	<ul style="list-style-type: none"> Dir. Gral. de Participación Ciudadana Coordinación de Distritos 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Participación Ciudadana Servicio de Educación
Economía, Comercio y Relaciones Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> Dir. Gral. de Economía y Comercio 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Consumo
Movilidad, Seguridad y Fiestas Mayores	<ul style="list-style-type: none"> Dir. Gral. de Movilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio Administrativo de Tráfico y Transportes
Deportes	<ul style="list-style-type: none"> Gerencia IMD 	
Gabinete de comunicación		
Referentes de Salud de la Junta de Andalucía		<ul style="list-style-type: none"> Consejería de Salud D.T. de Salud y Políticas Sociales Unidad Salud Pública Sevilla

El **Grupo Motor Territorial (GMT)** es una estructura de impulso y gestión del proceso de construcción del PLS, cuya finalidad es favorecer la creación de la Red y gestionar su funcionamiento. Se ha optado por la creación de un grupo en cada distrito municipal dado, las características tanto demográficas, geográficas, socioeconómicas, organización municipal, etc. de esta ciudad. Estos grupos están liderados por los y las profesionales de las Unidades de Promoción de Salud (UPS) del Servicio de Salud, a los que previamente se impartió una sesión de formación específica.

Las funciones del GMT son:

- El diseño, seguimiento, planificación y dinamización del PLS en su territorio.
- La conexión con otras áreas técnicas del Ayuntamiento y otras áreas no municipales en su territorio y a su nivel.
- La interlocución con los puestos de responsabilidad técnica a su nivel.
- La búsqueda compartida y la integración de necesidades, recursos y su gestión, así como su propuesta a la ciudadanía.
- La participación en la organización de las actividades centrales en las distintas fases del proyecto.
- La participación en la evaluación del PLS.

Se ha tratado que estos grupos estén integrados por profesionales de diversas áreas municipales y autonómicas y de variadas disciplinas, es decir, interdepartamental e interdisciplinar.

Así pues, en ellos están representados profesionales de diversos sectores: educación, salud, servicios sociales, deportes, participación ciudadana, etc. tanto de la administración local como autonómica.

El **Grupo Motor Territorial del distrito Casco Antiguo** está compuesto por profesionales técnicos¹ de las siguientes entidades.

ENTIDADES
Unidad de Promoción de la Salud Casco Antiguo
Servicio de Salud - Sección Promoción de la Salud
Servicios Sociales. UTS Casco Antiguo
Instituto Municipal de Deportes (IMD)
Unidad de Gestión de Salud Pública. Sevilla
Centro de Salud San Luís
C.E.I.P. Huerta de Santa Marina
C.E.I.P San Isidoro
I.E.S. San Isidoro

1. No hay una asignación nominal en el GMT. En cada convocatoria del GMT son las entidades quienes delegan la representación en la persona técnica que estimen oportuna o tenga disponibilidad.



3.2. Fase de Perfil de Salud

Esta fase tiene como meta elaborar el documento del Perfil de Salud, es decir, un análisis de los distintos determinantes sociales de la salud presentes en el territorio.

Para ello se realiza un **Informe de Salud**, con todos los datos estadísticos existentes, tanto para el distrito como para la ciudad. Este documento se elabora de forma colaborativa entre el Negociado de Sistemas de Información para la Salud y Publicaciones del Servicio de Salud del Ayuntamiento, con la Unidad de Salud Pública del Distrito Sanitario Sevilla.

Por otro lado, se recoge un **análisis técnico sectorial** de los y las profesionales que trabajan en el distrito, para recoger la realidad de la que no existen datos estadísticos.

Y por último, se reflejan las **necesidades sentidas por la ciudadanía**, ya que son los verdaderos conocedores de los problemas que se padecen en el entorno donde habitan.

Para la recogida y elaboración de esta información se realizan dos talleres, que son reuniones de trabajo, con un contenido formativo, a los que asisten los y las profesionales del GMT.

3.2.1. Taller de impulso inicial

En este primer taller se realizó el **28 de septiembre de 2017**. El objetivo principal es la creación del GMT, que sus integrantes se conozcan y reciban una formación inicial sobre las bases metodológicas y conceptuales de la Acción Local en Salud. Se abordan los fundamentos de la estrategia RELAS, con la legislación relacionada y la metodología de elaboración de PLS.

Se presenta el **Informe de Salud del Distrito**. La aproximación a la situación actual de salud en el distrito fue llevada a cabo, fundamentalmente, por personal técnico del Servicio de Salud Municipal. Esta información se complementa con datos aportados por la Unidad de Gestión Clínica de Salud Pública del Distrito Sanitario de Sevilla.

Después se realiza un análisis más cualitativo, con una dinámica de identificación de la problemática existente en el distrito en relación a los distintos determinantes de la salud. Los y las profesionales hacen un análisis individual por barrios, y por determinantes, aportando sus ideas, que luego son agrupadas y enriquecidas en una discusión grupal, que se recogen en el listado de **'Análisis Técnico Sectorial'**.

Imagen del Taller de Impulso.



3.2.2. Detección de Necesidades Sentidas

Para recabar la información de las necesidades sentidas por la ciudadanía se opta por utilizar la técnica de Grupo Nominal (GN), que es una técnica que permite priorizar temas, dando a todas las personas que participan las mismas oportunidades de opinar. El GN permite a un grupo de trabajo llegar a un consenso sobre la importancia que tiene algún tema, problema o solución.

La técnica tiene los siguientes pasos:

1. Selección del grupo de participantes.
2. Explicación por parte del moderador de cómo se va a desarrollar la reunión.
3. Formulación de la pregunta.
4. Redacción en silencio de las respuestas.
5. Aclaración y debate sobre las respuestas.
6. Puntuación individual y confidencial de las respuestas.
7. Elaboración de la lista de respuestas ordenada por orden de puntuación.
8. Finalización de la reunión.

El 24 de octubre de 2017 en el Centro Cívico Las Sirenas se realizó un taller de formación sobre la técnica, en el que se organizó la tarea de realizar los grupos nominales ciudadanos. Las personas del GMT aprendieron la técnica de Grupos Nominales, con el objetivo de que estas mismas personas la utilicen con grupos ciudadanos (infancia, juventud, adultez, mayores) para reflejar los problemas y las necesidades sentidas por la ciudadanía del distrito.

Las personas que forman el GMT fueron las encargadas de organizar los “Grupos Nominales” e invitar a las personas que viven en el distrito a participar en la actividad. La aplicación de la técnica se realizó por rangos de edad de la población: **menores** (0 a 16 años), **jóvenes** (17 a 26 años), **adultos** (27 a 60 años) y **mayores** (más de 61 años). Además, se estableció la premisa de que los grupos debían tener una composición equitativa de mujeres y hombres.

3.3. Fase de Priorización

Para la priorización de los problemas identificados en el distrito, el equipo de coordinación técnica del PLS, elabora un listado con los problemas que se identifican en las distintas partes documento del Perfil de Salud: Informe de Salud, Análisis Técnico Sectorial y los Grupos Nominales. Se realiza entonces un taller el día 25 de Mayo de 2018 en el que participan las personas del GM del distrito, donde se explica la técnica de priorización y se aplica al listado de problemas ya elaborado.

Se utilizó una adaptación de la Técnica de Hanlon, que es ampliamente utilizada en el contexto de toma de decisiones en salud para priorizar con criterios unificados y compartidos.

La técnica facilita la toma de decisión grupal en un tiempo limitado (3 horas) y evita la parálisis por análisis, ya que la decisión final es del conjunto del grupo.

3.4. Fase Plan de Acción

La técnica consiste en listar todos los problemas identificados en el perfil de salud del distrito y puntuarlos individualmente en base a unos criterios, que fueron:

1. **Magnitud:** Cantidad de personas afectadas en el Distrito (de 0 a 10).
2. **Severidad:** Impacto que tiene el problema sobre la persona a la que afecta (de 0 a 10).
3. **Facilidad:** Las medidas que se requieren son más o menos fáciles (de 0 a 10).
4. **Posibilidad:** Posibilidad, capacidad y competencias para abordar el problema (No=0 y Sí=1).

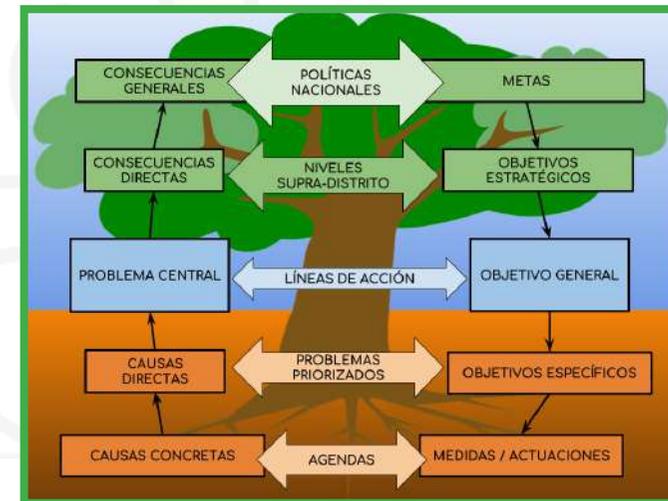
La fórmula para calcular la puntuación de cada ítem es: $(M+S+F) \times P$

Se suman las puntuaciones de todos los y las participantes y se ordena el listado resultante. Los problemas priorizados en cada determinante de salud son los tres que han obtenido mayor puntuación.

Se realizó un borrador donde se refleja una propuesta de plan de acción para el distrito en base a los problemas priorizados.

Se convoca un taller con el GMT el **21 de Noviembre de 2018**, donde se presentan las conclusiones del taller anterior (las priorizaciones), y la propuesta de borrador del plan de acción. A continuación se plantea realizar una dinámica llamada ‘Árboles de problemas y de soluciones’ donde las personas del GMT se dividen en 4 grupos de discusión y elaboran un análisis de los problemas priorizados y de las soluciones que se proponen, utilizando la figura de un árbol.

Ilustración 6: Esquema de la dinámica ‘Árboles de problemas y soluciones’.



En el árbol de problemas, el tronco simboliza el problema principal, las raíces las causas que tiene y la copa las consecuencias que se pueden derivar. En el de soluciones, el tronco es el objetivo general, las raíces van descendiendo hacia los objetivos específicos y propuestas de acción, y hacia las copas se reflejan las metas que se alcanzan si se cumple el objetivo estratégico.

Las aportaciones y análisis realizadas por los y las participantes del GMT se han recogido fielmente en el documento del Plan de Acción.

3.5. Fase Implantación

Esta fase se prolonga durante cuatro años, del 2019 al 2023. Es el periodo en el que se diseñan, planifican e implementan las Agendas y las medidas con las que se van a trabajar los objetivos propuestos.

Para la coordinación e implantación del PLS de Sevilla se realiza una **Agenda** cada año. Este documento se realiza en jornadas de trabajo (formato taller) donde el GMT y el GME se coordinan y abordan las distintas líneas de acción. Cada reunión tendrá una línea de acción como objeto, con el fin de incluir agentes que sean relevantes para el abordaje de la problemática reflejada en la misma. La Agenda reflejará la totalidad de las medidas propuestas en los distintos talleres de las diferentes líneas de acción. El GME de la ciudad evalúa y diseña su propia agenda en función de la consecución de los objetivos y las actividades en cada uno de los distritos.

Las Agendas son un instrumento que recoge las actuaciones incluidas en el Plan de Acción y aquellas que ya se vienen realizando en el municipio además de otras nuevas que puedan diseñarse específicamente para el periodo de ejecución de la Agenda.

Constituyen una herramienta básica para describir las actuaciones que se realizan, diseñar y planificar otras, intercambiar información entre diferentes sectores y crear nuevas sinergias que ayuden a mantener viva la Red Local en Salud y empoderarla.

Para el diseño de las Agendas se utilizarán técnicas de dinamización y de consenso en un proceso en el que se coordinarán las propuestas de los diferentes Grupos de Trabajo, para su discusión y aprobación.

Ilustración 7: Esquema contenido de agenda.



Las Agendas deben incluir todos los programas, proyectos y actividades que se vayan a desarrollar en su periodo de vigencia. Cada programa, proyecto y/o actividad contendrá una descripción de correlación con su Línea Estratégica así como con los objetivos generales y específicos. Incluirá, además, los sectores implicados, los recursos identificados, su temporalización y los indicadores de evaluación.

Los GMTs se reúnen trimestralmente para diseñar, planificar y evaluar las **medidas** concretas que se incluyen en las Agendas. Estas medidas deben cumplir los siguientes **criterios para ser incluidas en las Agendas**:

1. Buscan cumplir los objetivos del PLS.
2. Se acuerdan en el GM.
3. Se divulgan con el logotipo del PLS.

Para cada medida el GMT elabora una Ficha de Medida (ANEXO 1).

También se incluye un **procedimiento de adaptación del PLS y sus Agendas**, a la realidad de la ciudad y de la ciudadanía, ya que es un documento vivo que responde a las necesidades de la Red Local de Acción en Salud. Por esto, se incluyen también medidas que no responden a ninguno de los objetivos generales expuestos en el Plan de Acción, si responden a los objetivos estratégicos, mientras que cumplan los siguientes **requisitos**:

1. Persiguen tener impacto positivo sobre la salud de la población.
2. Son impulsadas desde el GM.
3. Se difunden con el logo del PLS.

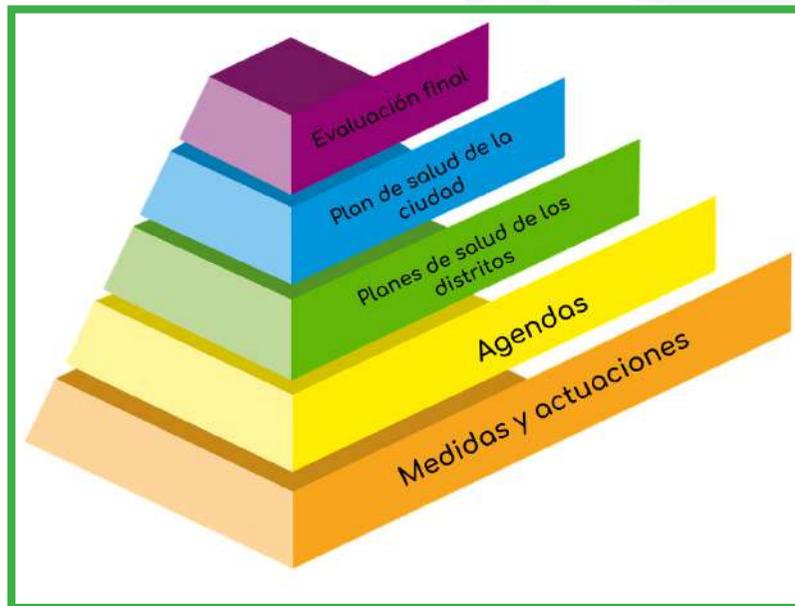
Estas medidas se incluyen en una agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

3.6. Evaluaciones

Se realizan cuatro evaluaciones anuales intermedias de las agendas y una evaluación final. La evaluación del PLS responde a una estructura piramidal, donde la evaluación y resultados de cada nivel se fundamenta en la evaluación e implantación de los niveles inferiores.

De modo que, los objetivos del plan de la ciudad se cumplen en base al cumplimiento de los objetivos de los planes de los distritos, que dependen a su vez del éxito de las medidas incluidas en las agendas.

Ilustración 8: Niveles de Evaluación.



Evaluaciones según los momentos:

1. **Final:** En 2023 se evalúan los objetivos generales propuestos para cada distrito y los estratégicos propuestos para la ciudad.
2. **Anual:** Al final de cada año se realiza una evaluación de las agendas. Es decir se evalúan los objetivos específicos.
3. **Trimestral:** Cada GMT valora el desarrollo de las medidas ejecutadas a través de la ficha de la misma. Esto supone la evaluación de los objetivos operativos.

Evaluaciones según los objetivos:

1. **Acción:** Se evalúan los resultados conseguidos con las distintas medidas. Estos son los indicadores incluidos en los planes de acción.
2. **Ejecución:** se plantean unos objetivos de ejecución generales para todo el PLS. Esta evaluación tiene como objeto identificar áreas que no estén siendo abordadas de forma efectiva, eficaz o siguiendo los valores del PLS de Sevilla.
3. **Metodología y dinámica del trabajo:** Se propone un checklist (ANEXO 2) que permita una valoración cualitativa de la calidad y efectividad del mismo de cara a poder mejorarla.

4. Documentos

Los **objetivos de ejecución** son los mismos para toda la ciudad:

1. **Realizar anualmente al menos una medida por cada objetivo general:** De las medidas incluidas en las agendas anuales de cada distrito se realiza al menos una por cada problema priorizado en el distrito. Esto implica realizar al menos 12 medidas anuales por distrito.
2. **Desarrollar anualmente al menos una medida nueva en cada distrito:** Entre el total de las medidas que se incluyan en la agenda del distrito, al menos una debe ser novedosa, o sea que no se esté implementando actualmente.
3. **Implicar un mínimo de tres sectores en, al menos, el 50% de las medidas desarrolladas:** Las medidas implementadas en el distrito, al menos la mitad, implicarán la participación de tres sectores o más.
4. **Ejecutar a lo largo de los cuatro años de implantación al menos el 50% de las medidas propuestas por los GMT:** Del total de medidas incluidas en las agendas de los distritos de la ciudad, al finalizar la implantación del PLS (2023) se habrán implementado al menos la mitad.

