

# Distrito: Los Remedios

## 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**

<b>1. Marco normativo y conceptual</b>	4	<b>4.2. Listado de problemas priorizados</b>	50
<b>2. Misión, visión y principios rectores</b>	9	<b>4.3. Plan de Acción</b>	50
<b>3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla</b>	11	<b>1. Línea de Estilos de Vida</b>	51
<b>3.1. Fase Inicial</b>	12	<b>2. Línea de Entorno Social</b>	55
<b>3.2. Fase de Perfil de Salud</b>	16	<b>3. Línea de Entorno Medioambiental</b>	58
<b>3.3. Fase de Priorización</b>	18	<b>4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas</b>	62
<b>3.4. Fase de Plan de Acción</b>	19	<b>5. Plan de Comunicación</b>	66
<b>3.5. Fase de Implantación</b>	20	<b>6. Bibliografía</b>	70
<b>3.6. Evaluaciones</b>	22	<b>7. Glosario de términos y acrónimos</b>	71
<b>4. Documentos</b>		<b>8. ANEXOS</b>	
<b>4.1. Perfil de Salud</b>	23	<b>Anexo 1: Ficha de Medidas</b>	73
<b>4.1.1. Informe de Salud</b>	24	<b>Anexo 2: Checklist Implantación</b>	74
<b>4.1.2. Análisis Técnico Sectorial</b>	46		
<b>4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía</b>	48		



## 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”.

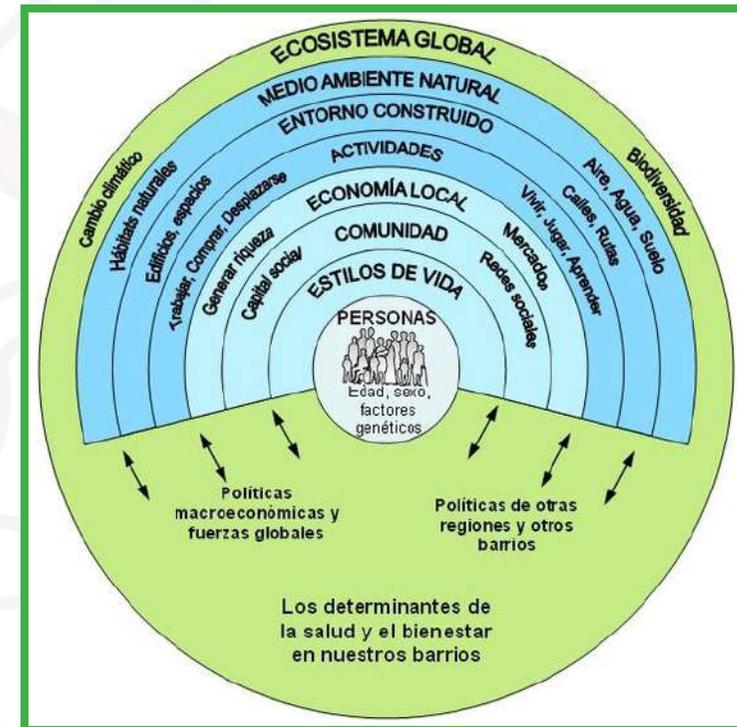
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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.

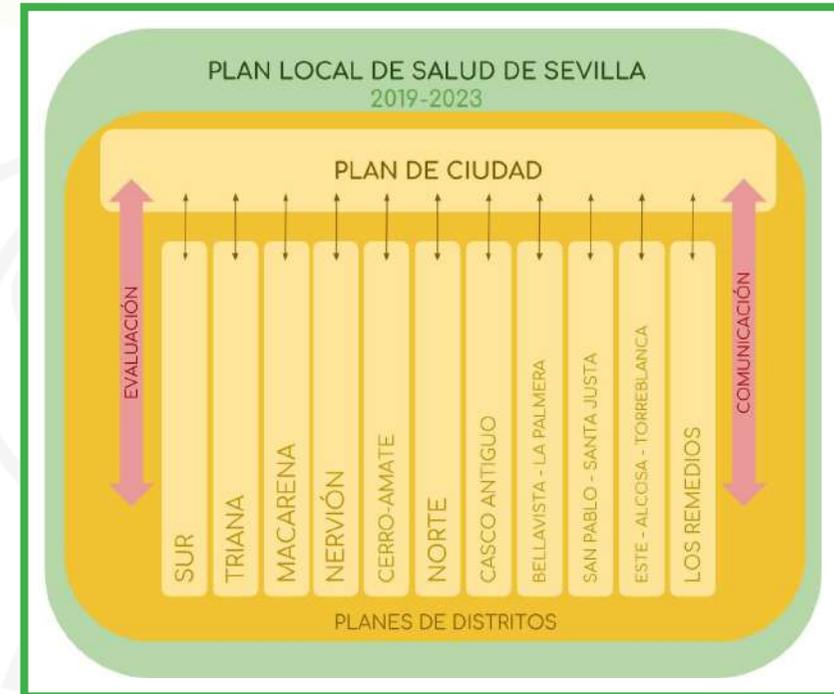
### 3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla

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



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 Los Remedios** está compuesto por profesionales técnicos<sup>1</sup> de las siguientes entidades.

ENTIDADES
Unidad de Promoción de la Salud Triana - Los Remedios (U.P.S.)
Servicio de Salud
Sección Promoción de la Salud
Servicios Sociales. UTS Triana - Los Remedios
Centro Cívico El Tejar del Mellizo
Distrito Los Remedios
Instituto Municipal de Deportes (I.M.D)
Unidad de Gestión de Salud Pública. Sevilla
Centro de Salud Virgen de África
Colegio San José S.S.C.C.
I.E.S. Carlos Haya

**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 **22 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'**.

### 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.

*Imagen del Taller de Impulso.*



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 13 de noviembre de 2017 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 10 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**

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

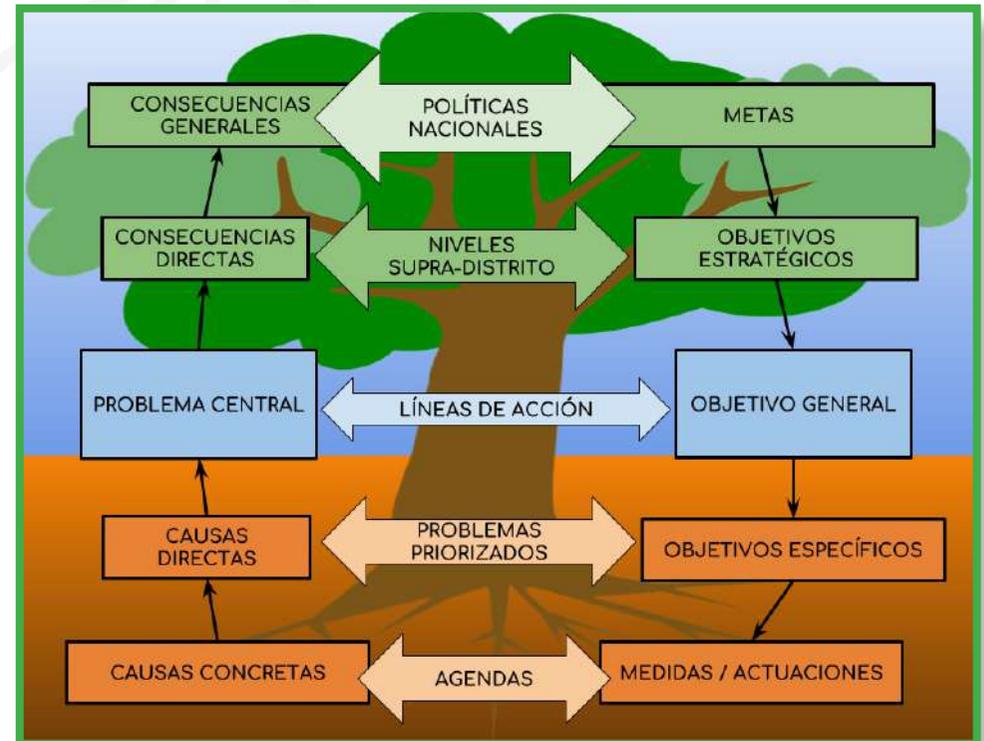
1. **Magnitud:** Cantidad de personas afectadas en el Distrito (de 0 a 10).
2. **Severidad:** Impacto que tiene el problema sobre la persona a la que afecta (de 0 a 10).
3. **Facilidad:** Las medidas que se requieren son más o menos fáciles (de 0 a 10).
4. **Posibilidad:** Posibilidad, capacidad y competencias 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 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.

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



Se convoca un taller con el GMT el **19 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 integrantes 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.

**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 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.

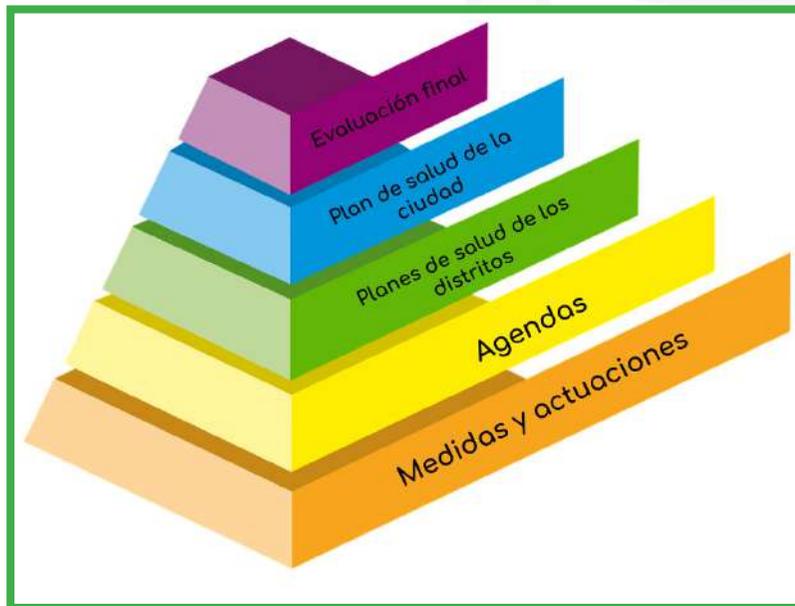
Estas medidas se incluyen en una Agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

### 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.

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.

## 4. Documentos

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

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.