Como resultado de todo el proceso descrito se han obtenido una serie de documentos que conforman el PLS. Estos productos son un reflejo del trabajo realizado en cada uno de los distritos de la ciudad por el GMT.

4.1. Perfil de Salud

Por razones de claridad en la información, se incluyen aquí los datos del Perfil de Salud del Distrito que han sido valorados como relevantes en el distrito.

1. Informe de Salud

A. División administrativa

Incluye:

1. El **Informe de salud**, con los datos estadísticos existentes, tanto para el distrito como para la ciudad. Este documento se elabora por el Negociado de Sistemas de Información para la Salud y Publicaciones del Servicio de Salud del Ayuntamiento, con aportaciones de la Unidad de Salud Pública del Distrito Sanitario Sevilla.
2. **Las conclusiones del análisis técnico sectorial del distrito**, que recoge la realidad de la que no existen datos estadísticos.
3. **Las conclusiones de las necesidades sentidas por la ciudadanía**, del distrito, ya que son los verdaderos conocedores de los problemas que se padecen en el entorno donde habitan.

La ciudad de Sevilla se divide en 11 distritos municipales que tienen competencias propias, así como su representación política dentro del gobierno local.

Distritos municipales	
Casco Antiguo	Nervión
Bellavista – La Palmera	Este – Alcosa – Torreblanca
Macarena	Cerro – Amate
Triana	Norte
Sur	Los Remedios
San Pablo – Santa Justa	



Ilustración 9: Extensión geográfica de los distritos municipales de la ciudad de Sevilla.

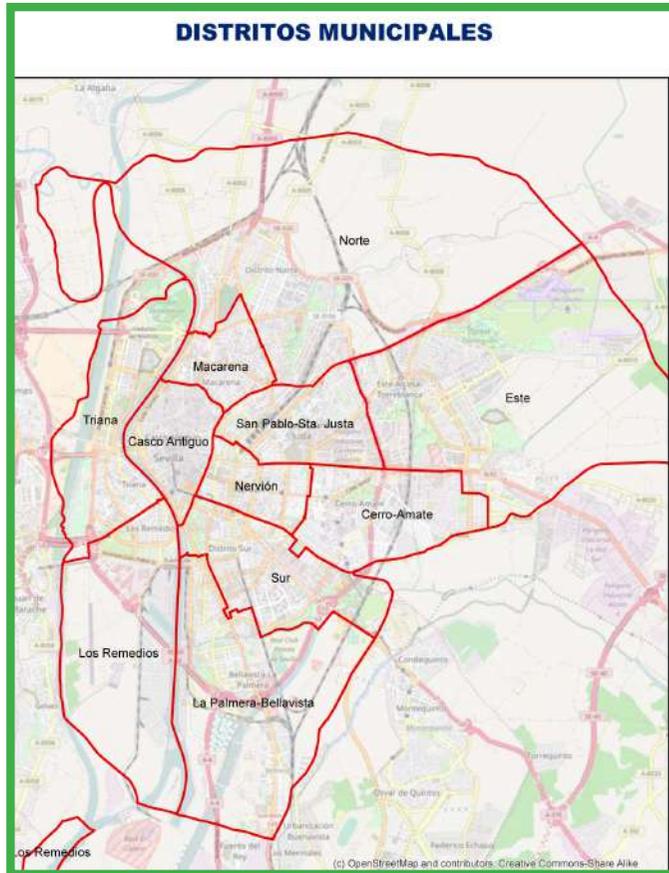
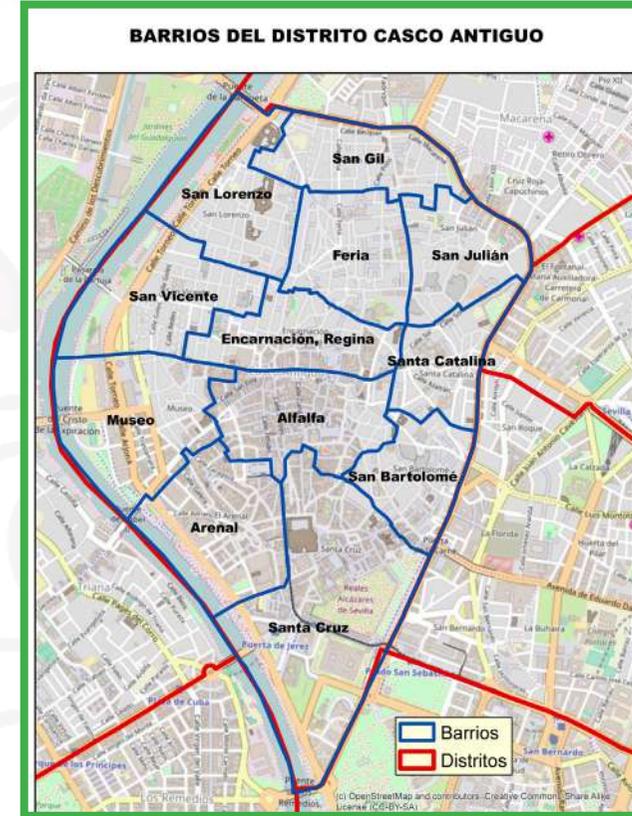


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



B. Datos socio-demográficos

Casco Antiguo no es un distrito muy poblado con un total de 59.081 habitantes pero su superficie es pequeña. Esto hace que sea el tercer distrito más densamente poblado, triplicando la media de la ciudad.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Distrito	Superficie (Km ²)	Población	Densidad (Hab./Km ²)
Casco Antiguo	4,23	59.081	13.967,14
Macarena	3,17	74.980	23.653,00
Nervión	3,20	51.117	15.974,06
Cerro - Amate	7,39	88.626	11.992,69
Sur	7,56	71.630	9.474,87
Triana	9,38	48.948	5.218,34
Norte	38,10	73.968	1.941,42
San Pablo - Santa Justa	5,63	60.842	10.806,75
Este - Alcosa - Torreblanca	30,61	103.306	3.374,91
Bellavista - La Palmera	16,11	41.274	2.562,01
Los Remedios	14,41	25.172	1.746,84
TOTAL SEVILLA	141,29	698.944	4.946,88

La población del distrito fue creciendo en los primeros años de la última década alcanzando un pico de población en 2012 con 60.437 personas, desde entonces ha disminuido en 1.350 habitantes, aunque continua con más población que al principio de la década.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

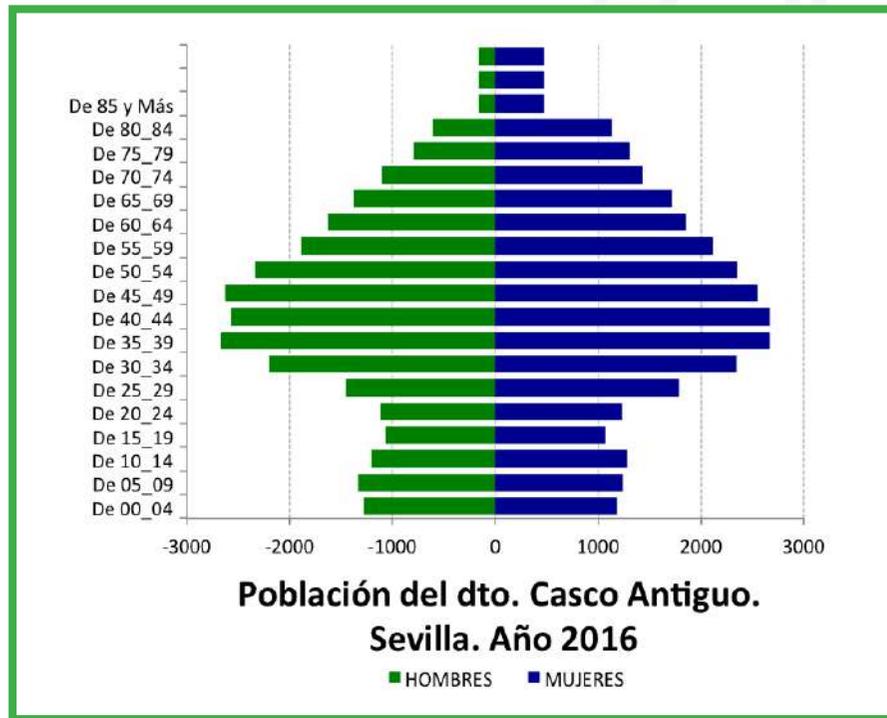


Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

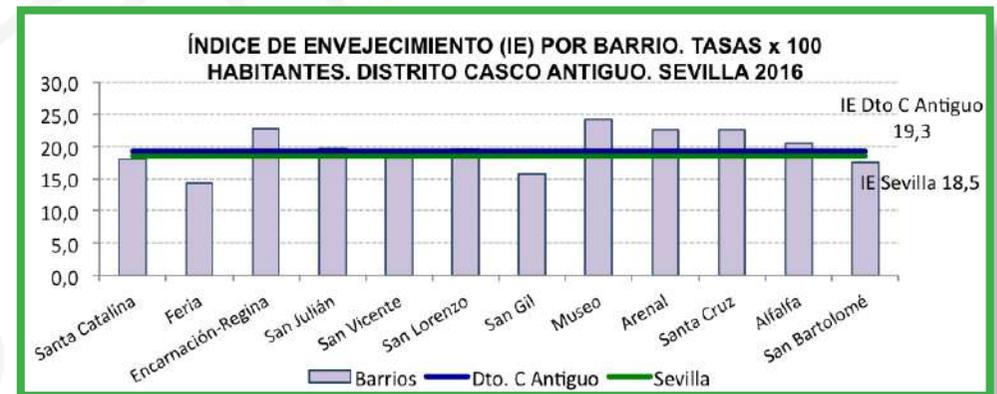
La población actual representada en una pirámide indica la misma tendencia que la ciudad, una población envejecida.

El **Índice de Envejecimiento** relaciona la población mayor de 64 años con la población total en porcentajes.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

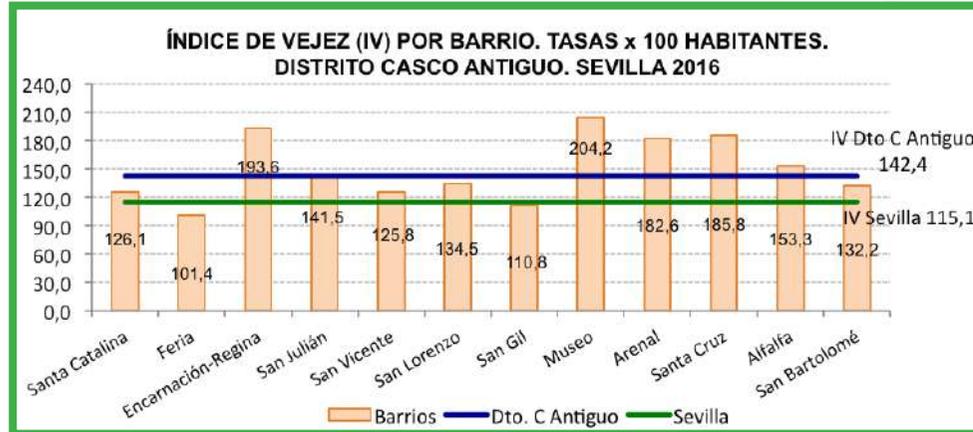


Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



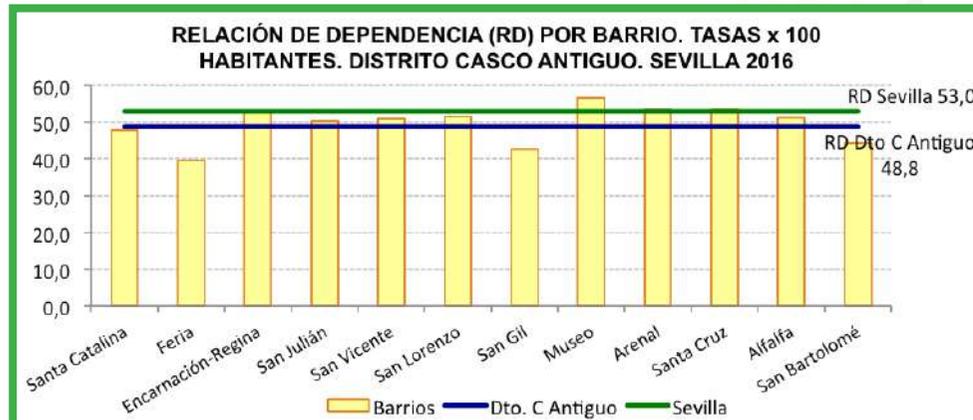
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



La **Relación de Dependencia** se refiere al cociente entre la población inactiva (población menor de 16 y mayor de 64 años) y la población activa (entre 16 y 64 años) multiplicado por cien.

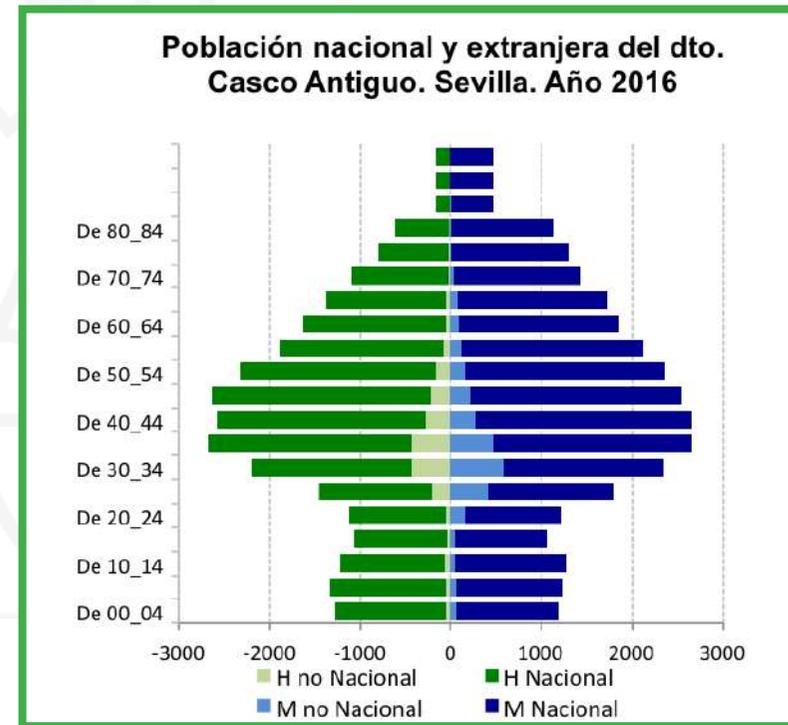
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la **población extranjera de la ciudad**, en el distrito Casco Antiguo encontramos 5.101 personas de ambos sexos, es decir el **14,2%**, lo que hace que sea el tercer distrito con más personas extranjeras de Sevilla, después del distrito Macarena y Cerro - Amate.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



La distribución en el distrito Casco Antiguo de dicha población extranjera por su nacionalidad se muestra a continuación. Aunque con excepciones, se han agrupado según el continente de origen, por diferencias culturales se ha separado Europa Occidental de la Oriental y América del Sur del resto del continente; en el caso de las personas oriundas de África se han distinguido los procedentes de Marruecos por ser esta nacionalidad predominante con diferencia del resto del continente africano.

Una amplia mayoría de la población extranjera en este distrito son de Europa Occidental (más del 50% con cifras similares según el sexo), Asia y América (con mayoría femenina).

Observando la relación de población extranjera respecto a la nacional nos encontramos más población extranjera en dos zonas, por un lado, la antigua judería (Santa Cruz y San Bartolomé, con 14 personas extranjeras por cada 100 españolas) y por otro, la zona de Santa Catalina, Feria y Encarnación - Regina (con 11 personas extranjeras por cada 100 españolas).

Si nos centramos únicamente en la población extranjera, el 25,5% del total del distrito se concentra en los barrios más poblados, es decir, en Feria (14%) y San Gil (11,5%).

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito				
Procedencia	Hombres	Mujeres	Ambos	% Extranjeros (Ambos)
Europa Occidental	1383	1396	2779	54,5
Asia	235	376	611	12,0
América del Sur	199	290	489	9,6
Resto de América	157	303	460	9,0
Europa del Este	152	258	410	8,0
Marruecos	110	92	202	4,0
Resto de África	48	61	109	2,1
Otros	24	17	41	0,8
Total	2308	2793	5101	100,0

C. Datos Socioeconómicos

Para poder estudiar y establecer las desigualdades socioeconómicas en la ciudad de Sevilla se elaboró en 2005 un índice – al que se llamó **Índice Sintético de Nivel Socioeconómico** - que combinaba distintas variables del Censo de Población y Vivienda de 2001.

Una vez establecido el índice, tanto para el total de la población como por sexo, el estudio se llevó a cabo por barrios (un total de 106) y, posteriormente, por secciones censales (un total de 510) de la ciudad, con el fin de poder determinar con mayor exactitud las zonas que presentaban un índice con menor nivel socioeconómico.

En 2011 el censo de población y viviendas no fue tan exhaustivo. Esta característica no ha hecho posible replicar en iguales condiciones el cálculo del ISNSE realizado a partir de los datos del censo 2001, al no poder disponer de los datos necesarios ni a nivel de sección censal ni a nivel de barrio ni por sexo.

En esta ocasión ha sido necesaria una agrupación más burda para llegar a unidades de análisis con suficiente población; se tuvo en cuenta la proximidad entre barrios y la similitud en cuanto a características sociodemográficas. Finalmente se establecieron 50 unidades de análisis, agrupaciones de 1 o más barrios.

A partir de los datos aportados por el INE para cada una de las unidades de análisis y siguiendo el proceso del ISNSE 2001, se obtiene el índice sintético tras calcular los siguientes **indicadores**:

- Porcentaje de personas con bajo nivel de instrucción: N° de personas analfabetas o sin estudios / n° de personas de 16 o más años.
- Porcentaje de parados: N° de personas paradas / n° de personas activas.
- Porcentaje de trabajadores no cualificados: N° de personas con ocupaciones elementales / n° de personas ocupadas.

En el distrito **Casco Antiguo**, la agrupación de barrios ha sido la siguiente:

- Agrupación 41: “Santa Catalina y San Bartolomé”, al que corresponde el **nivel socioeconómico 2**.
- Agrupaciones 14, 16, 2 y 39: “Encarnación, Regina y Alfalfa”, “San Julián, San Gil y Feria”, “Santa Cruz y Arenal” y finalmente “San Vicente, San Lorenzo y Museo” todas estas agrupaciones de barrios con **nivel socioeconómico 1**, el más alto.

Los siguientes mapas recogen esta información, así como el índice basado en los datos de 2001 y los cambios producidos en el periodo analizado. Como vemos, el nivel ha bajado dos puntos en la agrupación de barrios de “San Julián, San Gil y Feria”, que pasa del nivel 3 al nivel 1, mientras que el resto se ha mantenido en el mismo nivel de 2001.

Ilustración 11: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.

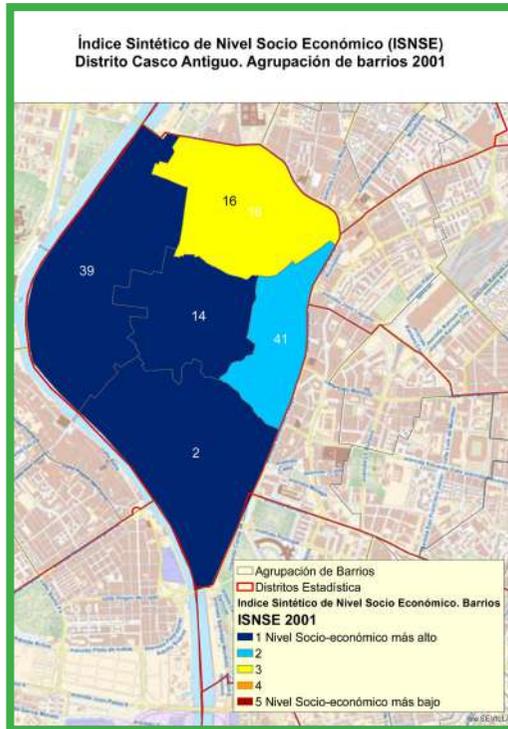


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.

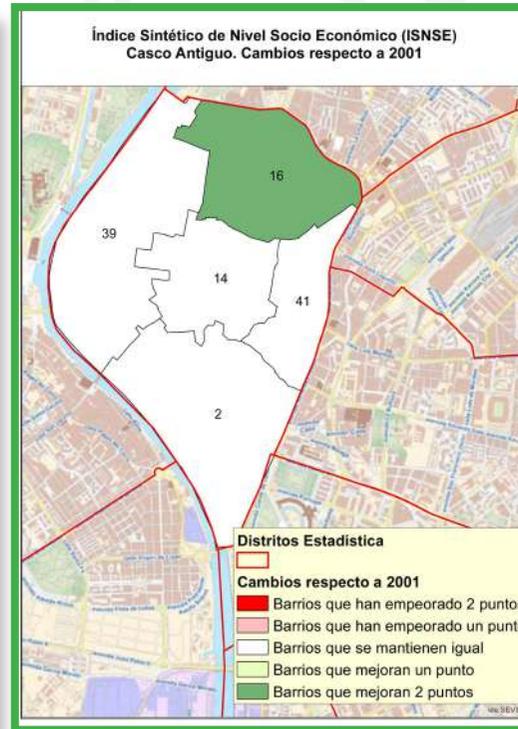
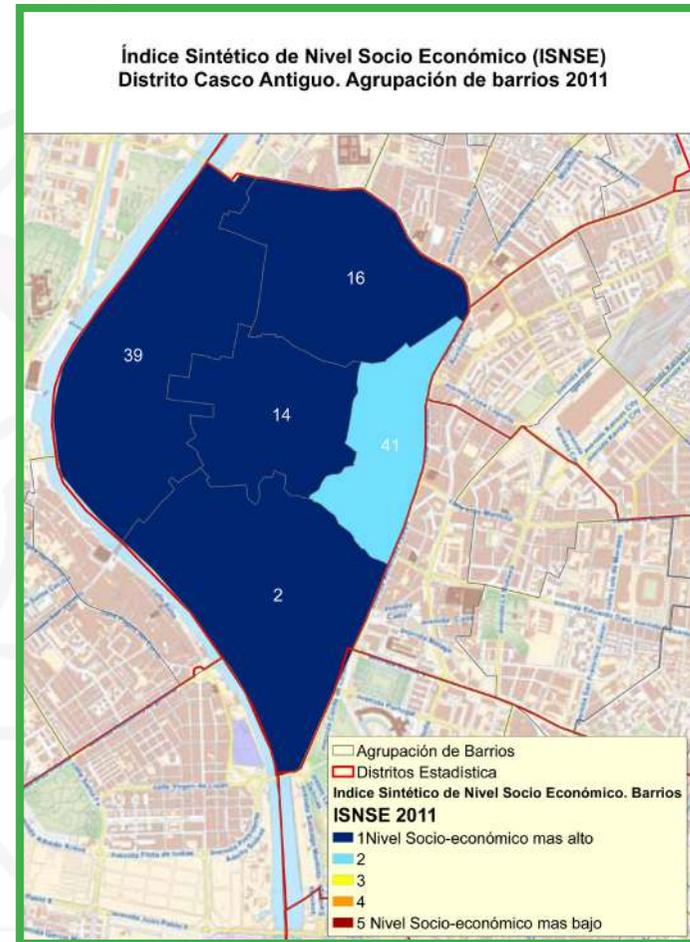


Ilustración 13: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



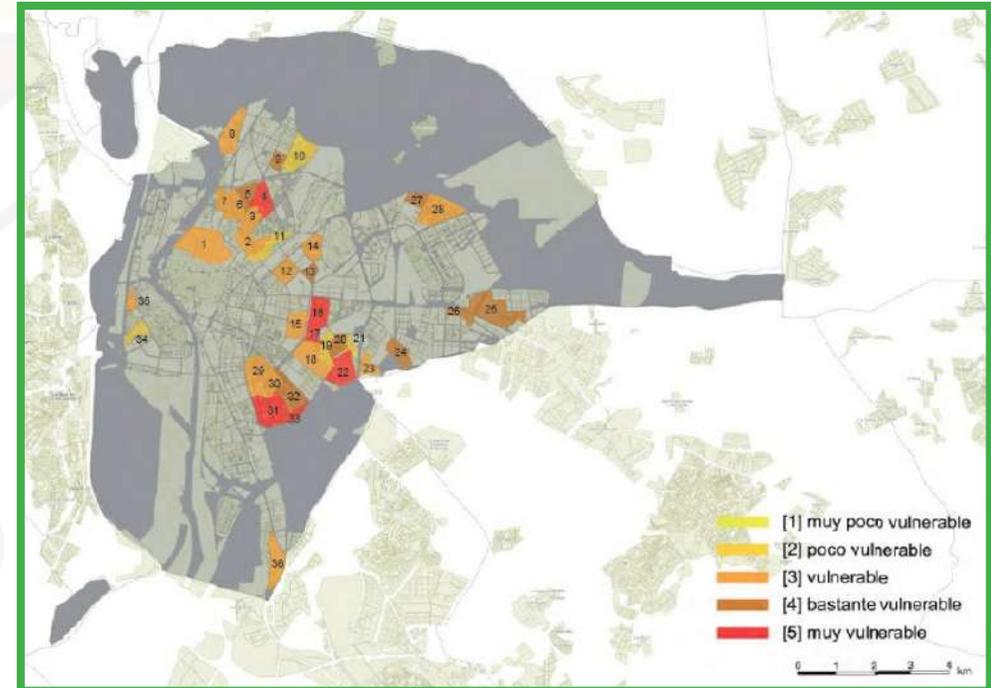
Barrios vulnerables

Tal y como se recoge en la metodología del Atlas de la Vulnerabilidad Urbana en España 2001 y 2011 (Edición de diciembre de 2015, Ministerio de fomento), se consideran Indicadores Básicos de Vulnerabilidad Urbana (IBVU) los siguientes:

- Porcentaje de población en paro.
- Porcentaje de población sin estudios: comunes para 2001 y 2011.
- Porcentaje de población en viviendas sin servicio o aseo: indicador de las carencias en las viviendas en 2001, sustituido por el Porcentaje de viviendas en edificios en estado de conservación ruinoso, malo o deficiente para la fecha de referencia de 2011.

En el distrito Casco Antiguo se consideran barrios vulnerables a Feria, San Gil, parte de San Lorenzo y Parte de San Julián. Todos estos barrios están situados al norte del distrito y junto a la antigua muralla de la ciudad. No obstante, y teniendo en cuenta que parte de los datos utilizados para este estudio son de 2001 y 2011 y con los cambios que se han producido en estos barrios en la última década, es muy probable que las condiciones de vulnerabilidad hayan mejorado.

Ilustración 14: Ubicación geográfica de los barrios vulnerables de Sevilla. Ministerio de Fomento.



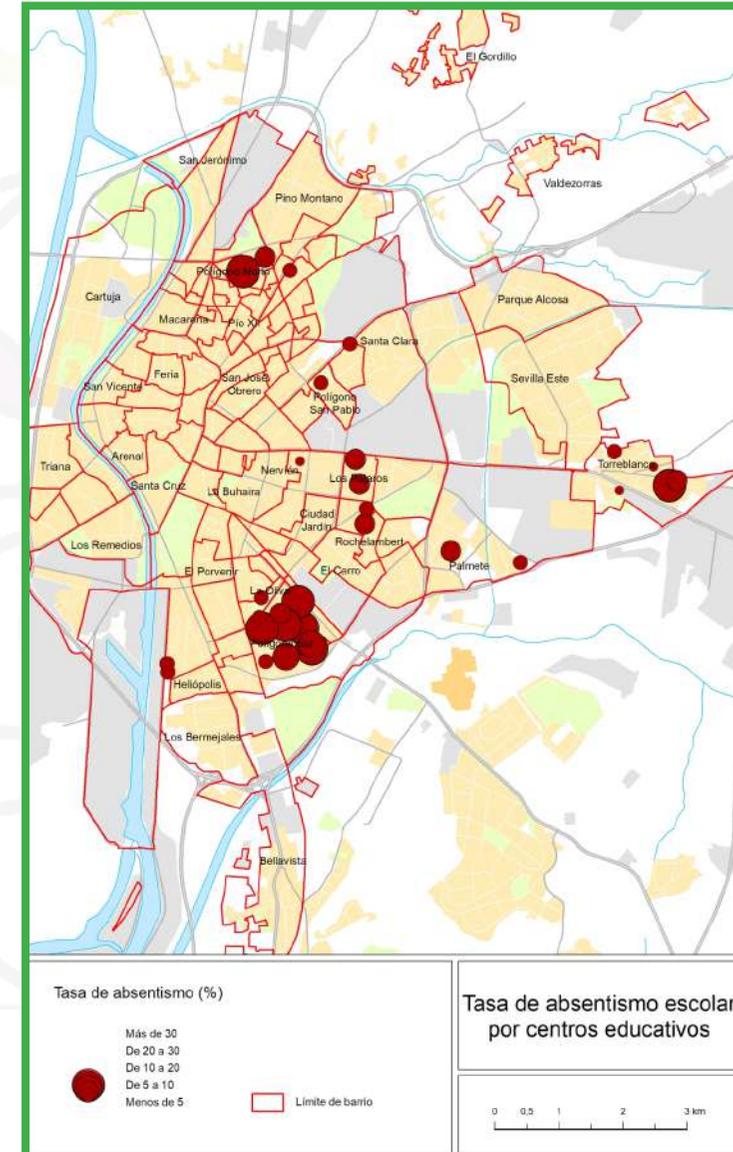
Absentismo Escolar

A continuación se muestran las cifras del registro de menores absentistas para cada subcomisión de absentismo de la ciudad.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Memoria de absentismo (curso 2015-16)				
Distrito	Subcomisión	Absentistas		Menores Escolarizados
Sur	Polígono Sur	441	20,2%	2185
Este - Alcosa -Torreblanca	Torreblanca - Palmete	221	6,2%	3416
Cerro - Amate	Tres Barrios - Amate	146	6,1%	2381
Macarena	Polígono Norte	113	5,7%	1993
Nervión	Nervión - San Pablo	40	2,0%	1980
Cerro - Amate	Rochelambert	40	1,6%	2536
Macarena	Macarena	38	1,1%	3563
Norte	Los Carteros - San Jerónimo	55	1,1%	5185
Sur	Sur	46	0,5%	8415
San Pablo - Santa Justa	Carretera Carmona - La calzada	32	0,5%	6370
Este - Alcosa -Torreblanca	Parque Alcosa - Polígono Aeropuerto - Sevilla Este	35	0,5%	7496
Triana y Los Remedios	Triana - Los Remedios	18	0,2%	7539
Casco Antiguo	Casco Antiguo	12	0,2%	6452
	Totales	1227	2,1%	59511

Ilustración 15: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.



Personas en situación de dependencia

Esta variable pone en relación el número de casos activos de personas dependientes en cada una de las **zonas de los Centros de Servicios Sociales** con el total de la población que reside en dichas zonas.

San Pablo - Santa Justa, con 1.784 casos, es decir, el 4,4% de su población, es el Centro que más casos tiene.

El segundo es Macarena, que aparece con 1.469 casos y un 3,8% respecto a su población.

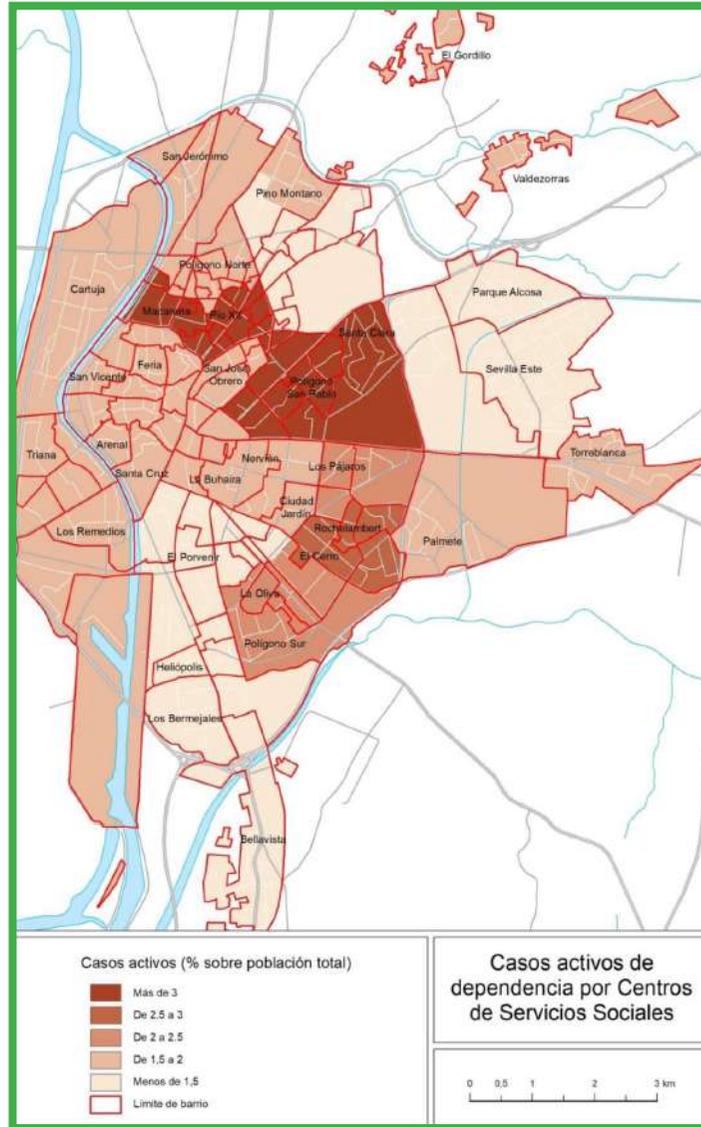
Debemos destacar casos que aunque no suponen un número absoluto muy elevado, sí resultan significativos en cuanto al porcentaje respecto de la población. En este grupo estarían Cerro - Su Eminencia, 2,6%, Tres Barrios - Amate, 2,2%, o Polígono Sur, este último registra un número significativamente menor de casos en total, pero un porcentaje medio del 2,1%.