### A. División administrativa

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	<b>Los Remedios</b>
San Pablo – Santa Justa	



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

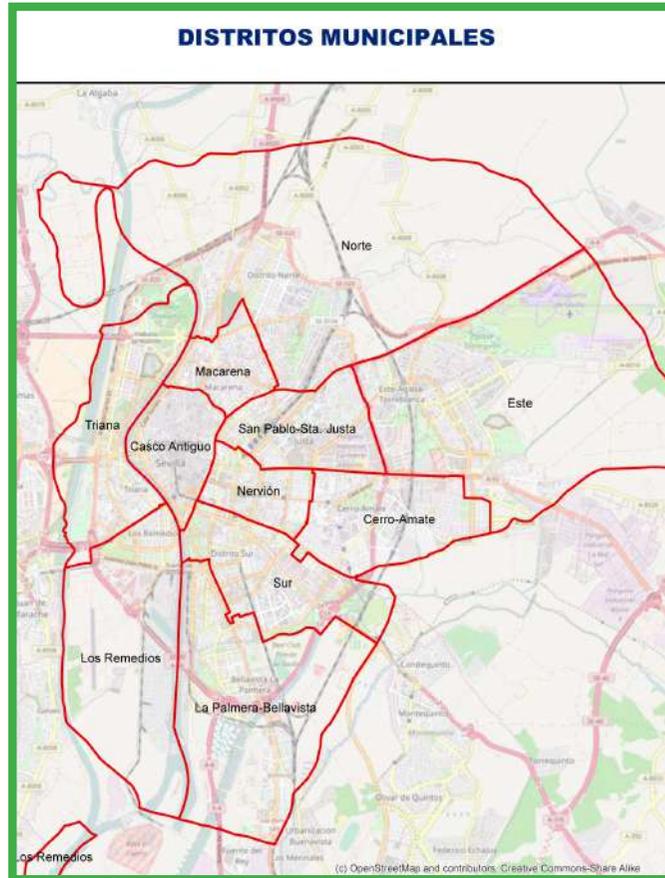
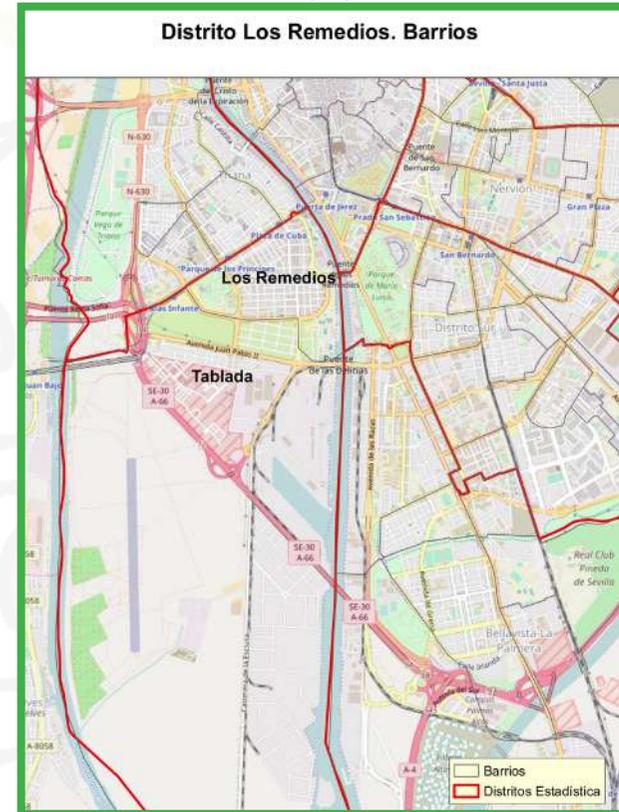


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



## B. Datos socio-demográficos

El distrito de Los Remedios tiene una población total de 25.172 habitantes (el 3,6% del total de Sevilla). Es el distrito con menos población de la ciudad siendo el cuarto más extenso lo que hace que su densidad de población sea la menor de la capital.

La población del distrito ha disminuido, en 10 años, en 1.600 personas, un 6% de su población.

*Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia*

*Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia*

Distrito	Superficie (Km <sup>2</sup> )	Población	Densidad (Hab./Km <sup>2</sup> )
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
<b>Los Remedios</b>	<b>14,41</b>	<b>25.172</b>	<b>1.746,84</b>
TOTAL SEVILLA	141,29	698.944	4.946,88



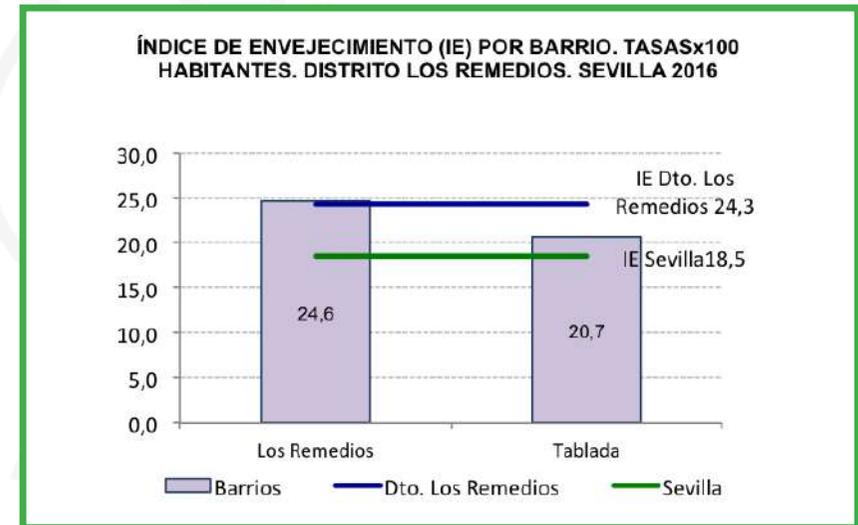
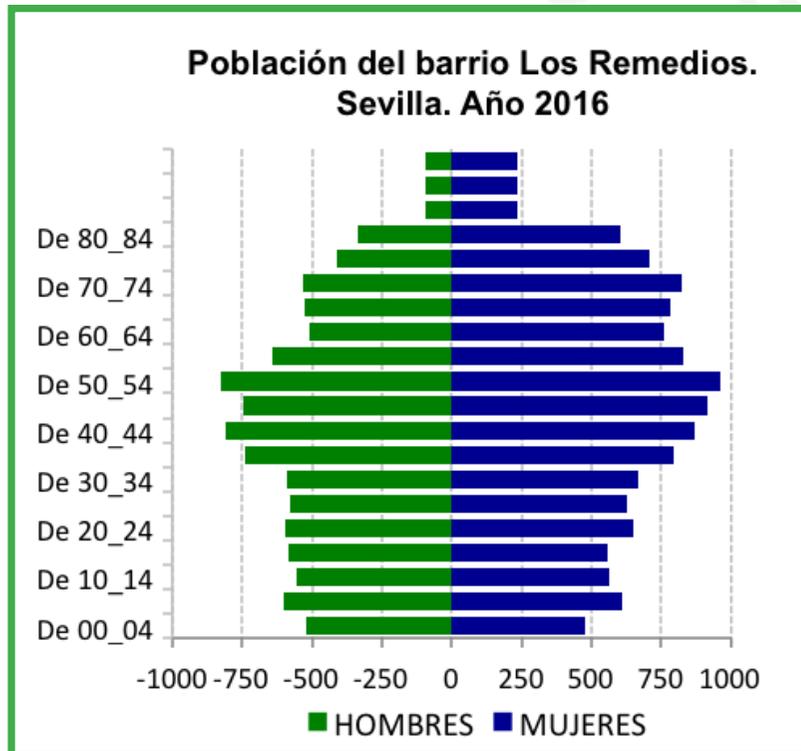
## Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

La población actual representada en una pirámide indica la misma tendencia que la ciudad, una población envejecida. Casi el 94% de las personas mayores de 64 años del distrito se encuentran en el barrio Los Remedios.

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

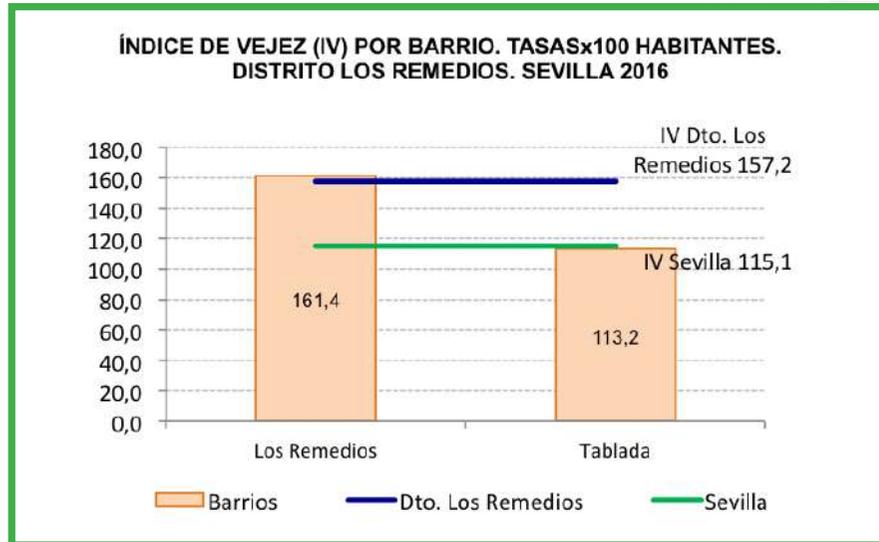
*Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.*

*Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.*



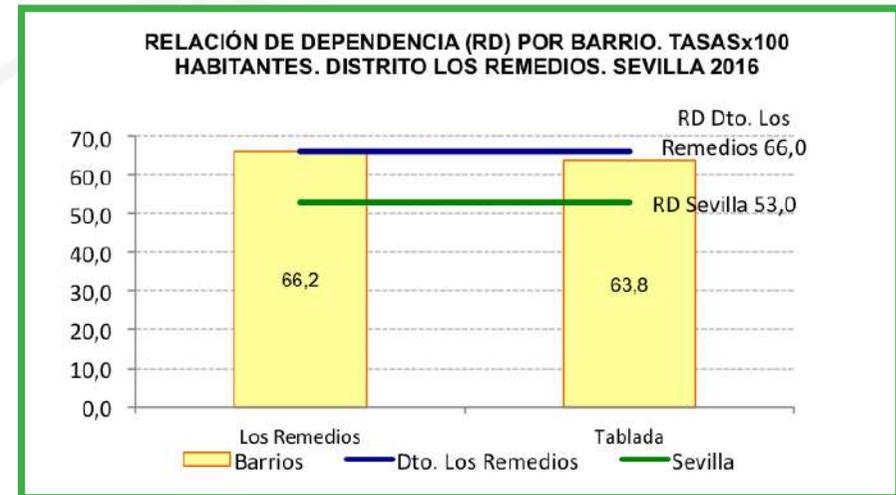
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

*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.