Alcosa - Polígono Aeropuerto, Los Carteros y Bermejales son las que menos casos, proporcionalmente hablando, presentan, ya que ninguna de ellas supera el 1,5%. En el caso opuesto se encuentran Macarena y San Pablo - Santa Justa con más de un 3% de casos en cada una de las dos zonas.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Casos de dependencia activos desde 2007 a 2016			
Distrito	Centro de Servicios Sociales	Casos Activos	% de población
San Pablo - Santa Justa	San Pablo - Santa Justa	1784	4,4%
Macarena	Macarena	1469	3,8%
Cerro - Amate	Cerro - Su Eminencia	1072	2,6%
Cerro - Amate	Tres Barrios - Amate	684	2,2%
Sur	Polígono Sur	643	2,1%
Casco Antiguo	Casco Antiguo	1082	1,8%
Triana y Los Remedios	Triana - Los Remedios	1300	1,7%
Nervión	Nervión	1250	1,7%
Este - Alcosa - Torreblanca	Torreblanca	618	1,7%
Norte	Polígono Norte	634	1,7%
Norte	San Jerónimo	563	1,6%
Bellavista - La Palmera	Bermejales	1222	1,4%
Norte	Los Carteros	473	1,1%
Este - Alcosa - Torreblanca	Alcosa - Polígono Aeropuerto	918	1,0%
Total		13712	2,0%

Ilustración 16: Distribución geográfica de los casos de dependencia activos.

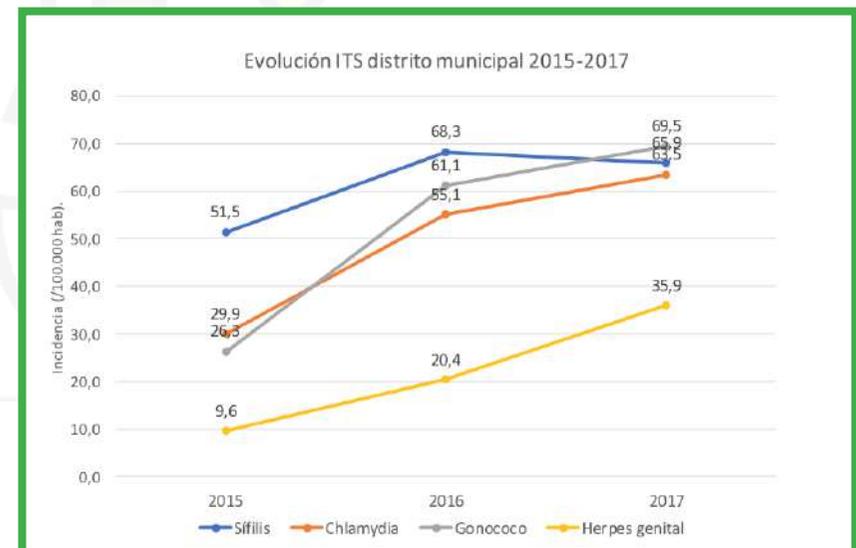


D. Morbilidad

En el distrito Casco Antiguo las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas. Se puede observar en la figura 1 un incremento de la incidencia de todas las ITS desde 2015. De mayor a menor incidencia en el último año descrito identificamos infección gonocócica, seguida de sífilis, chlamydia y herpes genital, alcanzando cada una de estas tres enfermedades valores muy superiores a los identificados en Sevilla ciudad.

Encontramos diferencias por UGC de cada una de estas tres enfermedades. Destaca el CS San Luis que presenta las tasas más altas de notificación de infección gonocócica, sífilis y chlamydia, siendo herpes genital más incidente en la UGC M. Paradas.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Dentro de las **enfermedades inmunoprevenibles** destaca la Hepatitis A por presentar la incidencia más alta en el C.S. San Luís y se observa un incremento de la incidencia importante en 2016 y 2017, alcanzando valores muy superiores a Sevilla ciudad (46.7 por 100.000 habitantes en 2017). El resto de enfermedades se encuentra dentro los valores bajos o medios de la ciudad, sin destacar agrupaciones específicas.

La incidencia de **tuberculosis** en este Distrito presenta valores superiores a Sevilla ciudad en dos centros de salud (incidencia media 2015-17). Existen diferencias entre C.S., destacando San Luís y Marqués de Paradas que presentan una incidencia ligeramente más alta de tuberculosis que la media de la ciudad.

Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

UGC/CAP	Vacunación completa a los 2 años	Vacunación con 2 dosis TV
M. Paradas	99,5%	98,3%
San Luís	94,1%	96,4%

Indicadores de Calidad Preventivos (PQI)

Desde el año 2015 se realiza un análisis de las hospitalizaciones potencialmente prevenibles por **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (PQI5)** y por **Insuficiencia cardiaca (PQI8)**. Este último año se ha incluido el análisis de **amputación de extremidades inferiores en pacientes diabéticos (PQI16)**. Estos indicadores reflejan la morbilidad por determinadas enfermedades crónicas y la atención que reciben tanto en atención primaria como los recursos de apoyo comunitario y social con que cuentan.

Estos ingresos hospitalarios han sido analizados según el Centro de Atención Primaria (CAP) que tiene asignados los pacientes y se presentan como razón estandarizada respecto al conjunto de Andalucía (valor de referencia 100, año 2015).

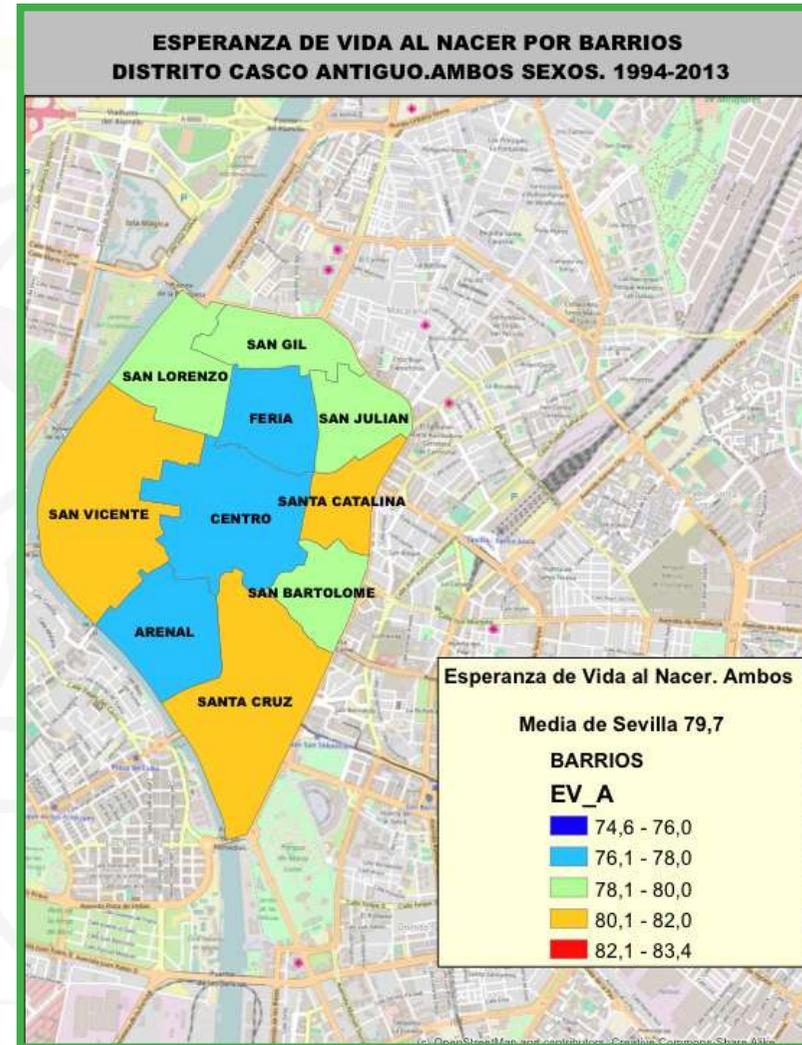
Podemos observar en este distrito municipal diferencias por Centros de Salud, presentando la población de este distrito un bajo riesgo de ingreso por cualquiera de las tres causas estudiadas. Esperanza Macarena es la que presenta un mayor riesgo de ingresos prevenibles por PQI16 con relación a los otros CS.

E. Mortalidad

El distrito Casco Antiguo, en el periodo 2011-2014, ha registrado una **esperanza de vida al nacer** para ambos sexos de 81,5 años, algo por debajo de la media de la ciudad, 81,7 años. Analizando estos datos por sexo, encontramos que las mujeres del distrito Casco Antiguo, al igual que los hombres, tuvieron una esperanza de vida algo por debajo de la media de la ciudad.

Por barrios, y analizando los datos del periodo 1994-2013, se observa que San Vicente, Santa Catalina y Santa Cruz tenían la esperanza de vida al nacer más alta del distrito, por encima de la media de la ciudad, mientras que Feria, Centro y Arenal estaban por debajo de la media de la ciudad.

Ilustración 17: Distribución geográfica de la esperanza de vida al nacer en los barrios del distrito.

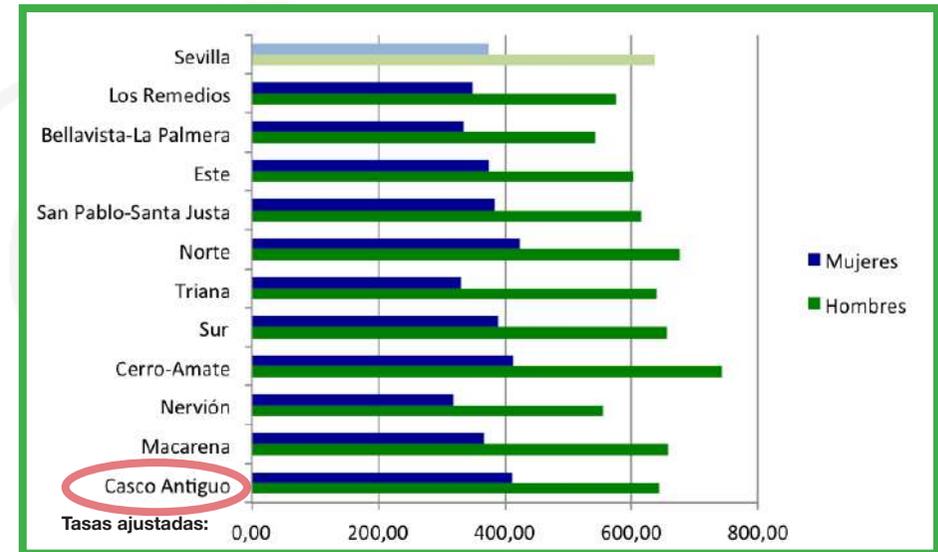


El distrito Casco Antiguo ha registrado, en el periodo 2011-2014, una **Tasa Ajustada de Mortalidad General** por 100.000 habitantes algo superior a la media de la ciudad, tanto para hombres como para mujeres.

En el periodo 2011-2014, El distrito Casco Antiguo registró las tasas de mortalidad por **enfermedades circulatorias** más altas de la ciudad, tanto para hombres como para mujeres; lo mismo ocurrió con las defunciones por **enfermedades infecciosas** donde las mujeres presentaron la tasa más alta de la ciudad y los hombres la segunda tasa más alta, solo por debajo del distrito Cerro - Amate.

En la siguiente gráfica se muestra la Tasa Ajustada por 100.000 habitantes de mortalidad general, por todas las causas, en los distritos de Sevilla (2011-2014).

Fuente: IECA. Elaboración propia.



Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) son una de las medidas del impacto relativo de varias enfermedades y problemas de salud en la sociedad, que ilustran sobre las pérdidas que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros.

Se considera que una muerte es prematura cuando ocurre en un periodo de edad predeterminada, que en nuestro estudio es para personas mayores de 1 año y menores 70 años.

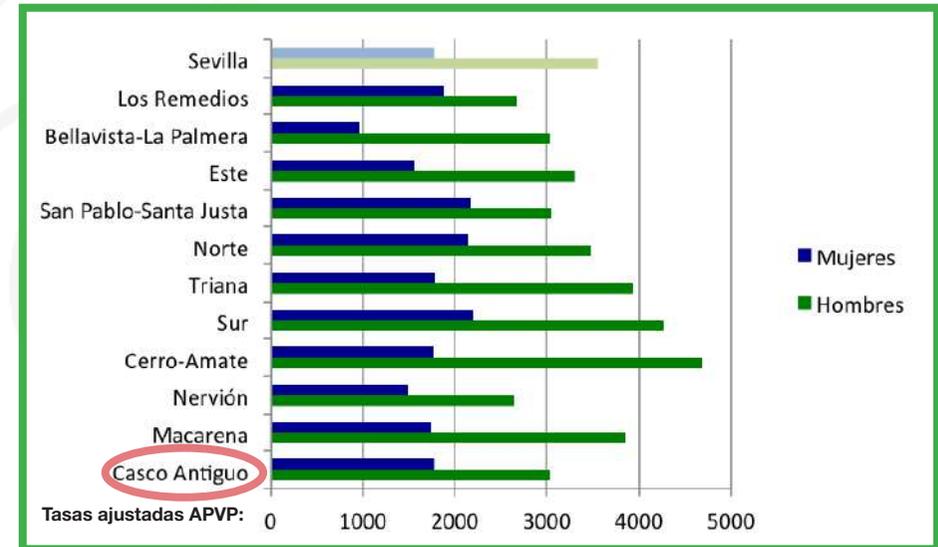
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

El supuesto en el que se basan los APVP es que cuando más “prematura” es la muerte (i.e. más joven se muera), mayor es la pérdida de vida.

En el caso del distrito Casco Antiguo, este indicador para hombres y mujeres está por debajo de la media de la ciudad.

En la siguiente gráfica se muestra la Tasa ajustada por 100.000 habitantes de APVP, por todas las causas, en los distritos de Sevilla (2011-2014).

Fuente: IECA. Elaboración propia.



Otro indicador de muerte prematura es la **Tasa Truncada**, defunciones que se producen entre los 35 y los 64 años de edad.

Dicha tasa, para hombres, se encuentra en este distrito por debajo de la media de la ciudad. Para mujeres, la tasa truncada estandarizada es más alta que la de la media de Sevilla.

En la siguiente gráfica se muestra la Tasa Truncada por 100.000 habitantes de mortalidad general, por todas las causas, en los distritos de Sevilla (2011-2014).

Fuente: IECA. Elaboración propia.

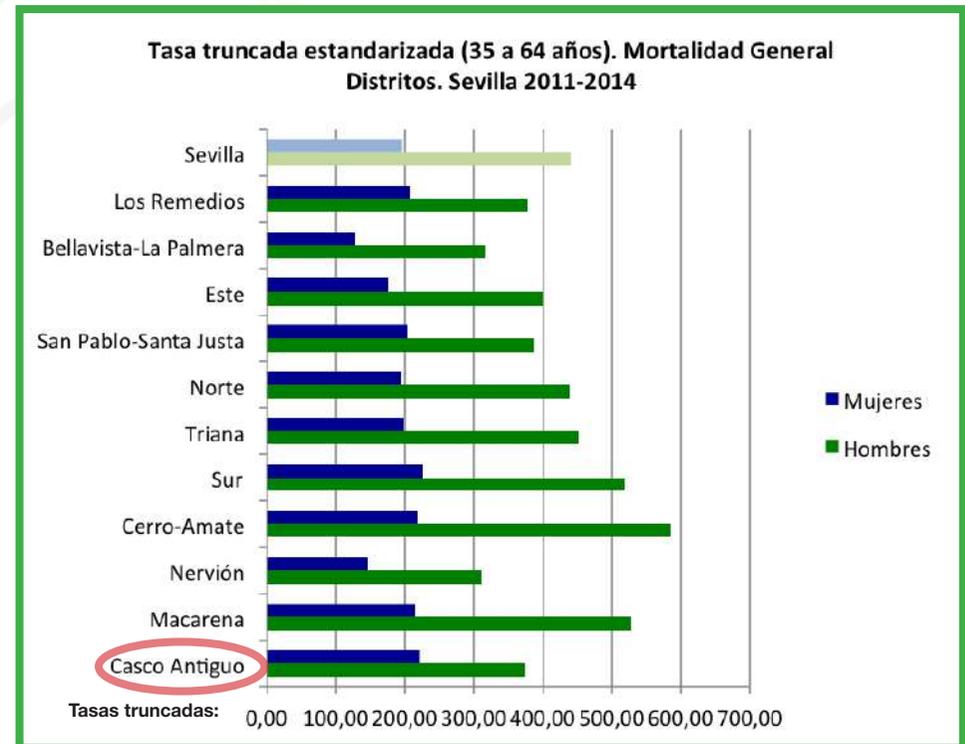
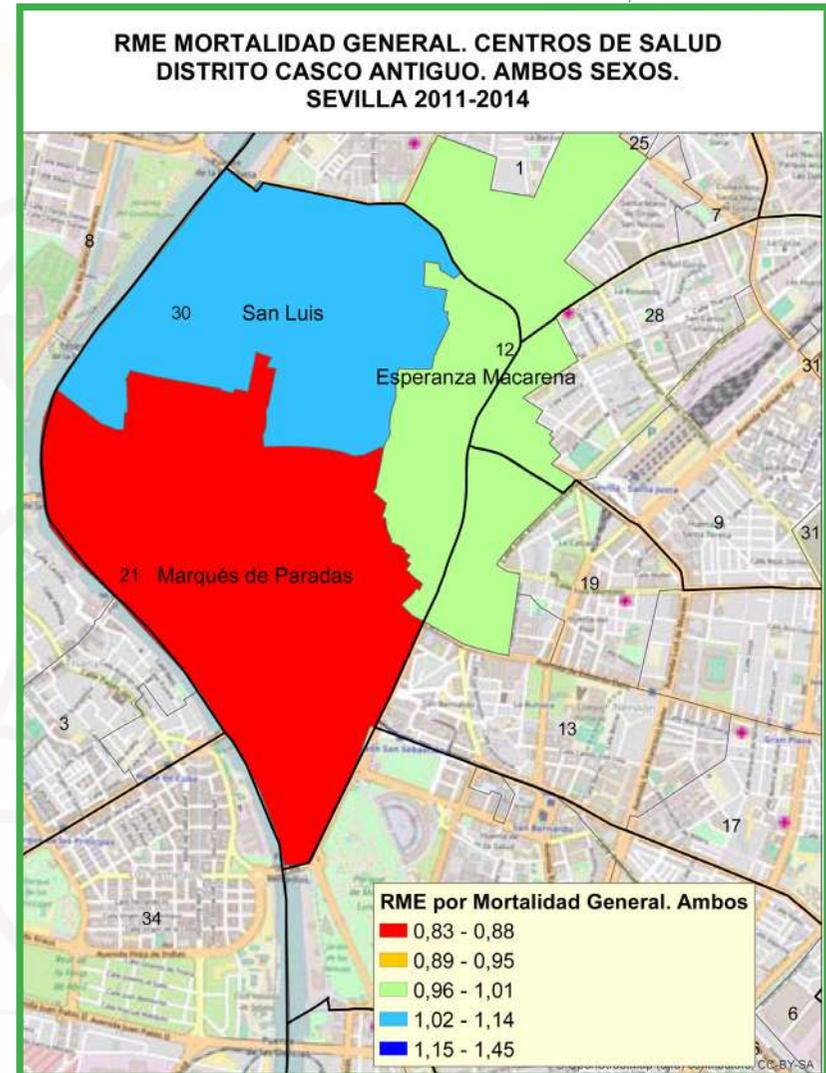


Ilustración 18: Distribución geográfica de la RME Mortalidad General por centros de salud.

Para el análisis de la mortalidad por áreas más pequeñas que el distrito (centros de salud y barrios) utilizaremos el indicador **Razón de Mortalidad Estandarizada (RME)**. Este indicador relaciona las muertes observadas, en cada una de las zonas territoriales estudiadas, con las esperadas para esa zona si se murieran con la misma tasa que tiene la ciudad de Sevilla, que sería el valor estándar.

De tal forma que una RME igual a 1 indica que las muertes observadas y esperadas son iguales; mayor de 1 indica que la mortalidad en esa zona es mayor que la estándar (la de la ciudad de Sevilla), y menor de 1 indica que es menor que la estándar de la ciudad.

Por barrios la RME nos muestra que, tanto para la mortalidad general como para algunos grupos de grandes causas, es la parte norte y centro del distrito, barrios de Feria, San Gil, San Lorenzo y San Julián, Centro y Arenal, donde los datos de mortalidad son más altos, superando o igualando a la media.



F. Entorno Medioambiental

Zonas verdes: Según estos datos, el distrito Casco Antiguo cuenta con 8,6 m² de zonas verdes por habitante, una cifra por debajo de la media de la ciudad, que se sitúa en 14m²/Hab., y alejado de las recomendaciones de la OMS (entre 10 y 15 metros cuadrados como mínimo).

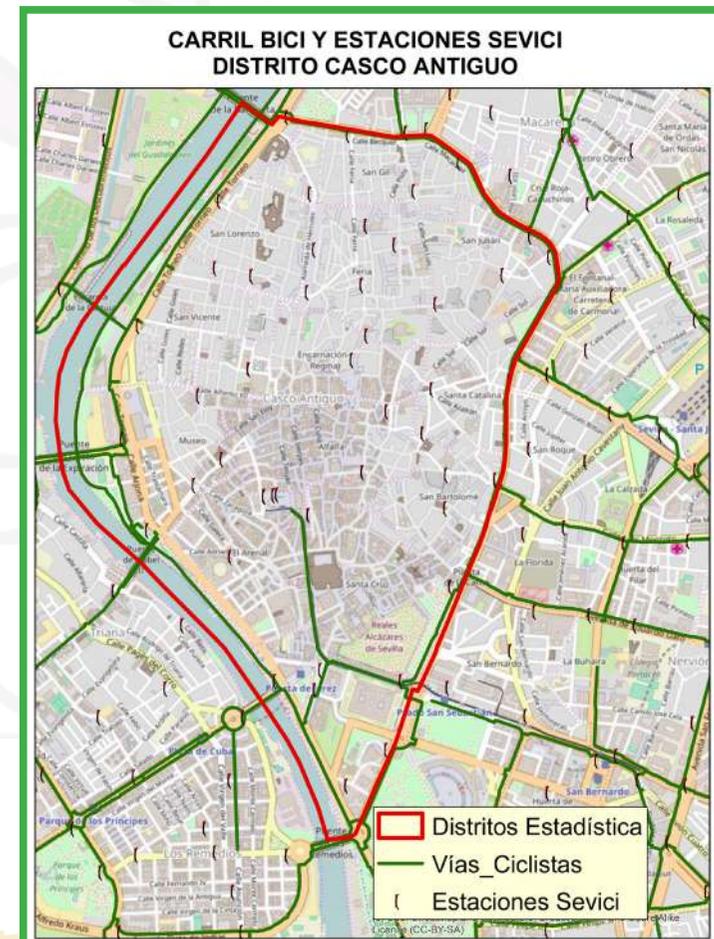
Fuente: Servicio de Parques y Jardines, Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Publicado en El Anuario Estadístico de la ciudad de Sevilla, 2014.

Distritos	Parques y Jardines (m ²)	Parterres en plazas, paseos y otras zonas (m ²)	Glorietas y Plazas (m ²)	Totales m ² por zona
Casco Antiguo	307.724	155.347	44.188	507.259
Macarena	--	48.402	6.070	54.472
Nervión	110.441	16.013	--	126.454
Cerro - Amate	520.491	67.851	--	588.342
Sur	1.430.727	30.632	33.404	1.494.762
Triana	1.231.202	31.224	20.961	1.283.387
Norte	1.122.100	31.866	23.168	1.177.134
San Pablo - Santa Justa	67.637	23.850	21.014	112.501
Este	1.400.750	127.400	312.300	1.840.450
Bellavista - La Palmera	620.125	74.189	6.572	700.886
Los Remedios	111.085	5.865	12.024	128.974
Total	6.922.281	612.639	479.701	8.014.621

Carril bici y red de bicicletas: Como ocurre en el resto de distritos, el carril bici de Casco Antiguo se distribuye, sobre todo, por el perímetro del distrito, penetra muy poco por las calles del casco histórico, debido principalmente a la estrechez de sus calles, aunque como hay muchas calles cerradas al tráfico estas se utilizan como vías ciclistas.

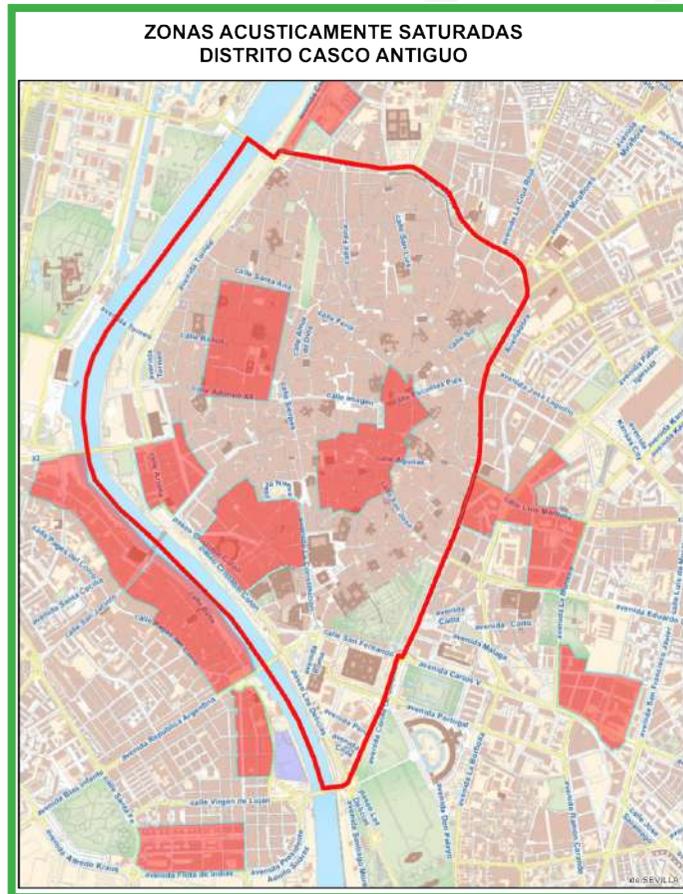
Ilustración 19: Distribución geográfica de la red de carril bici y estaciones SEVICI.



Zonas acústicamente saturadas: En relación al ruido, en el distrito se han identificado cuatro zonas acústicamente saturadas:

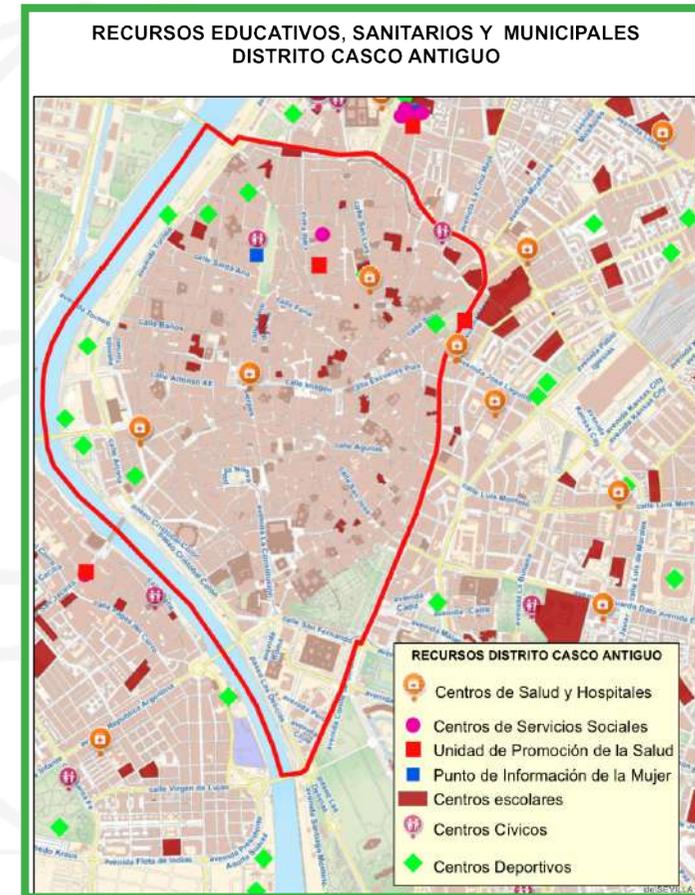
Paseo Colón y alrededores, Calle Arjona y alrededores, Plaza de la Alfalfa y alrededores y Plaza Dos de Mayo y alrededores.

Ilustración 20: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.



Algunos de los **recursos municipales**, educativos y sanitarios del distrito Casco Antiguo se localizan en el siguiente mapa.

Ilustración 21: Distribución geográfica de los recursos existentes en el Distrito.



G. Estilo de vida

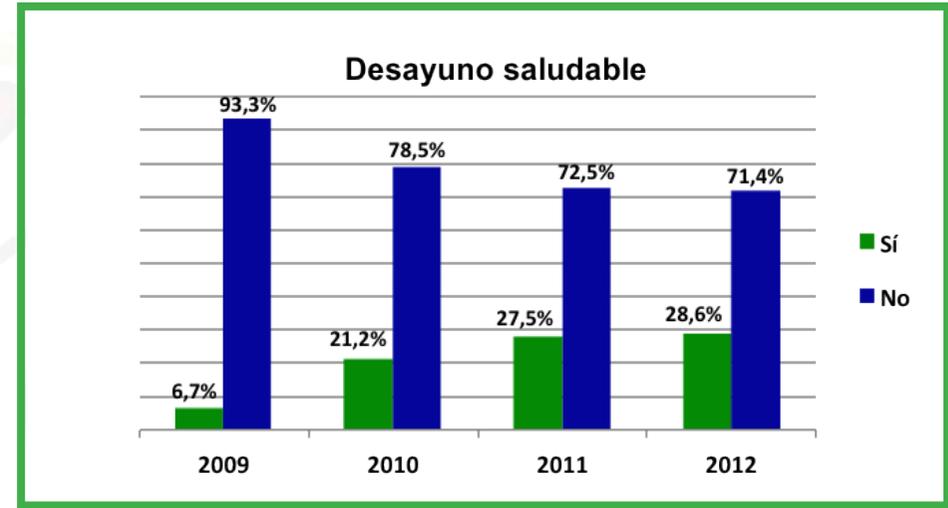
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

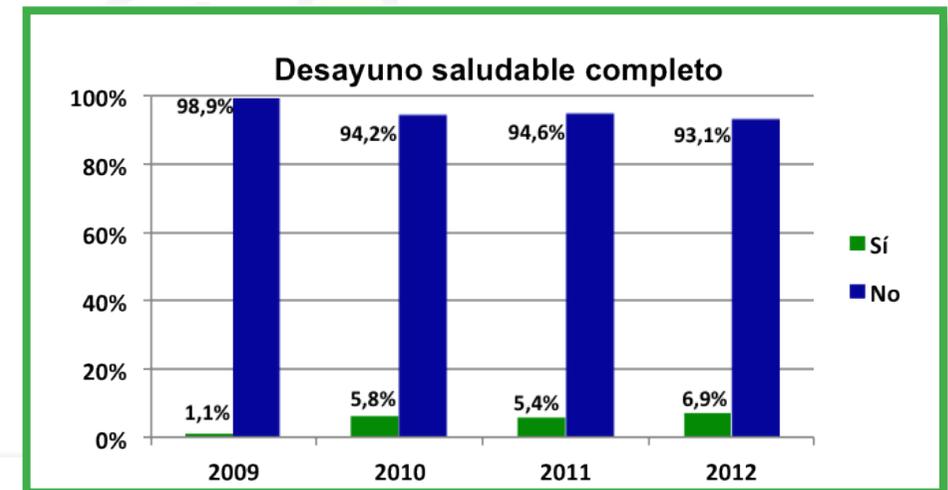
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

- El porcentaje de escolares que desayunaban habitualmente antes de empezar las clases era del 96,1% (datos 2012).
- El cumplimiento de los criterios de un desayuno saludable, es decir, la inclusión de lácteos, cereales y fruta se ha incrementado a lo largo de los cuatro años de estudio, situándose en el 6,7% en 2009 y alcanzando el 28,6% en 2012.
- Si a esto añadimos la condición de no tomar alimentos no saludables, como bollerías o alimentos grasos, obtenemos el denominado desayuno saludable completo, cuyo cumplimiento ha pasado del 1,1% en 2009 al 6,9% recogido en 2012.

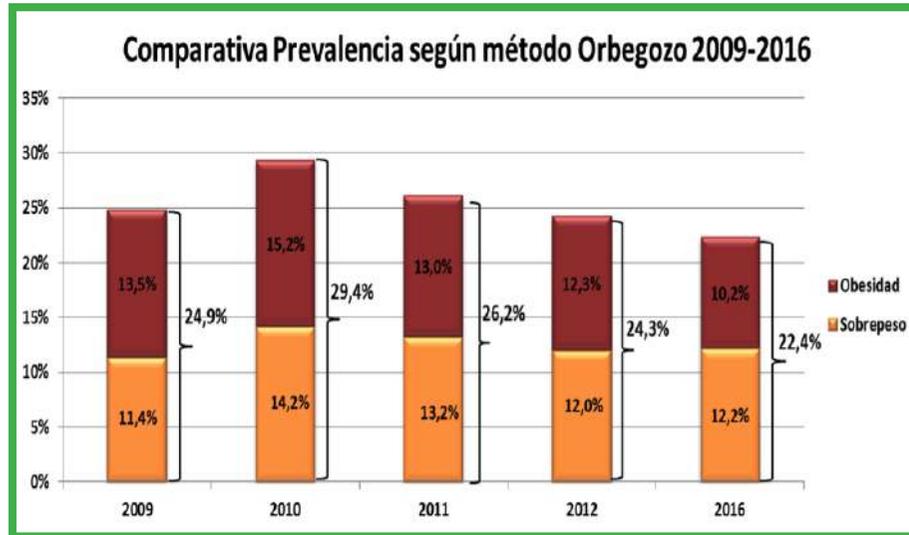
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



El almuerzo lo realizaban habitualmente en casa (la mayoría acompañado por algún familiar) o en el comedor del colegio, aunque un 9,1% de escolares decían comer habitualmente solos. La frecuencia de consumo de legumbres era del 22,1%, carnes el 37,2%, pescado el 13,0%, verduras el 27,8% y frutas el 25,5%. En la cena tomaban con más frecuencia pescado (17,5%) y menos carne (28,5%), pero más alimentos grasos (datos 2012).

A lo largo de los cuatro años de estudio, en el almuerzo y la cena se mantienen algunos patrones ya definidos en los análisis de cada año, como son un mayor consumo de carne que de pescado, insuficiente consumo de frutas y verduras, alta proporción de lácteos en el postre, ingesta elevada de alimentos grasos y dulces.