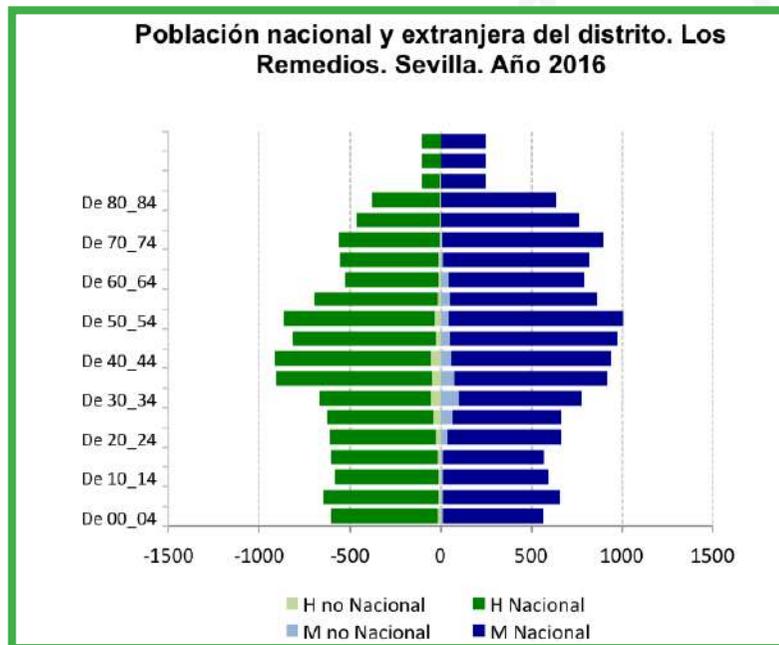
*Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.*



## Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la **población extranjera de la ciudad**, en el distrito Los Remedios encontramos 997 personas de ambos sexos, es decir el **2,8%**. Es el distrito donde menos personas no españolas están empadronadas.

*Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.*



La distribución en el distrito **Los Remedios** 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 las procedentes de Marruecos por ser esta nacionalidad predominante con diferencia del resto del continente africano.

En este distrito dos tercios de la población extranjera es femenina; la cuarta parte procede de **América del Sur** y una quinta parte de **Europa occidental**. Destacar que cuando la población es oriunda de América o Asia existe una mayoría femenina, sin embargo, cuando el origen es otro continente la población por sexo está más igualada.

*Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.*

Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito				
Procedencia	Hombres	Mujeres	Ambos	% Extranjeros (Ambos)
<b>América del Sur</b>	91	162	253	25,4
<b>Europa Occidental</b>	102	100	202	20,3
<b>Asia</b>	68	118	186	18,7
<b>Europa del Este</b>	34	109	143	14,3
<b>Resto de América</b>	52	91	143	14,3
<b>Marruecos</b>	22	27	49	4,9
<b>Resto de África</b>	9	9	18	1,8
<b>Otros</b>	2	1	3	0,3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>617</b>	<b>997</b>	<b>100,0</b>

## 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 **Los Remedios** ambos barrios, Los Remedios y Tablada, se han agrupado para formar una sola unidad de análisis (Agrupación 28). Esta unidad tiene el **ISNSE 1** (nivel socio económico más alto).

En el mapa comparativo entre el ISNSE de 2001 y el de 2011, se observa que en ambos análisis se mantiene el mismo Índice, el de nivel socioeconómico más alto.

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

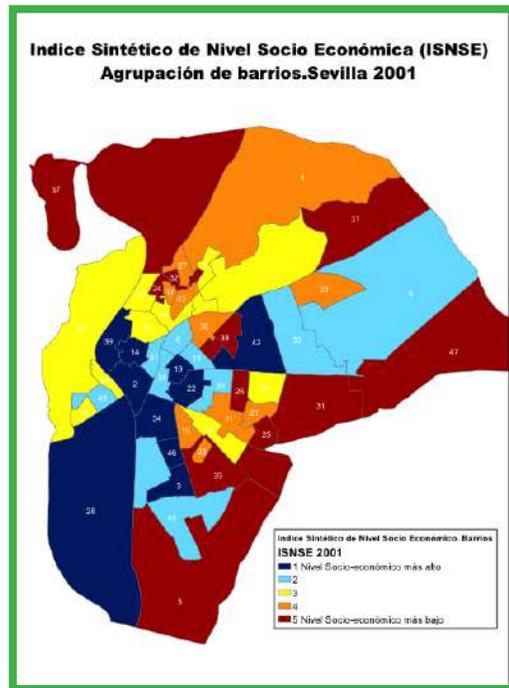


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.

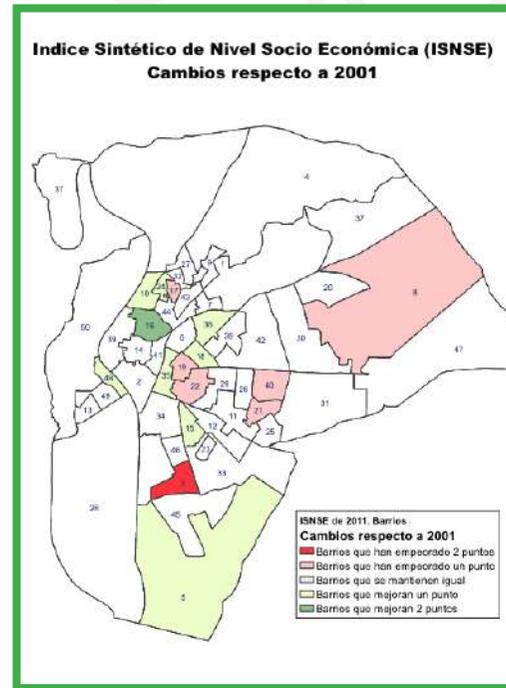
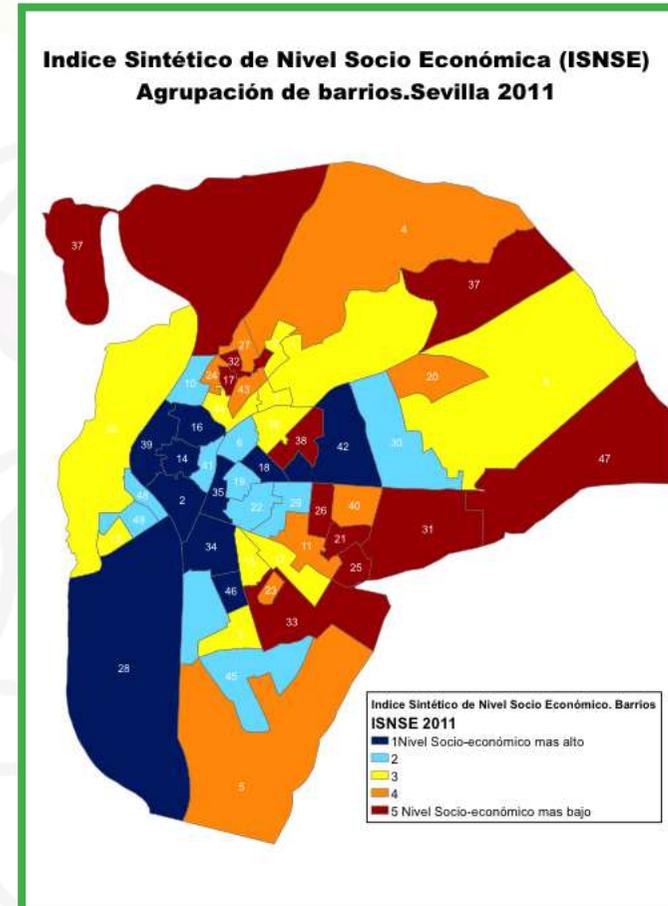


Ilustración 13: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



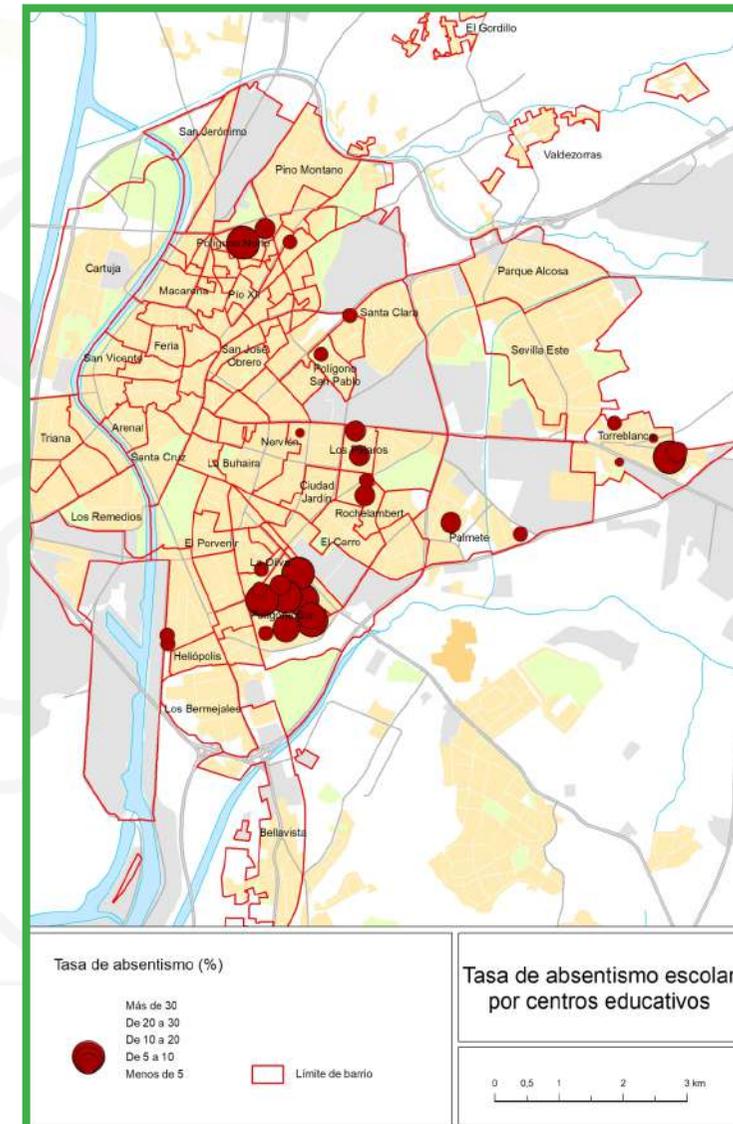
## Absentismo Escolar

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
<b>Triana y Los Remedios</b>	<b>Triana - Los Remedios</b>	<b>18</b>	<b>0,2%</b>	<b>7539</b>
Casco Antiguo	Casco Antiguo	12	0,2%	6452
	Totales	1227	2,1%	59511

Ilustración 14: 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.