Sobrepeso y obesidad infantil

Según la EAS (datos de menores de 16 años), en el año 2011, el 27,4% de los niños y el 24,1% de las niñas de Andalucía presentaban un Índice de Masa Corporal (IMC) indicativo de sobrepeso y un 22,2% y 17,8% respectivamente eran obesos (según estándares establecidos por la OMS). En la provincia de Sevilla los resultados obtenidos fueron del 22,1% y 25,3% para sobrepeso y obesidad respectivamente.

Según estudios sobre prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de la ciudad de Sevilla, llevado a cabo por el Servicio de Salud del Ayuntamiento, se obtiene, según criterios de Orbegozo-04T, una disminución en las cifras desde el año 2010 a 2016.

Por sexo (datos 2016), en las niñas existe un 11,6% de obesidad y 12,3% de sobrepeso y en los niños un 8,7% de obesidad y 12,0% de sobrepeso. Además, se observa cómo en las zonas de la ciudad con menor nivel socioeconómico (ISNSE 4 y 5) se dan las mayores cifras.

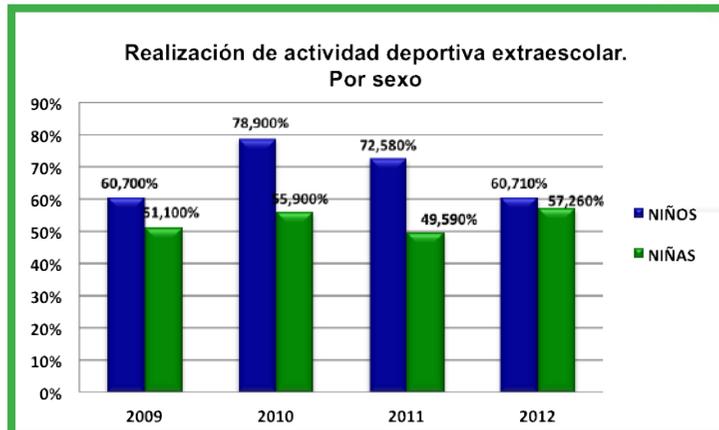
Actividad física

Respecto a la población infantil y adolescente de Andalucía, en el año 2011, el 18,2% no realizaba actividad física -niñas (20,7%), niños (15,8%)-. Según aumentó la edad de la población disminuyó el sedentarismo. Desde 1999 la población sedentaria ha disminuido: de un 20,2% en 1999 a un 18,2% en 2011. El porcentaje de menores sedentarios en la provincia de Sevilla fue del 19,6%.

Durante los años 2009 a 2012, a partir de estudios propios llevados a cabo por el Servicio de Salud del Ayuntamiento, se obtuvieron los siguientes datos respecto a los hábitos de actividad física de escolares de Educación Primaria en la ciudad de Sevilla:

- En el año 2012, el 64,7% de la población escolar iba al colegio caminando y el 71,9% volvía caminando a casa, aunque en una pequeña proporción caminaban más de 15 minutos en el trayecto (12,7% para la ida y 12,8% para la vuelta).

Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



- En las actividades realizadas durante el recreo, la actividad más practicada era fútbol, sobre todo entre los niños (59,3%) en relación a las niñas (11,3%), que mostraban preferencia por otras actividades más sedentarias como hablar (23,4% respecto al 4,4% en los niños).
- La práctica de actividades extraescolares de carácter deportivo llegaba casi al 60%, sin grandes diferencias entre sexos. Hubo un aumento de 2009 a 2010 (del 56,3% al 67,0%), pero después descendieron las cifras en 2011 y 2012 (61,1% y 58,9% respectivamente), que fundamentalmente se produce a expensas de los niños en relación a las niñas. En el fin de semana, la realización de algún deporte o actividad al aire libre durante los tres últimos años supera el 95%, tanto los sábados como los domingos.
- Las actividades de carácter sedentario estaban presentes a diario: veían la televisión más del 88%, jugaban con la videoconsola el 49% y utilizaban el ordenador para chatear o jugar el 60,0%, porcentajes que aumentaban durante el fin de semana. Es mayor el uso entre semana de la televisión respecto al resto, y aumentan ordenador y consola el fin de semana, lo que se mantiene de manera general a lo largo de los cuatro años de estudio.

Sexualidad

Según el Informe de la SESPAS “Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España, 2014”, la población española tiene una buena percepción de su salud sexual y buena disponibilidad de información. Entre la población joven, la escuela y los servicios de salud pierden importancia como fuentes de información, mientras que aumenta Internet. Desde el comienzo de la crisis se observa un descenso en el uso de los anticonceptivos, una reducción de la fecundidad y un retraso en la edad a la maternidad.

Según un estudio sobre Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía (Grupo Universitario de Investigación Social y Ayuntamiento de Jerez 2012): El 18,2% refirieron haber mantenido relaciones sexuales con penetración (chicos 18,0%, chicas 18,5%), existiendo mayor precocidad en los chicos que en las chicas respecto a la edad de su inicio (14/14,4 años), el comienzo en la masturbación (11,3/12,7 años), el sexo oral (13,8/14,6 años) y masturbación a la pareja (13,7/14,4 años).

Los chicos tienen más parejas sexuales y más relaciones sexuales a través de Internet y las chicas han usado más un anticonceptivo en el primer coito y tienen mayor conocimiento del doble método y de las ITS.

Al observar las tasas de IVE por cada mil mujeres de 15 a 49 años, se pone de manifiesto la mayor frecuencia en las zonas de La Candelaria, El Cachorro, Torreblanca, que doblan la media de la ciudad, a destacar las tasas de Letanías Polígono Sur y Alamillo, que dibujan un mapa de cómo se reparten los embarazos no deseados en Sevilla.

Las zonas de Huerta del Rey, Marqués de Paradas, Los Bermejales, las Palmeritas, Esperanza Macarena y Mallén son las de menor tasa.

2. Análisis Técnico Sectorial

A continuación se muestran las conclusiones extraídas en el taller de impulso, donde se identifican los **principales problemas y necesidades** que los y las profesionales del GMT identifican en relación a los distintos determinantes de la salud.

Estilos de Vida

Alto porcentaje de alumnado que asiste al colegio sin desayunar.

Uso inadecuado de internet.

Problemas de pediculosis.

Jornadas excesivas de los niños y niñas en el colegio, llegando a estar hasta 11 horas seguidas en el recinto, desde el aula matinal hasta las actividades extraescolares.

Reducido horario de Educación física en el horario lectivo de Educación Primaria.

Desayunos inapropiados de media mañana.

Malas posturas al sentarse.

Falta de ejercicio físico en elevado grupo de adolescentes.

Conductas violentas entre alumnado y profesorado.

El colectivo de menores pasa poco tiempo con la familia y no se fomenta el diálogo.

Juego violento y agresivo.

Falta de empatía y solidaridad entre iguales.

Entorno Social

Absentismo escolar.

Falta de participación en los centros educativos por parte de progenitores/tutores/as.

Exceso de actividades extraescolares en detrimento del juego con los iguales.

Falta de compromiso de algunas familias en la educación de sus menores.

Personas mayores que viven solos y presentan dejadez en sus cuidados.

Entorno Medioambiental

Desplazamientos complicados en la zona, dificultades peatonales, calles estrechas con poca o ninguna acera, veladores que impiden caminar por las aceras.

Barreras estructurales para la movilidad en el caso de minusvalías.

Falta de sombra en los patios escolares. Problemas de quemaduras y manchas solares.

Ausencia de contenedores de reciclaje en los entornos del centro educativo, dificultando y llegando a impedir el reciclaje en el centro escolar.

Exceso de ruido.

Entorno Medioambiental

Falta de mantenimiento y limpieza en momentos puntuales por falta de personal (en primavera las procesionarias se encuentran en los patios de los colegios, lombrices, limpieza de baños y patio de recreo).

En verano soportar altas temperaturas en las aulas, sobre todo la planta alta y la que le dan el sol continuamente.

Riesgo de accidentes para conductores de motos y peatones: Asfalto en mal estado, adoquines sueltos...

Falta de limpieza en las calles (excrementos de perros y humanos, restos de comidas, botellas...).

Velocidad excesiva de vehículos en calles sin aceras en el distrito.

Ciclistas que circulan por las aceras sin ceder el paso a peatones.

Servicios Sanitarios

Necesidad de protocolos de observación y seguimiento oftalmológicos y odontológicos.

Desigualdades Socioeconómicas

* No se reflejó ningún aspecto en este determinante

3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía

A continuación se incluyen las tablas resultado de los grupos nominales realizados con la ciudadanía, donde se muestran las necesidades sentidas y priorizadas.

Necesidades Sentidas Grupo de Menores

1º	Más limpieza en las calles y parques.
2º	Mejora de la atención y organización sanitaria.
3º	Reducir los tiempos de espera en los centros sanitarios.
4º	Vivienda, sanidad, educación y alimentación asegurada.
5º	Lugares donde regalen preservativos.
6º	Atención psicológica gratuita o más barata.
7º	Más zonas verdes para pasear y hacer ejercicio físico.
8º	Sustituir sanciones económicas puestas a menores por trabajo comunitario.
9º	Más árboles.
10º	Más comedores sociales.

Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes	
1º	Mayor control policial en zonas de menor tránsito nocturno.
2º	Mayor alumbrado en las calles.
3º	Mejorar la limpieza de las calles.
4º	Abrir más bibliotecas de 24 horas y gimnasios.
5º	Más hogares para personas que viven en la calle.
6º	Bajada en el precio de la fruta y verdura.
7º	Mejorar los sistemas de calefacción y ventilación en centros educativos.
8º	Más empleo.
9º	Más árboles o toldos que den sombra en verano.
10º	Poner maceteros en las avenidas grandes.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas	
1º	Creación de una instalación deportiva en Jardines del Valle.
2º	Creación de una piscina pública.
3º	Creación de espacios alternativos al ocio infantil - juvenil.
4º	Mejorar instalaciones deportivas municipales.
5º	Potenciar el acceso al centro en transporte público.
6º	Mayor presencia policial por la noche.
7º	Ejecución ordenanza municipal (veladores, botellón, animales y bicis).
8º	Restringir la circulación de vehículos en el centro.
9º	Reforzar la limpieza de las calles.
10º	Creación de zonas socio culturales para todas las edades.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores	
1º	Falta o déficit de limpieza en las calles y aceras.
2º	Perros sueltos no sujetos por las personas propietarias.
3º	Circulación de bicicletas por las aceras.
4º	Personas mayores que viven solas y no adecuadamente atendidas.
5º	Invadir las zonas peatonales las motocicletas y bicicletas.
6º	Excesivo retraso en la tramitación del reconocimiento de dependencia.
7º	Contaminación acústica y de gases nocivos por vehículos en mal estado.
8º	Falta de microbuses eléctricos en el distrito.
9º	Excrementos de perros en las aceras.
10º	Déficit de personal sanitario en los centros de salud e insuficiente tiempo de consulta.



4.2. Listado de problemas priorizados

Del listado definitivo de problemas priorizados en el distrito, se extraen los tres que obtuvieron mayor puntuación.

Problemas Priorizados	
Estilos de Vida	1. Mala higiene postural entre la población escolar.
	2. Malos hábitos de alimentación en población del distrito.
	3. Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar.
Entorno Social	1. Falta de ejecución de la ordenanza municipal en relación al uso de los espacios públicos (veladores, botellón, animales y bicis).
	2. Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada.
	3. Conductas incívicas de ciclistas con la invasión de espacios públicos peatonales.
Entorno Ambiental	1. Puntos de acerado y asfaltado en mal estado que dificultan la movilidad.
	2. Carencias en el acondicionamiento de los centros educativos - la climatización.
	3. Problemas de suciedad en la vía pública.
Desigualdades Socioeconómicas	1. Lentitud del protocolo de respuesta y ayuda de la ley de dependencia.
	2. Personas en situación de pobreza, con dificultades para cubrir sus necesidades básicas.
	3. Personas sin hogar pernoctando en espacios públicos del distrito.

4.3. Plan de Acción

El PLS tiene una duración de 4 años planteándose de 2019 a 2023, y contiene cuatro objetivos estratégicos, uno por cada línea de acción, unificados para toda la ciudad, y tres objetivos generales, uno por cada problema priorizado en el distrito/la ciudad para cada determinante.

La información contenida en cada uno de los distintos apartados del plan de acción (causas, consecuencias, objetivos, indicadores, propuestas de acción) ha sido extraída y/o propuesta de las siguientes **fuentes de información**:

1. Informe de Salud.
2. Sesiones de trabajo del GMT.
3. Grupos Nominales de ciudadanía.

Por lo tanto, refleja información cuantitativa pero también cualitativa, que son percepciones tanto técnicas como subjetivas.

Línea de Acción 1: Estilos de Vida

El estilo de vida de una persona está compuesto por todas aquellas conductas y hábitos que tiene el individuo; abarca una gran diversidad de aspectos como: la alimentación, la actividad física, el sueño, las relaciones afectivo-sexuales, el consumo de sustancias, etc.

Las consecuencias de tener hábitos poco saludables son variadas. Por un lado, aumenta la casuística de la morbilidad relacionada: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, trastornos alimentarios, depresiones y problemas osteoarticulares.

Por el otro, derivado de dicha morbilidad, se dan situaciones de baja autoestima, lo que favorece el aislamiento social, la soledad, las relaciones sociales insanas y la baja tolerancia a la frustración.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

Si la población adquiere hábitos de vida más saludables los efectos sobre la misma serán beneficiosos y se reflejarán directamente en datos reales de salud, con la disminución de las enfermedades cardiovasculares, obesidad y sedentarismo, y la mejora de la autoestima, las relaciones sociales, así como mayor felicidad de la población.



Mala higiene postural entre la población escolar

Se han detectado casos de mala higiene postural en escolares, causados principalmente por dos factores; la cantidad de horas que tienen que estar sentados en clase, y la existencia de mobiliario poco adaptado a sus características anatómicas. Por otro lado, está la necesidad que presenta el colectivo de responder a modas, y que hace que se sienten en las sillas de una determinada manera, y carguen la mochila de forma no adecuada. Todo ello para proyectar una imagen concreta aceptada entre su grupo de iguales. En el caso de cargarlas de manera apropiada, provoca en ocasiones burlas, dando lugar a una gran presión social.

El hogar es también responsable directo, los escolares adquieren las malas posturas en casa, por imitación de sus progenitores, quienes no corrigen este hábito.

A todo lo anterior, hay que añadir como factor importante el cansancio y la falta de energía con el que con frecuencia llegan a clase, provocando que la postura en la que se sientan en las sillas sea incorrecta.

Por último, el desconocimiento sobre la importancia de adquirir una correcta higiene postural, así como de las consecuencias de un mal hábito tanto en menores como progenitores, provoca una situación sostenida en el tiempo.

Objetivo General 1.1 - Promover una buena higiene postural entre el alumnado de educación obligatoria del distrito

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para mejorar la higiene postural entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ² del distrito.
Cálculo	Si / No.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la carga de los materiales educativos fomentando el uso de libro electrónico o taquillas. • Trabajar sobre los hábitos de sueño saludables con las familias. • Identificación e intervención desde el ámbito sanitario (consejo postural).

2. Los centros educativos que tengan una representación en el GMT.



Malos hábitos de alimentación en la población del distrito

Los malos hábitos de alimentación entre la población del distrito se basan fundamentalmente en el consumo de alimentos procesados o ultra procesados, dando lugar a dietas deficientes y creándose situaciones de malnutrición.

Este problema se debe, en gran medida, a la existencia de un estilo de vida poco saludable en conjunto, perjudicando directamente a la alimentación. Agravándose además la situación por las prisas en la dinámica diaria, donde falta tiempo para pensar, comprar y cocinar alimentos saludables. Influye, además, la creciente cantidad de personas que viven solas, con una rutina adquirida de no cocinar, generándose por tanto un empobrecimiento de la dieta.

A esto se añade la accesibilidad y los precios económicos de la comida procesada. Así como, la gran presencia y el impacto en la población de la publicidad de la industria alimenticia.

También se identifican deficiencias de conocimiento; por un lado, la complicación para entender el etiquetado de los alimentos hace que consuman comida que consideran saludables, sin embargo, presentan altos porcentajes de contenidos poco saludables (por ejemplo, los azúcares que están presentes en la mayoría de los alimentos procesados). Por otro lado, la falta de conocimiento sobre la importancia de la alimentación variada, y las cantidades de los distintos nutrientes que necesitamos.

Entre los grupos de jóvenes se observa que, uno de los factores que pudieran estar agravando este problema, es el aumento de la estancia en los hogares familiares, y la no adquisición de las habilidades de cocina saludable. Se percibe una falta de la conciencia y conocimiento sobre este hábito de mala alimentación, se fijan en el sabor, y no en el aporte nutricional de los alimentos. No conocen los efectos a medio y largo plazo del consumo de comida no saludable y no tienen percepción del riesgo.

Objetivo General 1.2 - Promover hábitos de alimentación saludable entre la población del distrito

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo de medidas de fomento de hábitos de alimentación saludable que beneficien al menos al 50% de la población del distrito para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la vigilancia en los comedores escolares. • Control de las campañas publicitarias. • Trabajar en generar una opinión crítica sobre la publicidad. • Talleres de alimentación saludable. • Implicar a las familias en las intervenciones, creando actividades que generen tiempo compartido en familia alrededor de la alimentación.

Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar

El alto porcentaje de sedentarismo entre escolares se debe en gran medida al uso continuado y diario de las pantallas (móvil, tabletas, ordenadores y televisión) y el ocio centrado en ellas.

En el entorno escolar, los tramos de actividad física dentro del horario son escasos, sólo una hora y media a la semana y hay una falta de espacios adecuados dentro de algunos colegios del distrito para realizar actividades y ejercicio físico.

En el entorno extraescolar, hay una falta de implicación de las familias en favorecer que se haga ejercicio físico; en gran medida, porque no tienen el hábito de realizar actividades compartidas en familia, por lo que muchos menores no tienen un modelo social de realización de actividad física en la vida cotidiana.

Objetivo General 1.3 - Promover la actividad física entre la población de menores del distrito

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollar anualmente medidas para la promoción de la actividad física en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ³ del distrito.
Cálculo	Si / No.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el horario dedicado a la actividad física dentro del horario escolar. • Crear actividades de ejercicio físico en familia. • Habilitar más espacios deportivos o un mayor uso de los espacios existentes (centros educativos en horario de tarde, fines de semana y festivos)

3. Los centros educativos que tengan una representación en el GMT.

Línea de Acción 2: Entorno Social

El entorno social es el medio donde se producen todas las relaciones interpersonales entre la ciudadanía del distrito, por lo tanto, cuando éste no es positivo o favorecedor las consecuencias son generales para toda la población.

La existencia de situaciones problemáticas en el marco social del distrito genera conductas incívicas por parte de la ciudadanía, provocando efectos negativos como: ruidos indeseados, suciedad en las calles y accidentes de tráfico. Además, pueden causar lesiones y/o daños psicológicos, con la consecuente baja laboral y alteración de la dinámica familiar de la persona que los sufre.

Además, un entorno social negativo provoca un menor uso del espacio público, debido también a la sensación de inseguridad, lo que produce que aumente el aislamiento social en las situaciones de soledad no deseada en ciertos colectivos (por ejemplo, entre las personas mayores). Se agravan así los casos de depresiones, ansiedad, abuso de sustancias (fármacos y drogas) y merma de las capacidades cognitivas y motoras por falta de estimulación.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

Un entorno social saludable fomenta una convivencia pacífica y satisfactoria de la ciudadanía en general del distrito. El fortalecimiento de las redes sociales, tanto formales como informales, mejora el tejido social, aumentando y ampliando la red de apoyo recibido y sentido por los grupos poblacionales que son socialmente más vulnerables; también fomenta valores positivos, como la solidaridad.

La mejora del civismo y el uso adecuado de los espacios públicos facilita su disfrute, siendo más cómodos y amables, y una reducción de los accidentes de tráfico. Todo esto genera el aumento del bienestar emocional y del estado de salud.

Falta de ejecución de la ordenanza municipal relacionados con el uso de los espacios públicos (veladores, botellón, animales y bicis) y conductas incívicas de ciclistas con la invasión de espacios públicos peatonales

El mal uso de los espacios públicos en este distrito está relacionado principalmente con la falta de ejecución de la ordenanza municipal sobre el uso de los espacios públicos (veladores, botellón y animales) y, específicamente, con las conductas incívicas por parte de ciclistas que circulan por espacios peatonales.

En el caso de la no aplicación de la ordenanza, se atribuye a las carencias en los sistemas de control; a la escasez de efectivos de la policía municipal en el distrito y a la falta de medidas sancionadoras, que no se prioriza todo el año, solo en momentos puntuales (campañas).

A esto se suma la falta de concienciación, en general, del uso de los espacios públicos, tanto desde los comercios (veladores) como por parte de personas propietarias de perros (excrementos) y ciclistas.

Es especialmente relevante en este distrito las conductas incívicas de ciclistas, con la invasión de espacios públicos peatonales. Este problema está provocado por la falta de carriles bici en casi toda la zona centro. El diseño y tamaño de las vías hace que peatones y ciclistas utilicen los mismos espacios en muchas zonas del distrito.

Objetivo General 2.1 – Fomentar un uso adecuado de los espacios públicos del distrito

Indicador	Tasa de denuncias.
Definición	La tasa del sumatorio de las denuncias relativas a: veladores, excrementos caninos, invasión de vehículos en zonas peatonales, consumo de alcohol en la calle, vandalismo y ruidos, muestra una tendencia decreciente para el 2023.
Cálculo	$\frac{\text{Nº anual de denuncia por mal uso de espacios públicos}}{\text{Nº de denuncia por mal uso de espacios públicos del 2018}}$
Fuente	Registros de denuncia de la policía local.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Creación de campañas educativas y/o publicitarias de concienciación del uso de espacios públicos. Información sobre las consecuencias y responsabilidades ciudadanas relacionadas con el uso adecuado de los espacios públicos (difusión de la normativa existente). Aumento de la presencia e intervención de los agentes municipales ante el cumplimiento de las normas relativas al uso adecuado de los espacios públicos. Y aplicación de sanciones económicas ante el no cumplimiento de las normas de convivencia y uso de los espacios públicos (mayor control de velocidad y uso de las vías). Implicación ciudadana a través de la creación de medios de denuncia ante las conductas incívicas (por ejemplo, teléfono gratuito). Estudio de la posibilidad de habilitar nuevos carriles bicis.

Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada

La existencia de personas mayores del distrito que viven en soledad de forma no deseada tiene como causa fundamental el propio envejecimiento de la población. En este proceso se produce una pérdida de las redes sociales por el fallecimiento de los allegados, o por la lejanía de los familiares. Ellos ven que la falta de ayudas para la conciliación familiar hace que no puedan cubrir esta necesidad de compañía.

Con el envejecimiento, la pérdida de autonomía hace que la soledad se viva como un problema, lo que se agrava cuando la persona sufre una falta de recursos económicos, porque no pueden pagar una asistencia. Estas situaciones son frecuentes ante la insuficiencia de recursos sociales que cubren estas necesidades, ya sea desde el asociacionismo a través de voluntariado o desde los servicios públicos, a través de las horas de atención domiciliaria.

La problemática se da, principalmente, por la carencia de una estrategia de envejecimiento activo (no se planifica el proceso de envejecimiento propio). La falta de gestión del tiempo y proyecto vital en la tercera y cuarta edad provoca que muchas personas no sepan satisfacer las propias necesidades sociales, aunque tengan salud y autonomía.

Es importante señalar que desde los organismos públicos existe una carencia de herramientas o mecanismos que identifiquen las situaciones de soledad y aislamiento entre personas mayores.

Objetivo General 2.2 - Fomentar la creación y fortalecimiento de redes de apoyo, formales e informales, entre las personas mayores del distrito que carezcan de ellas

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para crear y/o fortalecer las redes de apoyo, que beneficien al menos al 50% de la población de personas mayores del distrito para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas mayores de 50 años beneficiarias de las medidas desarrolladas} / \text{Total de personas mayores de 50 años censadas en el distrito}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de las situaciones de soledad desde las propias instituciones. Sistema de comunicación a las instituciones cuando se produzca la detección de situaciones de soledad en personas mayores por parte de la ciudadanía. • Campañas y actividades de acompañamiento e intercambio social intergeneracional. Red de voluntariado para el acompañamiento a las personas mayores que viven solas con un formato de banco del tiempo. • Facilitar la conciliación familiar para poder acompañar a las personas mayores de la familia.



Línea de Acción 3: Entorno Medioambiental

El entorno medioambiental implica todo lo que nos rodea, espacios públicos y privados, desde los parques hasta los hogares, y todos los aspectos físicos que los componen; por esto cuando no es de calidad se producen consecuencias negativas para la sociedad que los habita.

Cuando las vías públicas están en mal estado de conservación se da un aumento de la accidentalidad, lo que conlleva pérdidas de salud y consecuencias económicas para las personas y familias que los sufren. Sobre todo, cuando se producen daños graves que implican la dependencia de algún miembro del núcleo familiar, porque causa una fuerte alteración de la dinámica intrafamiliar. Cuando los espacios públicos están en mal estado, por problemas de suciedad, por ejemplo, se produce un menor uso.

El entorno es también el diseño de los edificios, por ejemplo, los centros educativos, donde se dan menor uso de los espacios abiertos (recreo) cuando no hay elementos que mitiguen los efectos del clima extremo que tenemos en algunas épocas del año. Esto genera que el alumnado sufra una pérdida de concentración y, por lo tanto, de efectividad en los estudios, pudiendo llegar a generarse problemas de salud, como son las enfermedades de la piel.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

La mejora de la calidad del entorno físico, tanto espacios públicos como privados, del distrito genera un aumento del uso de dichos espacios por parte de la población general. Se fomentan las relaciones interpersonales y se motiva la realización de actividad y ejercicio físico, por ejemplo, a través del incremento de los traslados andando o el juego en el patio de los centros educativos.

Puntos de acerado y asfaltado en mal estado

Existen en el distrito puntos de acerado y asfaltado en mal estado que dificultan la movilidad de peatones y conductores. Una de las causas detectadas es el deterioro que muestran por falta de reparación y mantenimiento por parte de la administración responsable. Indicándose como causa de esta dejadez la no existencia de una partida presupuestaria que cubra las necesidades del distrito en esta materia. La respuesta que se da actualmente a estos problemas es a través del servicio '72 horas REUR', por lo que la solución es temporal.

Hay también problemas que son estructurales, fruto del crecimiento de la ciudad, que ha generado la existencia de calles muy estrechas, donde el acerado es de 30 centímetros (o no hay acerado). En estas zonas se ha limitado la velocidad a 20 kilómetros por hora para que el peatón pueda utilizar el asfalto, pero en muchas zonas donde se dan estas condiciones, no se cumplen las normas de circulación, y, además, no se produce un control efectivo, ni sanciones, cuando esto ocurre.

Objetivo General 3.1 - Promocionar el arreglo de los puntos de acerado y asfaltado en mal estado

Indicador	Porcentaje de obstáculos para la movilidad.
Definición	El porcentaje de puntos, identificados desde la administración como obstáculos en el acerado y/o asfaltado, importantes para la movilidad en el distrito, se reduce al menos en un 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de puntos arreglados} / N^{\circ} \text{ de puntos identificados}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Calles con plataformas únicas. • Asfalto de colores para indicar las vías con limitación de velocidad. • Cámaras que registren las infracciones en zonas especialmente sensibles a accidentes.

Carencias en la climatización de los centros educativos

Las carencias del acondicionamiento ambiental de los centros educativos se refieren a una falta de adaptación de éstos al clima de la ciudad, que se está haciendo más extremo por los efectos del cambio climático. Hay problemas en el diseño y acondicionamiento de los edificios, que carecen de sombreado, de espacios verdes, no se ha tenido en cuenta el recorrido del sol en su edificación y no tienen aparatos de aire acondicionado en todas las aulas. Se puede aludir a una falta de prioridad política como causa de esta situación, ya que, otros espacios de trabajo, como la mayoría de los despachos de las instituciones públicas, tienen sus sistemas de acondicionamiento.

Objetivo General 3.2 - Promocionar la adecuada climatización de los centros educativos públicos del distrito

Indicador	Tasa de centros educativos correctamente acondicionados.
Definición	La tasa de centros públicos de educación primaria y secundaria del distrito con un acondicionamiento ambiental adecuado es superior a 1 para el 2023.
Cálculo	N° de centros acondicionados en 2023 / N° de centros acondicionados en 2018.
Fuente	Datos de los centros educativos de la Delegación de Educación.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del arbolado de los centros educativos. • Instalación de aires acondicionados y toldos. • Adaptar el calendario escolar al clima de la ciudad. • Investigación de soluciones sostenibles utilizando el diseño de los edificios públicos. • Sombreado en los patios (pérgolas con cubierta vegetal)

Problemas de suciedad en la vía pública

El problema de suciedad en la vía pública es un tema que preocupa especialmente a la ciudadanía del distrito. El análisis de esta situación apunta a un origen multicausal.

Esta situación es debida sobre todo a la falta de mobiliario urbano para depositar la basura (contenedores y papeleras). A esto hay que añadirle otros factores como: el tamaño de las vías, que impiden la colocación del mobiliario, y, la negativa de la ciudadanía de tener contenedores bajo sus hogares. Ello da lugar a quejas a la administración para recolocarlos lejos de su casa. Todo esto genera problemas de accesibilidad al mobiliario, siendo distribuido de forma desigual o por tramos de hora en ciertas zonas.

También se da un mal uso de los contenedores, en parte por la propia ergonomía, que hace que muchas personas que son mayores o con limitaciones de movilidad no puedan usarlos adecuadamente. Además, existe una falta de concienciación y civismo ciudadano, derivadas de la ausencia de modelos sociales de respeto a lo común.

Por último, se apunta al desinterés político por este problema, como causante de la falta de aplicación de la normativa relacionada, y las escasas sanciones ante las conductas incívicas o ilegales en relación a las basuras.

Objetivo General 3.3 - Promocionar un comportamiento cívico limpio en los espacios públicos del distrito

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Las medidas desarrolladas para reducir la suciedad afectan anualmente al menos al 50% de la población del distrito para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ anual de personas receptoras} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución más equitativa y homogénea de los contenedores a lo largo de la geografía del distrito. • Implementar la recogida selectiva de los residuos. • Concienciación desde la infancia de la importancia de la limpieza de los espacios públicos. • Aumentar las campañas publicitarias de concienciación e información, con mensajes más impactantes.

Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas

La existencia de desigualdades socioeconómicas supone que hay personas o grupos de personas que no tienen acceso a los mismos recursos económicos, educativos y sociales, ya sea por no tener un poder adquisitivo suficiente o por pertenecer a algún grupo social desfavorecido.

Los problemas socioeconómicos provocan un mayor consumo de productos baratos y de menor calidad; cuando estos productos son de alimentación favorece la aparición temprana de enfermedades cardiovasculares y obesidad; siendo estos, factores causantes del aumento del gasto sanitario (camas hospitalarias, gasto farmacéutico).

Por último, provocan dificultades para cubrir las necesidades básicas. Esto da lugar a situaciones de pobreza energética, dificultades para acceder en igualdad de condiciones a las oportunidades educativas (excursiones, actividades culturales, profesores de apoyo, etc.), falta de higiene, y aparición de enfermedades tanto físicas como mentales.

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

Con una sociedad económicamente más equitativa se reducen las desigualdades sociales. La ciudadanía en general disfruta de una mejor calidad de vida, sin obstáculos de acceso a los recursos educativos y de ocio. Ello favorece una mejor salud, física y mental, reduciéndose el gasto sanitario.

Carencias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

El problema identificado es la lentitud en la ejecución del Programa Individual de Atención (PIA). Informe elaborado por los Servicios Sociales correspondientes donde se recogen las modalidades de intervención más adecuadas a la persona en función de los recursos previstos en la resolución para su grado de dependencia reconocido. Los motivos fundamentales son sobre todo la falta de recursos humanos y económicos para gestionar e implementar de forma efectiva las prestaciones reconocidas.

Objetivo General 4.1 - Incentivar anualmente medidas para la mejora de la ley de dependencia

Indicador	Tasa de cobertura del SAAD.
Definición	La tasa de ejecución de prestaciones reconocidas en los PIA muestra una tendencia creciente para 2023.
Cálculo	$\text{N}^\circ \text{ de personas percibiendo prestaciones} / \text{N}^\circ \text{ de personas con PIA.}$
Fuente	Registros del SAAD.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la plantilla de los centros sociales. • Aumentar la dotación presupuestaria.

Personas en situación de pobreza, con dificultades para cubrir sus necesidades básicas

En el distrito se encuentran actualmente personas en situación de pobreza, con problemas para cubrir sus necesidades básicas. Estas personas han llegado a esta situación porque sufren una falta de recursos económicos o han realizado una mala gestión de estos.

Esa falta de recursos económicos viene dada o por situaciones de desempleo o por dependencia a unas prestaciones sociales que resultan insuficientes (pensiones de viudedad o minusvalía).

Por último, la mala gestión de los recursos económicos puede deberse a situaciones de adicción, elevando el gasto por encima de los ingresos, o por una falta de capacidad personal para la gestión de la situación económica (deudas, hipotecas altas, etc.).

Objetivo General 4.2 - Incentivar anualmente medidas para la inserción socio laboral de la población en situación de riesgo de exclusión del distrito

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para la mejora de la inserción socio laboral, que beneficien al menos al 50% de la población registrada por los servicios sociales del distrito como demandantes de algún tipo de recurso y/o ayuda social para 2023.
Cálculo	$(\text{N}^\circ \text{ de personas beneficiarias de las medidas desarrolladas al año} / \text{Total de personas registradas por los servicios sociales del distrito al año}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar desde cada institución las medidas de inserción laboral que se desarrollan en el ámbito del distrito. • Apoyo fiscal a empresa que desarrollen programas de inserción laboral. • Control del fraude y de la economía sumergida. • Crear políticas económicas de igualdad.

Personas sin hogar pernoctando en espacios públicos del distrito

Las personas se quedan sin hogar, en muchos casos, por haber sufrido crisis económicas y familiares que no se han resuelto. Aunque la casuística entre este colectivo es muy heterogénea, existiendo también personas con problemas mentales, de consumo de sustancias, o personas inmigrantes no regularizadas. Estas personas pernoctan en espacios públicos del distrito porque en él, o en zonas limítrofes, se localizan los recursos de atención a las necesidades de este colectivo (comedores o albergues).