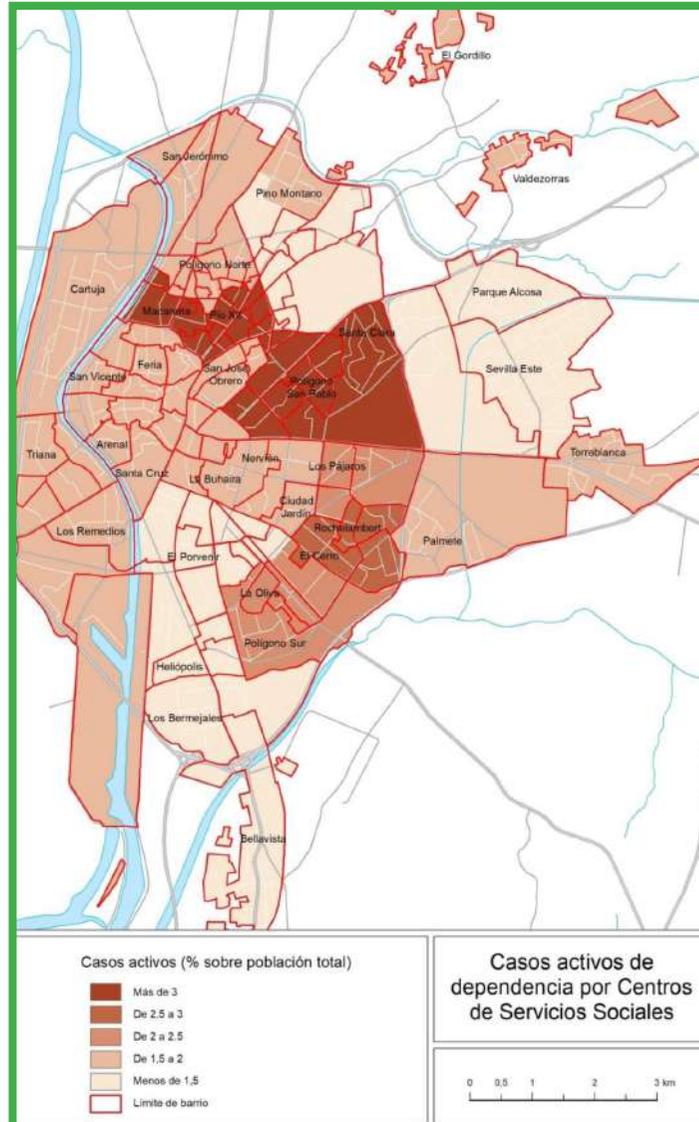
Casos de dependencia activos desde 2007 a 2016			
Distrito	Centro de Servicios Sociales	Casos Activos	% de población
San Pablo - Santa Justa	San Pablo - Santa Justa	1784	4,4%
Macarena	Macarena	1469	3,8%
Cerro - Amate	Cerro - Su Eminencia	1072	2,6%
Cerro - Amate	Tres Barrios - Amate	684	2,2%
Sur	Polígono Sur	643	2,1%
Casco Antiguo	Casco Antiguo	1082	1,8%
<b>Triana y Los Remedios</b>	<b>Triana - Los Remedios</b>	<b>1300</b>	<b>1,7%</b>
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%
<b>Total</b>		<b>13712</b>	<b>2,0%</b>

## D. Morbilidad

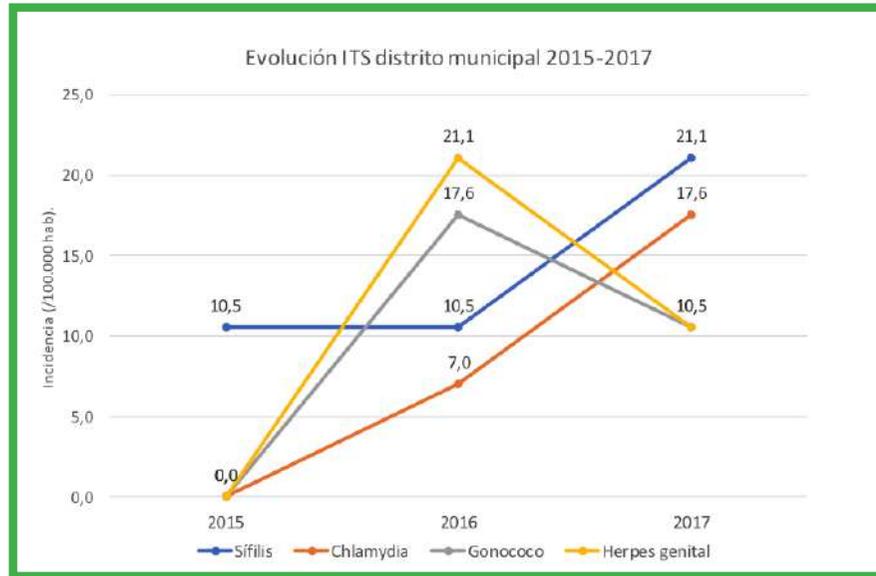
En el distrito Los Remedios las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas con respecto a otros grupos de EDO (TB e inmunoprevenibles). La incidencia de las tres ITS en este distrito es inferior a Sevilla ciudad.

Las **enfermedades inmunoprevenibles** en este distrito presentan en general una incidencia inferior a Sevilla. La hepatitis A ha aumentado su incidencia en 2017, similar a otras zonas de la ciudad, al igual que ocurre con la parotiditis. 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.

Ilustración 15: Distribución geográfica de los casos de dependencia activos.



Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



**Coberturas vacunales**

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

UGC/CAP	Vacunación completa a los 2 años	Vacunación con 2 dosis TV
Virgen de África	98,6%	98,6%

La **tuberculosis** en este distrito presenta una incidencia inferior a Sevilla ciudad.

**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).

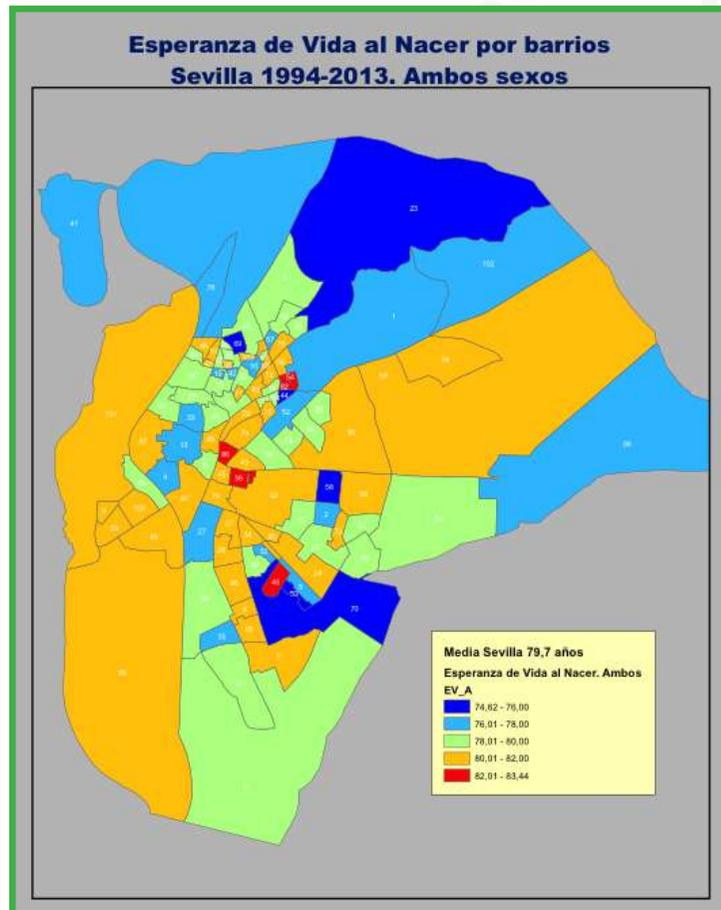
La población de Los Remedios tiene un bajo riesgo de ingreso por EPOC, insuficiencia cardíaca o amputación por diabetes, en relación a la media de la ciudad y de Andalucía.



**E. Mortalidad**

La **esperanza de vida al nacer** del conjunto del distrito de Los Remedios está por encima de la media de la ciudad.

*Ilustración 16: Distribución geográfica de la esperanza de vida al nacer.*



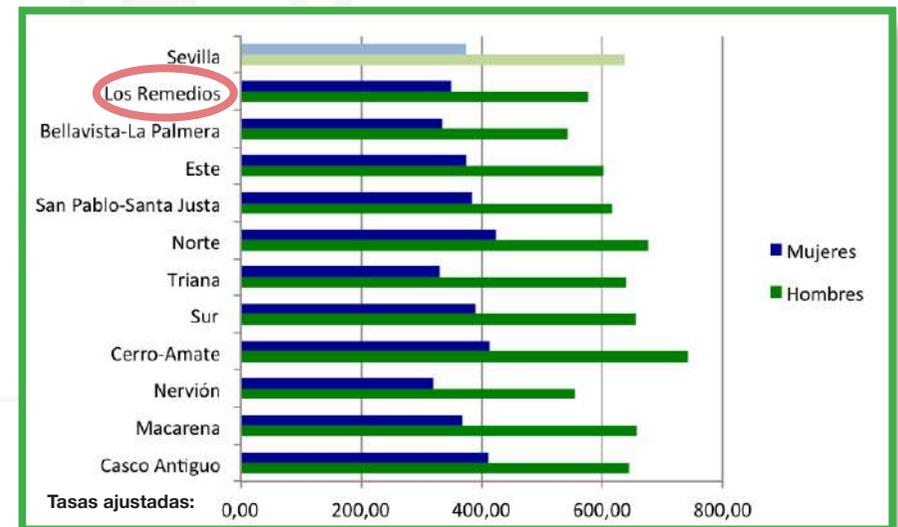
El distrito de Los Remedios tiene una **Tasa ajustada de Mortalidad General** menor que la media de la ciudad y ocupa el tercer lugar de los distritos con menor tasa.

Al igual que ocurre en toda la ciudad, en el distrito Los Remedios se repite el mismo patrón de las principales causas de muerte tanto para mujeres como para hombres.

Podemos decir que, en general, los indicadores de mortalidad del distrito Los Remedios se encuentran por debajo de la media de la ciudad en la mayoría de los grupos de causas.

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.

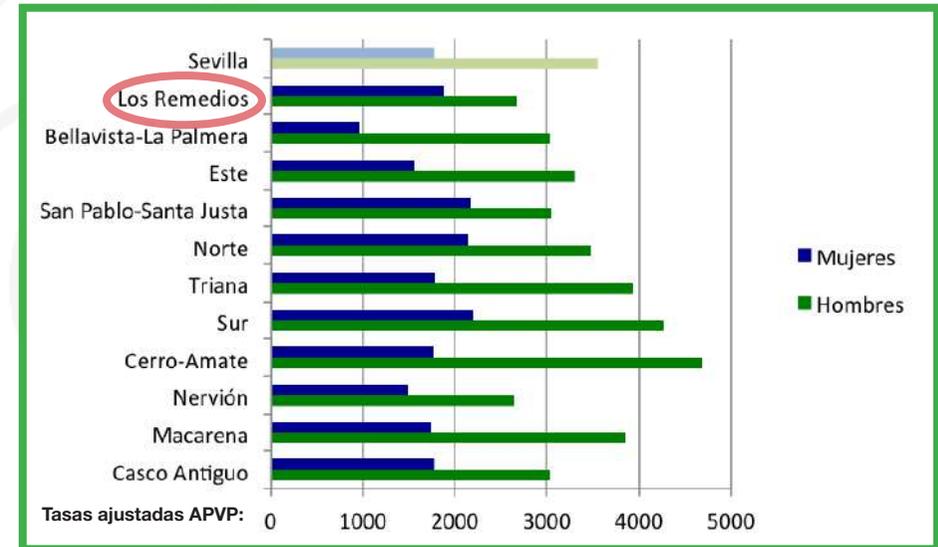
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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.

Los Remedios se encuentran 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.*

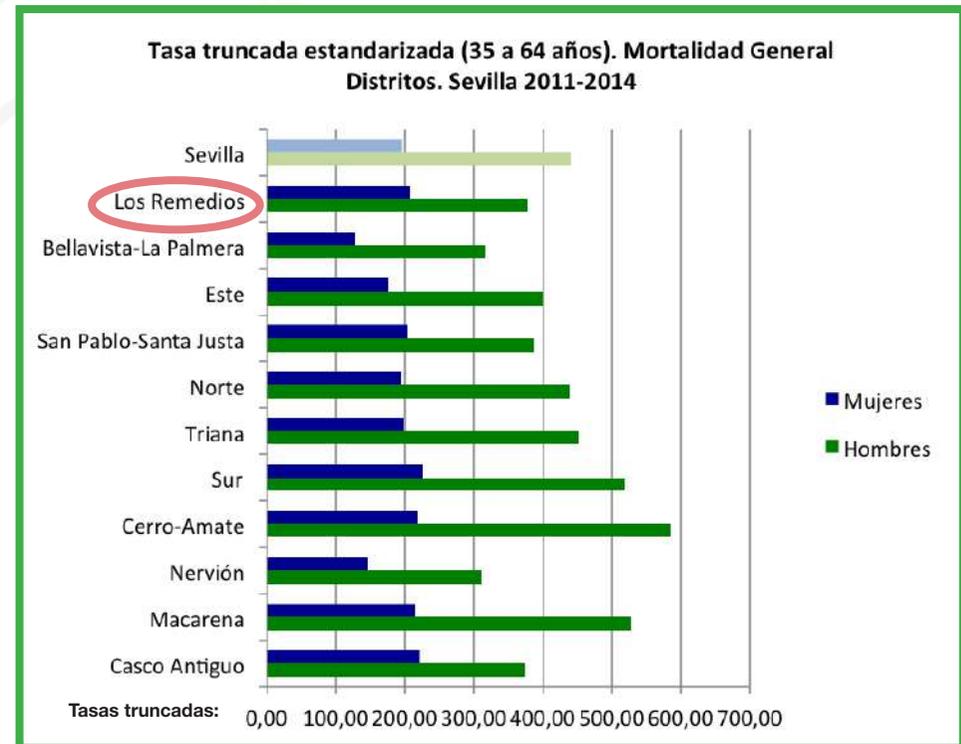


Otro indicador de muerte prematura es la **Tasa Truncada**, defunciones que se producen entre los 35 y los 64 años de edad.

Los Remedios se encuentran por debajo de la media de la ciudad.

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).

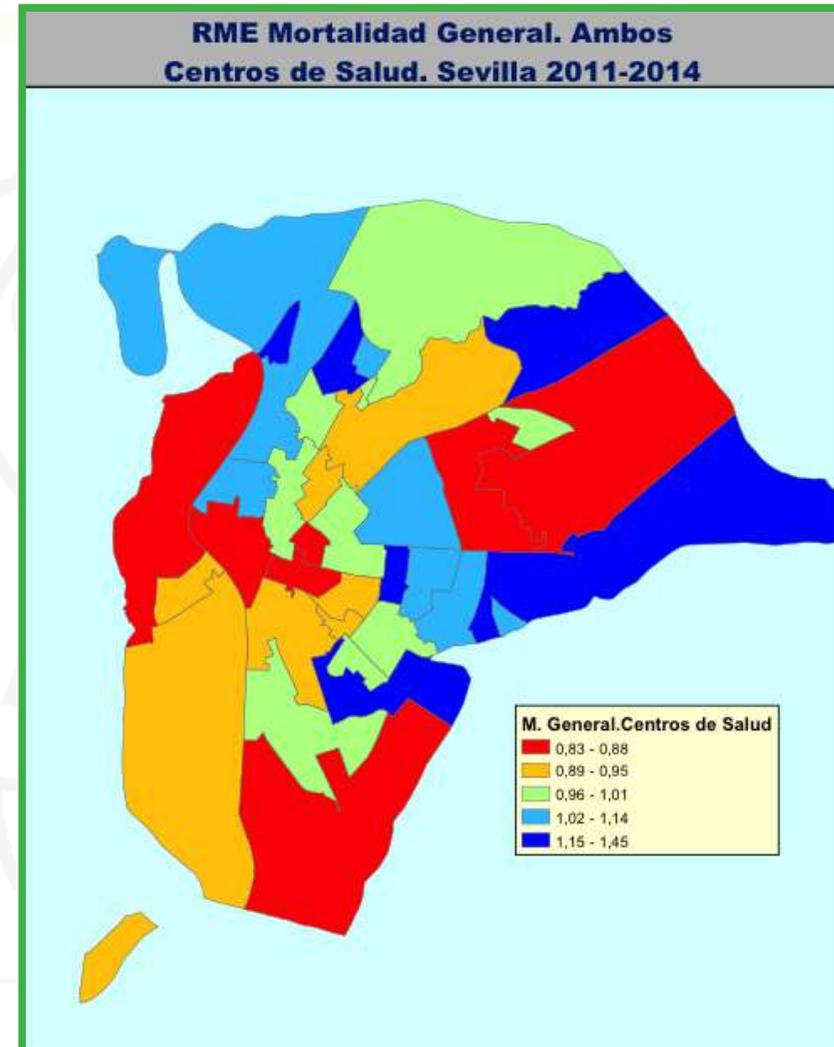
*Fuente: IECA. Elaboración propia.*



*Ilustración 17: 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.

Como se muestra en los mapas siguientes, la RME del Centro de Salud y de los barrios de Los Remedios está por debajo de la media de la ciudad, prácticamente en todos los grupos de causas, por tanto, podemos decir que en general la mortalidad de este distrito es entre un 20 % y un 50%, dependiendo del grupo de causas, más baja que la de la ciudad.



## F. Entorno Medioambiental

**Zonas verdes:** El número de m<sup>2</sup> de zonas verdes por habitantes en el distrito Los Remedios es de 5 m<sup>2</sup>, muy por debajo de la media de la ciudad, 14 m<sup>2</sup>.

*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 <sup>2</sup> )	Parterres en plazas, paseos y otras zonas (m <sup>2</sup> )	Glorietas y Plazas (m <sup>2</sup> )	Totales m <sup>2</sup> 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
<b>Los Remedios</b>	<b>111.085</b>	<b>5.865</b>	<b>12.024</b>	<b>128.974</b>
Total	6.922.281	612.639	479.701	8.014.621

**Carril bici y red de bicicletas:** El carril bici de la ciudad llega a las principales vías del distrito, aunque no penetra en las calles de los distintos barrios.

*Ilustración 18: Distribución geográfica de la red de carril bici y estaciones SEVICI.*



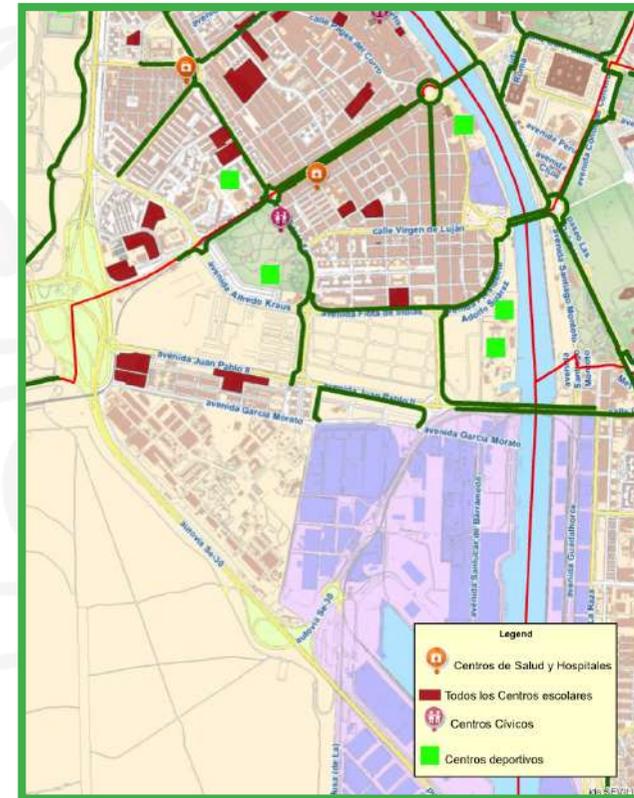
**Zonas acústicamente saturadas:** En el distrito hay dos zonas acústicamente saturadas según se ve en el siguiente mapa.

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

*Ilustración 19: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.*



*Ilustración 20: Distribución geográfica de los recursos existentes en el Distrito.*



**G. Estilo de vida**

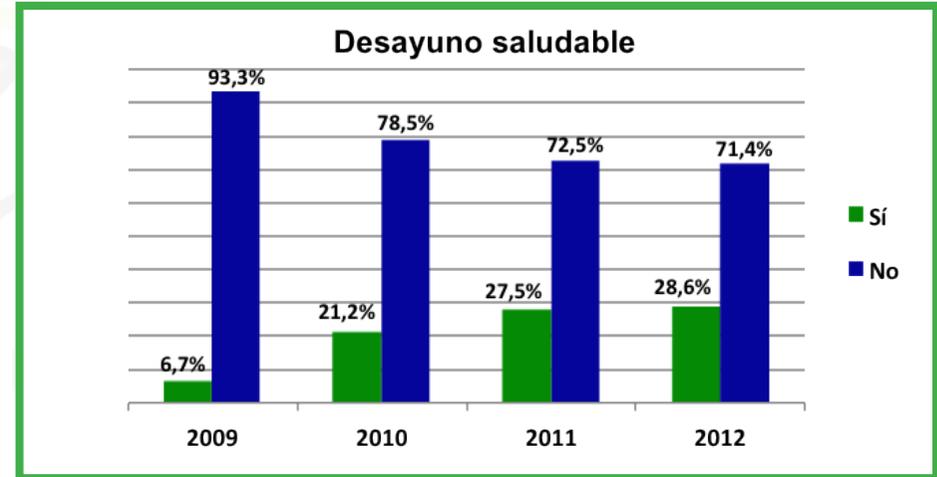
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

**La alimentación**

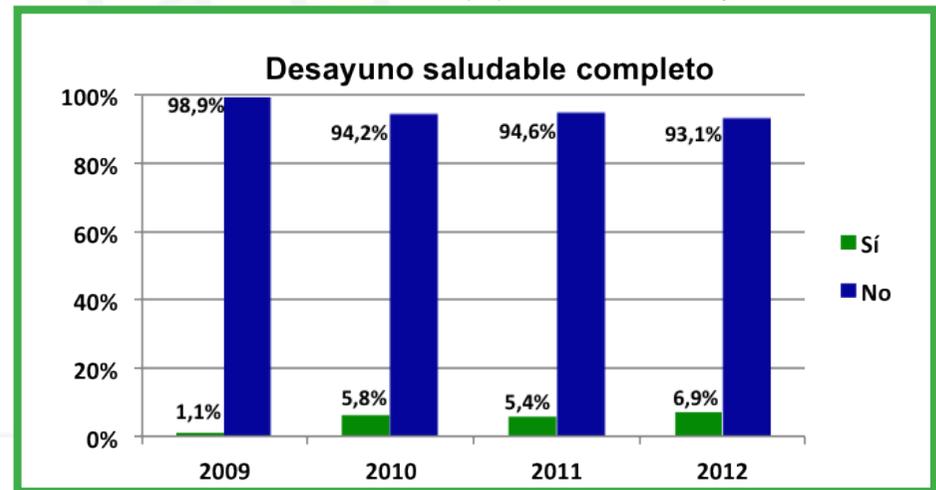
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

- 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.