Objetivo General 4.3 - Incentivar medidas para reducir el número de personas sin hogar que pernoctan en espacios públicos del distrito

Indicador	Media de personas en situación de 'sinhogarismo' registradas en el distrito.
Definición	La media del número de personas en situación de 'sinhogarismo' registradas en los distintos servicios de atención al colectivo se reduce en relación con el dato de 2018.
Cálculo	Sumatorio de los datos de los distintos registros / N° total de registros.
Fuente	Registros de servicios sociales, comedor, albergue y centros de salud.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Redistribuir, de una forma más homogénea, por la ciudad los recursos para personas sin hogar. • Mejorar la coordinación interinstitucional, a nivel autonómico y estatal. • Aumentar los programas de tratamiento y mediación familiar. • Mejorar los recursos de intervención ante la crisis vital, cuando han fallado en las intervenciones preventivas.

5. Plan de comunicación

La comunicación del PLS se concreta en dos áreas, por un lado, la **coordinación entre las personas integrantes** (Comunicación Interna) y por otro lado, **la divulgación e información a la ciudadanía** (Comunicación externa).

5.1. Comunicación interna

La comunicación entre las personas integrantes de los diferentes grupos motores se realiza principalmente en forma de **reuniones presenciales**, convocadas con antelación y con un orden del día, por parte de la secretaria del grupo.

Para el intercambio de información previa y/o posterior a estas reuniones, se utiliza el correo electrónico como medio principal, existiendo un listado de contactos de cada GM. A efectos de coordinación, se solicita los datos de contacto a todas las personas asistentes a las reuniones, y se mantiene un registro de ellas.

En cada reunión de trabajo, se levanta un acta, que luego será validada por todas las personas asistentes. La persona encargada de esta tarea será por defecto la persona que ejerce las funciones de secretaria del GM, aunque podrá designarse otra persona en caso de su ausencia. Se utiliza la grabación en audio de la reunión en caso de que nadie quiera o pueda asumir esta función.

5.2. Comunicación externa

La divulgación de las medidas realizadas, así como otra información relevante derivada del trabajo del GM, se difunde por los medios propios de las instituciones involucradas.

Se crean herramientas de divulgación para dotar de identidad a las distintas acciones que se lleven a cabo desde la Red Local de Acción en Salud de Sevilla.

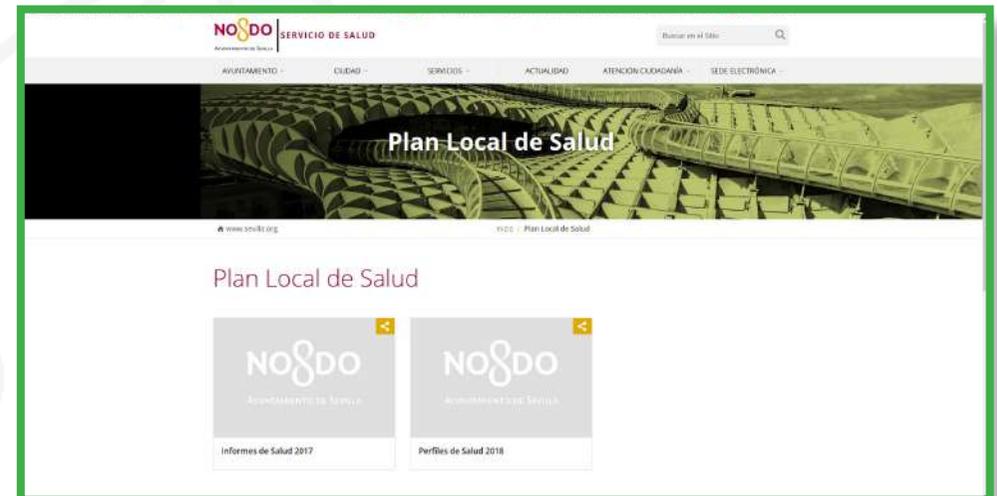
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

Web: La información relativa al PLS, tanto documentos como eventos, se publica en la página del Servicio de Salud del Ayuntamiento.

Ilustración 22: Logotipo del PLS de Sevilla.



Imagen de la web del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla.



Díptico: Se ha elaborado un folleto informativo sobre el PLS para su divulgación en actos públicos.

Ilustración 23: Cara frontal del folleto editado para el PLS de Sevilla.

**BASADO EN
LOS DETERMINANTES
DE LA SALUD**

Los determinantes de la salud son todos aquellos factores socioculturales, educativos, económicos, de estilos de vida, redes de apoyo y familiares ... que influyen en nuestro bienestar de forma cotidiana. Se estima que nuestro estado de salud depende en un 70% de estos factores, frente a un 15% que suponen los factores biológicos.
Por lo tanto...

'SI LOS PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA SALUD SON SOCIALES, TAMBIÉN DEBEN SERLO LAS SOLUCIONES'

MICHAEL MARMOT

INTERSECTORIAL

En su elaboración e implementación participan personas que realizan su actividad en distintos sectores como el sanitario, educativo, deportes, igualdad, seguridad pública, urbanismo, movilidad... trabajando de forma coordinada a través de reuniones y talleres donde se crean sinergias y redes de trabajo.

PARTICIPATIVO

La participación ciudadana está en la base del Plan Local de Salud de Sevilla. Son las personas que viven en la ciudad, las que realmente saben cuales son los aspectos de su entorno que dificultan y facilitan poder disfrutar de un estado óptimo de salud. Se han realizado 50 grupos de ciudadanía donde han participado menores, jóvenes, personas adultas y mayores, teniendo en cuenta la equidad de género.

"LA SALUD ES UN ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, Y NO SÓLO LA AUSENCIA DE ENFERMEDADES"

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



DELEGACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO
Dirección General de Salud Pública y Protección Animal
Servicio de Salud
Hogar Virgen de los Reyes
C/ Fray Isidoro de Sevilla, 1
CP: 41009 - Sevilla
+34 - 955.47.29.03
WWW.SEVILLA.ORG

RED ACCIÓN LOCAL DE SALUD

PLAN LOCAL DE SALUD
2019 - 2023



NO&DO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo

Ilustración 24: Cara posterior del folleto editado para el PLS de Sevilla

PLAN LOCAL DE SALUD DE SEVILLA

El Ayuntamiento de Sevilla forma parte de la 'Red Local de Acción en Salud de Andalucía' (RELAS) desde el 2016, que propone y facilita una metodología participativa de elaboración de Planes Locales de Salud.

El Plan Local de Salud de Sevilla busca responder a la diversidad de necesidades y realidades que coexisten en nuestra ciudad. En consecuencia, se elabora un Plan de Salud para cada Distrito de la ciudad, así como, uno que responde a las de la ciudad en su conjunto.

Para la elaboración, en cada Distrito, se ha partido de un perfil de salud donde se recogen los datos estadísticos, información técnica y la percepción de la ciudadanía en aspectos relacionados con la salud.

Se han priorizado los aspectos a abordar en cada una de las áreas analizadas, planteando cuatro líneas de acción que recogen las metas y los objetivos propuestos para alcanzar a lo largo de la evolución del Plan.

WWW.REDLICALSALUD.ES

La meta de este Plan es mejorar la salud de la ciudadanía abordando los problemas y necesidades que se han identificado y priorizado en cada uno de los determinantes de la salud.

Esto significa...



Mejorar nuestro estilo de vida.
Favoreciendo hábitos de alimentación saludable, promoviendo la actividad física y reduciendo el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.



Cuidar nuestro entorno.
Creando espacios públicos agradables, que favorezcan el ejercicio físico y las relaciones sociales, y promoviendo el buen uso de los sistemas de limpieza y la recogida de los excrementos de mascotas.



Crear un entorno social positivo. Cuidando nuestras relaciones sociales y nuestros espacios de convivencia. Especialmente en los contextos educativos, por su gran impacto a lo largo de todo el ciclo vital.



Eliminar las desigualdades socioeconómicas. Trabajando para mejorar la situación de las familias que están en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo, mejorando su inserción socio-laboral.

NUESTRO CAMINO

2023 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS PLANES DE SALUD

FEBRERO 2019 ELABORACIÓN DE ACADANAV Y SUS ZONIFICACIONES

OCTUBRE 2018 APROBACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD Y SUS DISTritos

MAYO 2018 ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

OCTUBRE 2017 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

JUNIO 2017 PERFILES DE SALUD

OCTUBRE 2017 GRUPOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

JUNIO 2017 FORMACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES SENTIDAS POR LA CIUDADANÍA

2016 CREACIÓN Y FORMACIÓN INICIAL DE LOS GRUPOS MOTORES

2016 INFORMES DE SALUD

2016 ACUERDO DE COLABORACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE SALUD



6. Bibliografía

1. Alonso Fernández, C. Guía del buen trato y prevención de la violencia de género. Protocolo de actuación en el ámbito educativo. Andalucía: Dirección General de Participación y equidad. Consejería de Educación, Junta de Andalucía.
2. Alvira Martín, F y Silva Hernández, A. Planes locales sobre drogas. Guía para su desarrollo. Montevideo: Consell Comarcal de l'Alt Empordà (CCAIE) y Unión Europea (UE), 2004.
3. Custodio Cano, M. Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias. Barcelona: SPOTT (Centro de prevención e intervención en drogodependencias). Diputación de Barcelona, 2012.
4. Estrategia Regional de Intervención en Zonas Desfavorecidas en Andalucía. Andalucía: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2018.
5. Guía Urbanismo y salud mental. Andalucía: OSMAN (Observatorio de Salud y Medioambiente de Andalucía). EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública).
6. Guía Movilidad Sostenible. Andalucía: OSMAN (Observatorio de Salud y Medioambiente de Andalucía). EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública).
7. Guía Ruido y Salud. Andalucía: OSMAN (Observatorio de Salud y Medioambiente de Andalucía). EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública).
8. Palacios García, D. Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas. Madrid: FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
9. Plan municipal de vivienda, suelo y rehabilitación del tm Sevilla 2018-2023. Sevilla: Espacio Común, coop. EMVISESA. 2018.
10. Ruiz Fernández, J. Manual para la elaboración de planes locales de salud. Andalucía: EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública). Consejería de Salud, 2015.
11. Rodríguez Ruz, D. Herramienta para la incorporación de la perspectiva de la equidad en salud en planes locales de salud. Andalucía: Servicio de Acción Territorial en Salud Pública. Consejería de Salud, 2015.
12. I Plan Municipal Contra la Violencia de Género del Ayuntamiento de Sevilla (2016 – 2020). Sevilla: Delegación de Igualdad, Juventud y Relaciones con la comunidad Universitaria.
13. IV Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres para la ciudad de Sevilla (2016- 2020) Sevilla: Delegación de Igualdad, Juventud y Relaciones con la comunidad Universitaria.
14. IV Plan Andaluz de Salud. Andalucía: Consejería de Salud.

7. Glosario de términos y acrónimos

- **Salud en Todas las Políticas (STP):** adoptar un enfoque integral de las políticas públicas en el que se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones en salud de las decisiones políticas, se promuevan las sinergias entre los distintos sectores y se prevean los efectos perjudiciales, con el fin de mejorar la salud de la población.
- **Acción Local en Salud (ALS):** es una manera de llevar la Salud en Todas las Políticas al nivel local y comprende un conjunto de actuaciones orientadas a situar la política y las acciones de salud (prevención, promoción y protección) en el escenario más cercano a la población, posibilitando las sinergias de las políticas públicas, la implicación del sector privado y de la ciudadanía, con el liderazgo de los gobiernos locales. Su instrumento es el PLS.
- **Desigualdades sociales en salud (DSS):** son las diferencias en salud entre los grupos de la población, las consideradas sistemáticas, evitables e injustas. Sus causas están en las estructuras sociales y en las instituciones políticas, económicas y legales que actúan sobre los distintos grupos de población.
- **Determinantes de la salud (DS):** la OMS los define como el «Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones». Los determinantes de la salud pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas, y pueden ser factores positivos o negativos para la salud. Lalonde, M. clasifica los determinantes de la salud en: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y sistema de asistencia sanitaria.
- **Red Local de Acción en Salud (RELAS):** denominación de la estrategia de la Consejería de Salud para la salud local.
- **Red Local de Salud:** es una articulación comunitaria para trabajar los problemas de salud locales; es una estructura operativa de acción intersectorial en un espacio común, contando con la participación de la ciudadanía y estableciendo relaciones entre las personas, los grupos y la comunidad, así como la conexión entre las instituciones y otras entidades territoriales. Esto posibilita el desarrollo de actividades conjuntas y facilita una colaboración de forma estable y sistemática, evitando duplicidades y potenciando el trabajo en conjunto. La Red se organiza en grupos de trabajo que son coordinados a su vez por las distintas personas integrantes del GM. Se va tejiendo a lo largo de todo el proceso de desarrollo de la Acción Local en Salud, a través del PLS y es abierta, dinámica, horizontal y flexible.

- **Metodología RELAS:** metodología resultante de la experiencia del pilotaje del “Desarrollo de la Red Local de Acción en Salud” mediante la alianza con los gobiernos locales para que incorporen la perspectiva la salud en sus agendas políticas, en un marco de gobernanza local y liderando en el territorio las diferentes acciones que conducen a una mejor salud y calidad de vida de la población.
- **Plan Local de Salud (PLS):** instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio (Ley 16/2011 de Salud Pública).
- **Perfil de Salud Local (PSL):** es el “informe de salud local” basado en los determinantes de la salud que identifica los problemas y necesidades de salud, así como los recursos y activos existentes en la comunidad, ofreciendo conclusiones y recomendaciones sobre las posibles actuaciones a emprender en una determinada localidad. Es el producto de un proceso de trabajo y de reflexión compartida intersectorial, interdisciplinar y participativa.
- **Plan de Acción (PA):** es la fase del proceso en la que se definen las líneas estratégicas y los objetivos y se organizan las acciones y los recursos para la mejora de la salud de un municipio.
- **Grupo Motor (GM):** es un equipo de personas de diferente perfil (técnico, político, ciudadanía) referente de la gestión del proceso de desarrollo de la Acción Local de Salud en el municipio y encargado de impulsar, coordinar y desarrollar el PLS.
- **Grupo Motor Territorial (GMT):** el GM que se ha establecido en cada uno de los distritos de Sevilla.
- **Grupo Motor Ejecutivo (GME):** el grupo de coordinación técnica para el PLS de la ciudad.
- **Grupo Motor Político (GMP):** el grupo de representación política incluidos en el PLS.
- **Unidad de Gestión Clínica (UGC):** unidad funcional de gestión del Servicio Andaluz de Salud.
- **Unidad de Trabajo Social (UTS):** unidad funcional de los servicios sociales comunitarios.
- **Unidad de Promoción de Salud (UPS):** equipo de profesionales de la promoción de salud del ayuntamiento de Sevilla que hay en cada uno de los distritos de la ciudad.

8. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Medidas

DATOS:

NOMBRE:
DESCRIPCIÓN:
RESPONSABLES/REFERENTES:
RECURSOS NECESARIOS:
POBLACIÓN BENEFICIARIA:

Bloque I - VALORACIÓN DE LA EJECUCIÓN:											Puntos
¿La medida responde específicamente al objetivo específico?											
• Sí, sólo para este objetivo.											3
• No, persigue varios objetivos, pero este es principal.											2
• No, persigue varios objetivos, y este es secundario.											1
¿La medida se ha ejecutado en el tiempo planificado?											
• Sí											3
• No en tiempo, pero sí a tiempo.											2
• A destiempo.											1
¿Se han beneficiado las personas previstas? (Beneficiarios directos: Personas beneficiadas/ personas previstas * 100)											
• 100% - 75%											3
• 75% - 25%											2
• 25% - 1%											1
Bloque II - VALORACIÓN SUBJETIVA DE LAS PERSONAS RESPONSABLES / REFERENTES: - 0 (nada de acuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo)											
La acción se ha realizado de manera satisfactoria											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Se han alcanzado los resultados esperados											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
La implicación de los distintos agentes ha sido buena											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
La valoración general de la acción es buena											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
PUNTUACIÓN TOTAL:											



Anexo 2: Checklist Implantación

1. Se han diseñado agendas	SÍ	NO
2. Las distintas actividades, programas y proyectos de la Agenda están relacionadas con su línea estratégica, objetivos generales y específicos	SÍ	NO
3. Se ha diseñado una hoja de ruta con su cronograma	SÍ	NO
4. Las medidas propuestas contemplan la participación activa de los diferentes grupos afectados por las desigualdades en salud	SÍ	NO
5. ¿Cómo ha sido el nivel de participación de la Red local?	BAJO MEDIO ALTO	
• El papel de la ciudadanía es sólo a nivel de recibir información		
• La ciudadanía colabora y toma decisiones		
• La ciudadanía planifica, gestiona y evalúa las acciones		
6. Se han diseñado y consensuado las acciones concretas de forma conjunta entre el Grupo Motor y los Grupos de Trabajo	SÍ	NO
7. La agenda se ha presentado a las personas que han participado en su elaboración	SÍ	NO
8. La agenda se ha difundido en los medios municipales propios (radio, web, blog, redes sociales, app...)	SÍ	NO
9. Se ha distribuido algún documento de la agenda	SÍ	NO