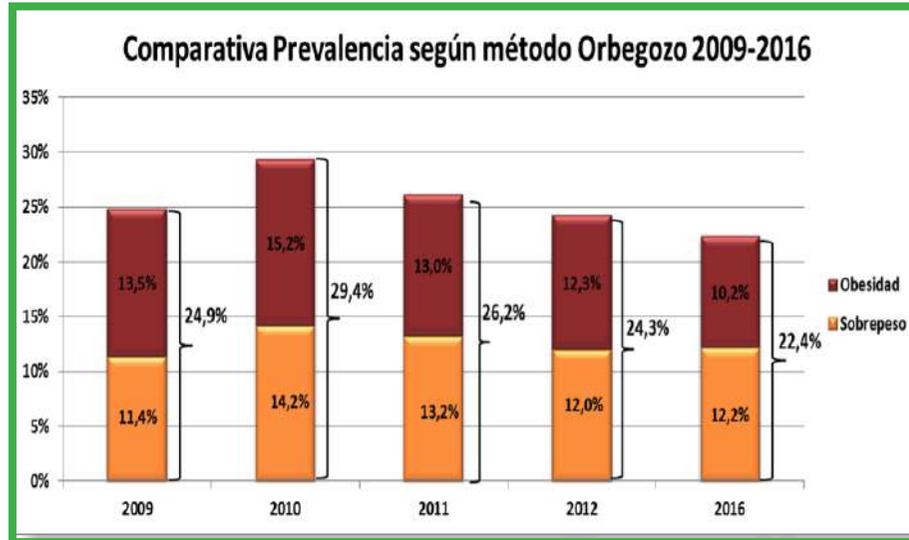
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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

Pediculosis.

Alimentación poco saludable: desayunos inadecuados, comida rápida.

Adicciones electrónicas: móviles, tablets, ordenadores, playstation, etc.

Alcohol, tabaco, cachimba y drogas.

Consumo de bebidas estimulantes.

Consumo de drogas en adolescentes, jóvenes y familias.

Obesidad.

Sedentarismo.

Cansancio rol de personas que cuidan a pacientes dependientes.

Alcoholismo.

Tabaco.

Embarazos no deseados en adolescentes.

Alto porcentaje de alumnado que asiste al colegio sin desayunar.

### Estilos de Vida

Problemas relacionados con las formas de vida: estrés, ansiedad, tristeza...

Soledad y aislamiento social o falta de redes de apoyo.

### Entorno Social

Absentismo escolar.

Soledad/aislamiento.

Ausencia de recursos asistenciales en el barrio (UED, centros de mayores, CPA).

Carencia de red de asociaciones de personas mayores.

Brecha digital.

Problemas de salubridad en domicilios/síndrome de Diógenes.

Conflictividad familiar en divorcios.

Ausencia de recursos para menores discapacitados.

Jóvenes NINIS, sin expectativas.

Problemas de salud mental infantil (TDAH) derivados de problemas de vínculos y falta de cuidados adecuados familiares.

**Entorno Social**

- Falta de recursos de ocio y tiempo libre para menores y jóvenes.
- Exceso de tratamiento farmacológico y automedicación sobre todo en mujeres.
- Escasa red de apoyo en madres y jóvenes solas.
- Falta de participación en los centros por parte de progenitores/tutores/tutoras.
- Conductas violentas entre alumnado y profesorado.
- Aislamiento social en población mayor.
- Escasas redes de apoyo informal.
- Falta de actividades de ocio y pérdida de protagonismo social/centro de personas mayores.

**Entorno Medioambiental**

- Barreras arquitectónicas (pisos cárcel).
- Escasez de equipamientos públicos y zonas verdes en algunas zonas del barrio.
- Ausencia de centros educativos públicos (educación infantil, CEIP, IES...).
- Dificultad de movilidad por barreras arquitectónicas.
- Escaso espacio de ocio para adolescentes y mayores.

**Entorno Medioambiental**

- Barreras arquitectónicas y estructurales.
- Contaminación acústica por bares, veladores, zona de botellón, LIPASAM.
- Suciedad en calles, excrementos.
- Incidencias en la vía pública, socavones, arquetas, etc.
- Aislamiento entre los dos barrios del distrito. Zona de Tablada, recinto ferial, transporte.

**Servicios Sanitarios**

- Vacunación incompleta en menores de familias de inmigrantes y resistencia por parte de los progenitores.

**Desigualdades Socioeconómicas**

- Dificultades de conciliación laboral y familiar.
- Población inmigrante con muchos problemas.
- Sueldos precarios en personas jóvenes y adultas.
- Alto nivel de estrés en madres separadas con menores a su cargo.



### 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	Faltan comedores sociales y centros de atención a las personas necesitadas.
2º	Falta de centros para personas con discapacidad.
3º	Faltan zonas de ocio para personas adolescentes.
4º	Faltan centros deportivos públicos.
5º	Que la gente beba menos bebidas alcohólicas.
6º	No hay centros hospitalarios.
7º	En algunas zonas faltan pasos de cebras.
8º	Campañas para fomentar el estudio en jóvenes.
9º	Crear redes de apoyo entre los vecinos del barrio.
10º	Faltan puestos de trabajo.

Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes	
1º	Falta de hospital público.
2º	Falta de centros deportivos públicos.
3º	Falta de piscina pública para el verano.
4º	No existen actividades lúdicas para jóvenes.
5º	Falta de guarderías públicas.
6º	Falta de bibliotecas públicas.
7º	Falta de supermercados (grandes superficies).
8º	Falta de fuentes públicas.
9º	No hay centros públicos de educación primaria.
10º	Falta comunicación con el barrio de Tablada.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas	
1º	Mucha suciedad por caca de los perros.
2º	Problema de limpieza e higiene: contenedores abiertos, basuras en la calle, camionetas que son verdaderos vertederos con ruedas.
3º	Falta de vigilancia.
4º	Falta de servicio de urgencias en el centro de salud.
5º	Venta de alcohol a menores.
6º	Mal estado del pavimento y acerados de las calles.
7º	Falta de centros de atención para personas mayores.
8º	Ninguna biblioteca pública.
9º	Abuso y acoso callejero de grupos de mendigos a personas mayores.
10º	Ausencia de centros deportivos públicos.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores	
1º	Regulación y control de personas que viven en la calle obras públicas.
2º	Involucrar a los organismos oficiales.
3º	Crear centros de convivencia de personas mayores.
4º	Centros de día de personas mayores.
5º	Adaptación funcional a las necesidades de las personas mayores en la vivienda.
6º	Apoyo a las familias en relación al grupo de personas mayores.
7º	Limpieza de calles de los Remedios.
8º	Compromiso formal del alcalde a las denuncias de la ciudadanía.
9º	Mejorar el entorno para una mejor movilidad.
10º	Cumplimiento de la ley en relación a animales.

### 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	
<b>Estilos de Vida</b>	1. Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar.
	2. Malos hábitos de alimentación en población general.
	3. Consumo de drogas en población general: alcoholismo y tabaquismo.
<b>Entorno Social</b>	1. Carencia de ofertas públicas de actividades ocio específicas para menores.
	2. Falta de control en la venta de alcohol a menores.
	3. Carencia de ofertas públicas de actividades ocio específicas para personas mayores.
<b>Entorno Ambiental</b>	1. Carencias en el mobiliario urbano: fuentes de agua potable.
	2. Problemas de suciedad en la vía pública.
	3. Carencia zonas de ocio para personas adolescentes.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	1. Población inmigrante con muchos problemas.
	2. Personas sin hogar pernoctando en espacios públicos del distrito.
	3. Precariedad laboral.

### 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 por lo tanto una gran diversidad de aspectos como la alimentación, la actividad física, el sueño, las relaciones afectivo-sexuales, el consumo de sustancias tóxicas, etc.

Mantener estilos de vida no saludables tiene consecuencias variadas. Una mala alimentación puede aumentar los trastornos alimentarios relacionados con el sobrepeso, generando una autoestima baja y a la larga puede tener consecuencias en el rendimiento en el trabajo. Así como, el consumo de sustancias tóxicas que es uno de los factores de aumento de la marginación social y la delincuencia.

En general, tener hábitos poco saludables genera un aumento de las enfermedades como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, con lo que aumentan los ingresos hospitalarios, disminuye la calidad de vida y se incrementa el gasto sanitario.

### **Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable**

Con un estilo de vida saludable en la población se conseguiría reducir las enfermedades, bajar el gasto sanitario asistencial y mejorar la calidad de vida. Además de una disminución de los índices de marginación por consumo de sustancias tóxicas, lo que generaría una reducción de la delincuencia, y un aumento general del bienestar de la ciudadanía.

**Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar**

El 41% del colectivo menor no realiza actividades extraescolares deportivas. Se debe en gran medida a que existen pocos sitios de encuentro para el ocio saludable, y una falta de oferta de actividades deportivas y al aire libre. Esto se agrava por el alto porcentaje de ocio a través de las pantallas, siendo poco controlado por parte de las personas adultas responsables.

**Objetivo General 1.1 - Promover la actividad física entre el alumnado de educación obligatoria del distrito**

<b>Indicador</b>	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
<b>Definición</b>	Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para reducir el sedentarismo entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud <sup>2</sup> del distrito.
<b>Cálculo</b>	Si / No.
<b>Fuente</b>	Fichas de medidas - Agendas anuales.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrir centros educativos en horario de tarde y los fines de semana para ser usados como centros deportivos y de ocio saludable.</li> <li>• Desarrollar campañas impactantes de comunicación.</li> <li>• Desarrollar actividades y campañas que ofrezcan alternativas y se realicen en horario no laboral.</li> <li>• Incentivar al alumnado para que participe en las campañas de promoción de salud generales.</li> </ul>

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

**Malos hábitos de alimentación en población general**

La existencia de malos hábitos de alimentación entre la población del distrito tiene su base en el fuerte impacto de los medios de comunicación, que hacen que los productos poco saludables sean más atractivos. A esto se suma que el ritmo de vida no deja tiempo para dedicarlo a la compra y preparación de una alimentación saludable. La comida prefabricada es de más fácil acceso y más rápida, como ocurre con la venta de alimentos ultraprocesados en máquinas de vending y cantinas de instituciones públicas.

Por otro lado, entre las personas mayores que viven solas, se da una pérdida de ganas de cocinar, lo que lleva a un empeoramiento de la calidad en la dieta.

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

<b>Indicador</b>	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
<b>Definición</b>	Desarrollo de medidas de fomento de hábitos de alimentación saludable que beneficien al menos al 50% de la población del distrito para 2023.
<b>Cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$ .
<b>Fuente</b>	Fichas de medidas - Agendas anuales.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar actividades y campañas que ofrezcan alternativas y se realicen en horario no laboral.</li> <li>• Grabar con un impuesto los alimentos menos saludables.</li> <li>• Eliminar las ventas de alimentos no saludables en las instituciones públicas.</li> <li>• Eliminar las campañas de comunicación de los alimentos no saludables.</li> </ul>

**Consumo de drogas en población general: alcoholismo y tabaquismo**

El consumo de drogas entre la población general del distrito se centra, principalmente, en casos de alcoholismo y tabaquismo. La causa básica que se identifica para el inicio en estas dos sustancias está en la facilidad en el acceso que hay, ya que pueden adquirirse de forma legal en muchos establecimientos.

**Objetivo General 1.3 - Promover medidas de prevención de la drogadicción entre la población del distrito**

<b>Indicador</b>	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
<b>Definición</b>	Desarrollo de medidas de prevención del consumo de drogas que beneficien al menos al 50% de la población del distrito para 2023.
<b>Cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$ .
<b>Fuente</b>	Fichas de medidas - Agendas anuales.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar las sanciones a los establecimientos que vendan tabaco y alcohol a menores.</li> <li>• Abrir centros educativos en horario de tarde y los fines de semana para ser usados como centros deportivos y de ocio saludable.</li> </ul>

### **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 no es positivo o favorecedor las consecuencias son generales para toda la población. Provocando principalmente aislamiento, lo que favorece el sedentarismo y las enfermedades físicas y psicológicas.

Se incluyen también las normas que rigen nuestras relaciones. Cuando las normas establecidas no se cumplen se produce una alteración del orden social. En consecuencia, se generan problemas a otros niveles como la inseguridad, conductas no deseadas, etc.

---

### **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. Se consiguen, además, mayor calidad de vida, un incremento del bienestar social, restablecimiento de la autoestima y ampliación del capital 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.

---

**Carencia de ofertas públicas de actividades ocio específicas para personas menores y mayores**

La carencia de actividades de ocio específicas para menores detectada en el distrito se debe al cambio que se está produciendo en los Remedios. Antiguamente se caracterizaba por tener un nivel socioeconómico alto y la oferta de actividades para menores estaba cubierta por los clubes privados y militares. Actualmente está recibiendo nueva población, con un poder adquisitivo menor, por lo que empiezan a demandarse recursos de ocio saludable más asequible a toda la ciudadanía y niveles económicos. A esto hay que sumarle, que la población menor que estudia ahí es en una alta proporción residentes de otras zonas de la ciudad. Hoy en día, es un distrito envejecido, por lo que la mayoría de los recursos se destinan a las personas mayores, más que a menores.

La carencia de actividades de ocio saludable específicas para mayores no es de cantidad de oferta, porque hay mucha y muy variada, sino que no responde a las necesidades de su colectivo. Se trata de un perfil caracterizado por ser personas mayores, dependientes y con problemas de aislamiento. Las actividades están dirigidas a personas que tienen un nivel de autonomía muy normalizado, y termina creándose un grupo de personas mayores que van a todas las actividades. Esto se debe a un fallo en la planificación de las iniciativas que responde a una falta de coordinación a nivel profesional entre las distintas administraciones. Se da un recelo entre las distintas áreas a la hora de ceder sus cuotas de intervención, lo que complica la sinergia y coordinación entre ellas, y se duplican las actuaciones.

**Objetivo General 2.1 - Fomentar la oferta de actividades de ocio saludable desde las administraciones publicas**

<b>Indicador</b>	Tasa de personas beneficiarias.
<b>Definición</b>	La tasa anual de personas que se benefician de actividades e iniciativas saludables ofertadas por las instituciones del distrito vinculadas al PLS muestra una tendencia creciente.
<b>Cálculo</b>	Sumatorio anual de personas beneficiarias (por grupos de edad) de las distintas actividades saludables / total de población censada (por grupos de edad).
<b>Fuente</b>	Fichas medidas – Agendas anuales.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unificar la oferta de actividades y programas desarrollados desde las diferentes instituciones trabajando con las mismas poblaciones en el distrito.</li> <li>• Coordinación entre los y las profesionales.</li> <li>• Oferta de talleres y actividades para el ocio familiar e intergeneracional.</li> </ul>



**Falta de control en la venta de alcohol a menores**

La cultura de la ciudad promueve el consumo de alcohol, y es una conducta muy normalizada entre la población general. Éste está en el centro del ocio. Por lo que el mensaje que se transmite al colectivo menor para que no consuma, entra en contradicción con lo que observan en su entorno social y familiar.

La falta de control de la venta de alcohol a menores se produce porque hay recursos profesionales reducidos para hacer esta labor de inspección, y existen muchos puntos donde se producen estas ventas. Además, cuando se actúa las multas son insuficientes, y no persuaden de reincidir.

**Objetivo General 2.2 - Fomentar el control de la venta de alcohol**

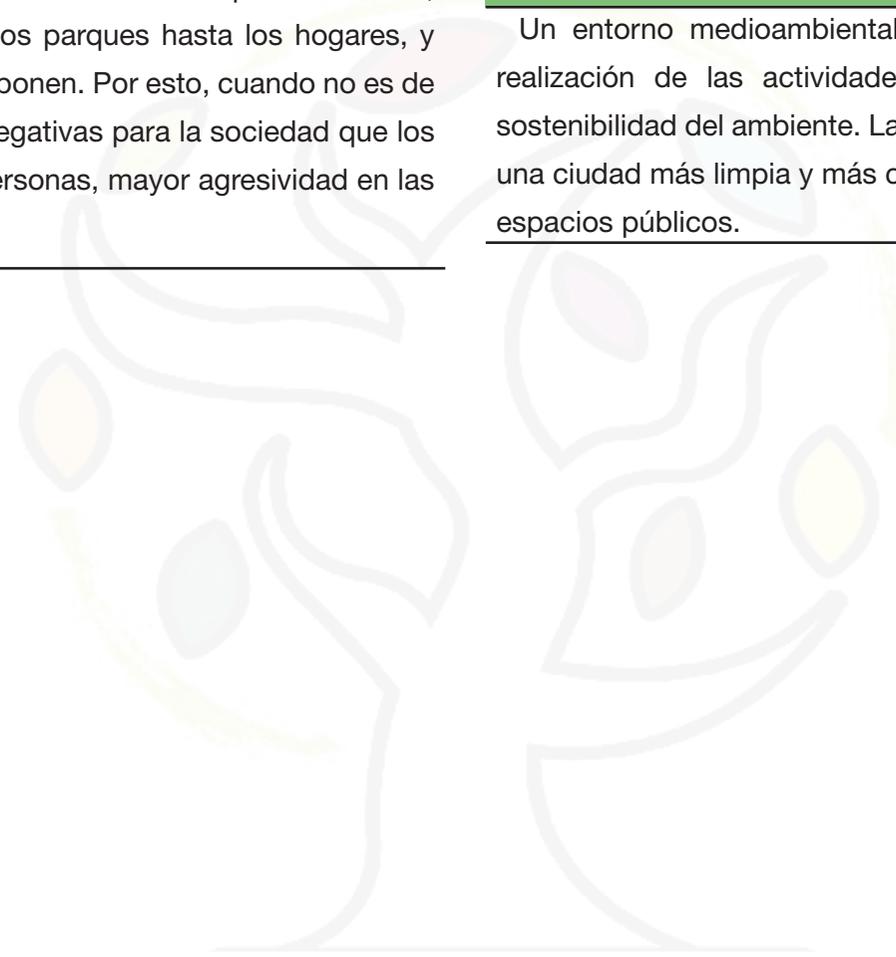
<b>Indicador</b>	Tasa de denuncias.
<b>Definición</b>	La tasa del sumatorio de las denuncias relativas a venta y consumo de alcohol en la calle es menor a 1.
<b>Cálculo</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ anual de denuncia por venta y consumo de alcohol}}{\text{N}^\circ \text{ de denuncia por venta y consumo de alcohol del 2018}}$
<b>Fuente</b>	Registros de denuncia de la policía local.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de sanciones.</li> <li>• Trabajar el tema en los centros educativos.</li> </ul>

**Línea de Acción 3: Entorno Medioambiental**

El entorno medioambiental implica todo el marco 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: afectación de la salud de las personas, mayor agresividad en las relaciones, y una sensación negativa.

**Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad**

Un entorno medioambiental de calidad afecta positivamente en la realización de las actividades cotidianas. Provoca, además, mayor sostenibilidad del ambiente. La socialización se restablece y se consigue una ciudad más limpia y más cívica. La sociedad haría mayor uso de los espacios públicos.



**Carencias en el mobiliario urbano: fuentes de agua apta para consumo humano**

La carencia de fuentes de agua potable, en el distrito se debe a una mala planificación pública y un ineficaz mantenimiento de los elementos del mobiliario urbano existentes.

**Objetivo General 3.1 - Promocionar la dotación del mobiliario urbano (bancos y fuentes)**

<b>Indicador</b>	Porcentaje de dotación de mobiliario.
<b>Definición</b>	El porcentaje de elementos del mobiliario urbano identificados desde la administración pública como necesarios, se reduce en un 50% para el 2023.
<b>Cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de nuevas dotaciones} / N^{\circ} \text{ de elementos necesarios}) \times 100.$
<b>Fuente</b>	Fichas medidas – Agendas anuales.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar el servicio de mantenimiento del mobiliario urbano.</li> </ul>

**Problemas de suciedad en la vía pública**

La suciedad en espacios públicos se debe en primer lugar a una falta de conciencia medioambiental y de educación cívica, pero también a la falta de contenedores de reciclaje de residuos, los que hay están alejados entre sí y las personas no hacen el trayecto para depositar los residuos dejándolos fuera de los contenedores. Por último, esto se agrava por la falta de aplicación de la normativa existente.

**Objetivo General 3.2 - Promocionar un comportamiento cívico limpio en los espacios públicos**

<b>Indicador</b>	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
<b>Definición</b>	Las medidas desarrolladas para reducir la suciedad afectan anualmente al menos al 50% de la población del distrito.
<b>Cálculo</b>	$(\text{N}^\circ \text{ anual de personas receptoras} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$ .
<b>Fuente</b>	Fichas de medidas - Agendas anuales.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas informativas de sensibilización.</li> <li>• Instalar más contenedores de reciclaje.</li> <li>• Aumentar el servicio de limpieza en las calles secundarias del distrito.</li> <li>• Aplicación más estricta de la normativa.</li> <li>• Ampliar el programa eco-escuela.</li> </ul>

**Carencia de zonas de ocio para personas adolescentes**

Si bien el distrito tiene un porcentaje de población adolescente y joven menor que de población de personas mayores, el GM detecta una carencia de este tipo de recursos porque esta tendencia está cambiando. La carencia de zonas de ocio para personas adolescentes en el distrito se debe principalmente a una falta de iniciativa pública y privada, que no ha visto esta necesidad como una prioridad.

**Objetivo General 3.3 - Promocionar la dotación de zonas de ocio para adolescentes**

<b>Indicador</b>	Porcentaje de zonas de ocio para adolescentes.
<b>Definición</b>	El porcentaje zonas de ocio para adolescentes identificados desde la administración pública como necesarios, se reduce en un 50% para el 2023.
<b>Cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de nuevas zonas} / N^{\circ} \text{ de zonas necesarias}) \times 100$ .
<b>Fuente</b>	Fichas medidas – Agendas anuales.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalación de más zonas deportivas.</li> <li>• Salidas grupales con fines medioambientales.</li> </ul>

#### **Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas**

La existencia de desigualdades socioeconómicas significa 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.

Ello genera dificultades para cubrir las necesidades básicas, lo que provoca un rechazo social y la aparición, en algunos casos, de conductas delictivas. Cuando esta situación llega al extremo, y las personas no pueden ni cubrir la necesidad de una vivienda, el rechazo social es mayor. Se crean, además, otro tipo de problemas derivados, como son las malas condiciones de habitabilidad, y la insalubridad en los espacios habitados.

Por otro lado, la escasez de recursos económicos hace que se produzca un consumo de productos alimentarios de peor calidad. Por lo que se favorecen los malos hábitos de alimentación, sobre todo en la población de menores, y la aparición de enfermedades metabólicas (diabetes, hipertensión, etc.). Pero también, implica una limitación a la hora de cubrir otras necesidades que no son básicas (ocio, cultura, deporte, etc), lo que facilita la aparición de cuadros de ansiedad y depresión entre esta población.

#### **Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica**

La equidad socioeconómica implicaría que las personas tendrían mayor poder adquisitivo y todas las necesidades básicas cubiertas. Lo que facilitaría una estabilidad económica, social, emocional y, además, un buen nivel de salud.

**Población inmigrante sin redes de apoyo**

La población inmigrante residente en el distrito presenta una problemática compleja; por un lado traen una alta expectativa sobre su futuro, que, al no ser satisfecha se convierte en problemático. Desde los centros de salud se detecta una alta demanda de atención por parte de este colectivo. Tienen unos horarios de trabajo muy intensivos por lo que carecen de tiempo para el disfrute propio, y para acceder a oportunidades de crecimiento profesional.

**Objetivo General 4.1 - Favorecer los activos de las personas inmigrantes sin redes familiares**

<b>Indicador</b>	Porcentaje de cobertura.
<b>Definición</b>	Al menos el 50% de las personas inmigrantes sin redes familiares, detectadas desde las instituciones incluidas en el GMT, se benefician de las medidas para favorecer sus activos en salud para 2023.
<b>Cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de beneficiarias de las medidas} / N^{\circ} \text{ de personas identificadas}) \times 100.$
<b>Fuente</b>	Registros de instituciones del GMT – Agendas anuales.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear espacios de formación online para este colectivo.</li> <li>• Mayor control desde la administración sobre los contratos que se hacen a las cuidadoras.</li> <li>• Creación de protocolos para detectar y denunciar desde las instituciones los posibles casos de explotación o semi explotación.</li> </ul>

**Personas sin hogar pernoctando en espacios públicos del distrito**

La existencia de personas sin hogar pernoctando en espacios públicos del distrito, se debe a la falta de oportunidades laborales. Termina generando una falta de recursos económicos, lo que hace difícil cubrir las necesidades básicas y de hogar. A esto se suma una carencia de recursos habitacionales y viviendas sociales para estas personas.

**Objetivo General 4.2 - Favorecer soluciones habitacionales para las personas sin hogar que pernoctan en espacios públicos del distrito**

<b>Indicador</b>	Media de personas en situación de 'sinhogarismo' registradas en el distrito.
<b>Definición</b>	La media del número de personas en situación de 'sinhogarismo' registradas en los distintos servicios de atención al colectivo se reduce en relación al dato de 2018.
<b>Cálculo</b>	Sumatorio de los datos de los distintos registros / N° total de registros.
<b>Fuente</b>	Registros de servicios sociales, comedor, albergue y centros de salud.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar el número de albergues y de camas en los albergues.</li> <li>• Soluciones habitacionales diversas.</li> <li>• Puntos de encuentros y centros de día para personas sin hogar.</li> </ul>

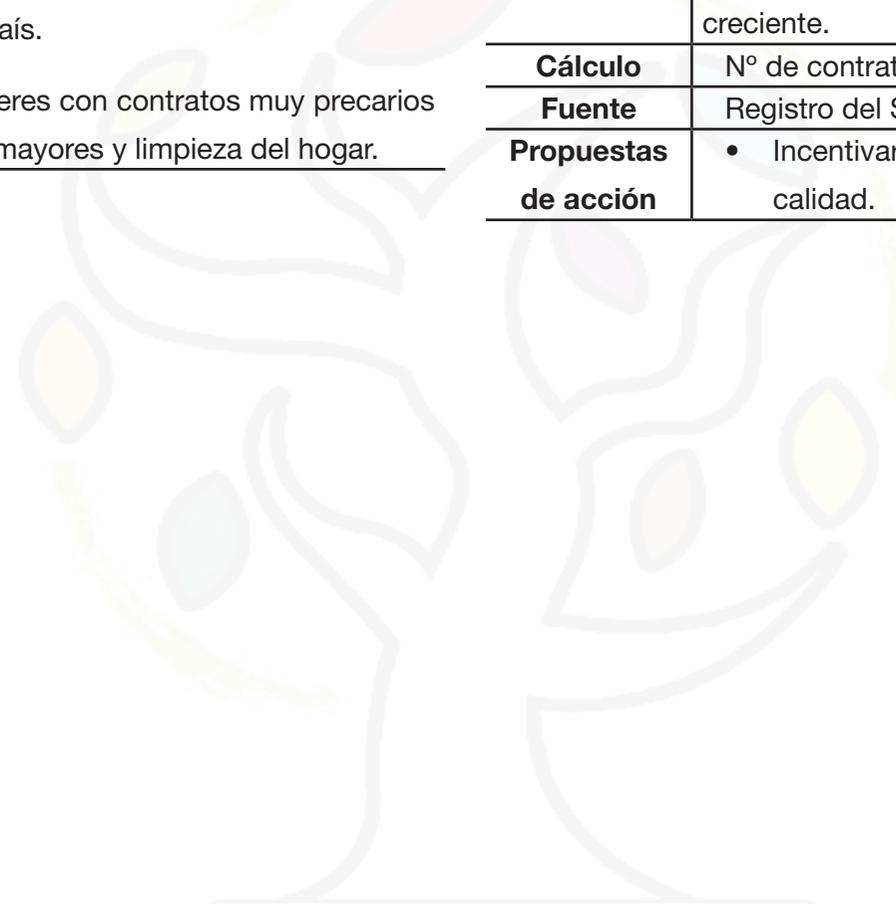
**Precariedad laboral**

La precariedad laboral existente en el distrito se debe a la escasa y en gran parte mala calidad de la oferta de trabajo. Esto es un reflejo de la situación económica que existe en el país.

Además, hay un gran número de mujeres con contratos muy precarios trabajando en el cuidado de personas mayores y limpieza del hogar.

**Objetivo General 4.3 - Favorecer la creación de empleo de calidad**

<b>Indicador</b>	Tasa de contratos indefinidos.
<b>Definición</b>	La tasa de contratos indefinidos muestra una tendencia creciente.
<b>Cálculo</b>	$N^{\circ}$ de contratos indefinido / $N^{\circ}$ de contratos.
<b>Fuente</b>	Registro del Servicio Andaluz de Empleo.
<b>Propuestas de acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar al empresariado para crear empleo de calidad.</li> </ul>



## 5. Plan de comunicación

La comunicación del PLS se concreta en dos áreas, por un lado, la **coordinación entre las personas implicadas** (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 secretaría 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 secretaría 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.

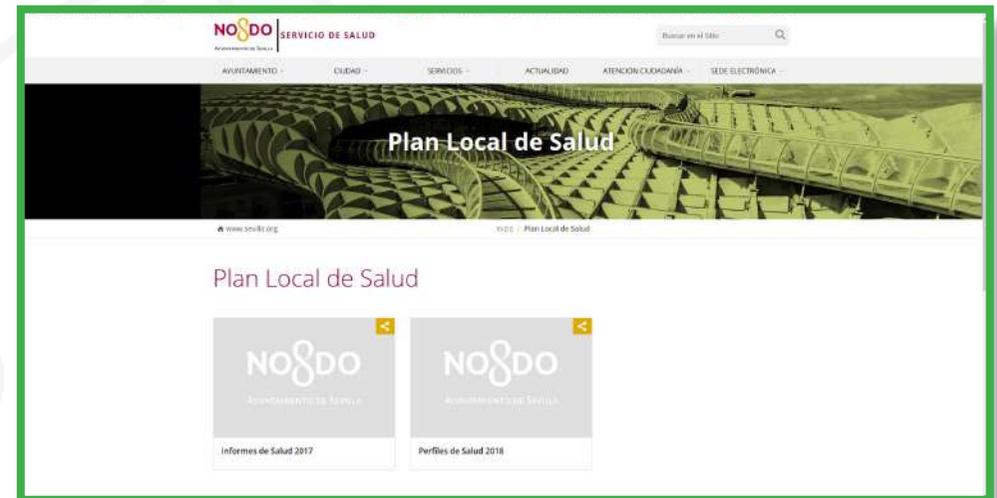
**Logotipo:** El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

*Ilustración 21: 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 22: 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 23: 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.REDLOCALSALUD.ES](http://WWW.REDLOCALSALUD.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 los distintos 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		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b>											



**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