

**Distrito:
Norte**

Plan Local de Salud de Sevilla 2019/2023

NO8DO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA

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



AUTORÍA:

Luna Rodríguez Pérez.

COORDINACIÓN TÉCNICA:

María Dolores Martínez Ruiz.

Lucía Ruiz López.

SUPERVISIÓN:

Antonio Sánchez Tosina.

Director General de Salud Pública y Protección Animal.

Fernando Martínez-Cañavate García-Minas.

Jefe del Servicio de Salud.

María Dolores Martínez Ruiz.

Jefa de la Sección de Promoción de Salud.

EQUIPO TÉCNICO:

Grupo Motor Territorial.

APORTACIONES ESPECIALES:

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

EDITA:

Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Área de Bienestar Social y Empleo.

Dirección General de Salud Pública y Protección Animal.

Servicio de Salud.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Samuel Damián Palenzuela Pérez.



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



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

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

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

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

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

Juan Espada Cejas

Alcalde de Sevilla



Índice

1. Marco normativo y conceptual	4	4.2. Listado de problemas priorizados	54
2. Misión, visión y principios rectores	9	4.3. Plan de Acción	54
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla	11	1. Línea de Estilos de Vida	55
3.1. Fase Inicial	12	2. Línea de Entorno Social	59
3.2. Fase de Perfil de Salud	16	3. Línea de Entorno Medioambiental	63
3.3. Fase de Priorización	18	4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas	67
3.4. Fase de Plan de Acción	19	5. Plan de Comunicación	71
3.5. Fase de Implantación	20	6. Bibliografía	75
3.6. Evaluaciones	22	7. Glosario de términos y acrónimos	76
4. Documentos		8. ANEXOS	
4.1. Perfil de Salud	23	Anexo 1: Ficha de Medidas	78
4.1.1. Informe de Salud	24	Anexo 2: Checklist Implantación	79
4.1.2. Análisis Técnico Sectorial	49		
4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía	52		



1. Marco normativo y conceptual

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

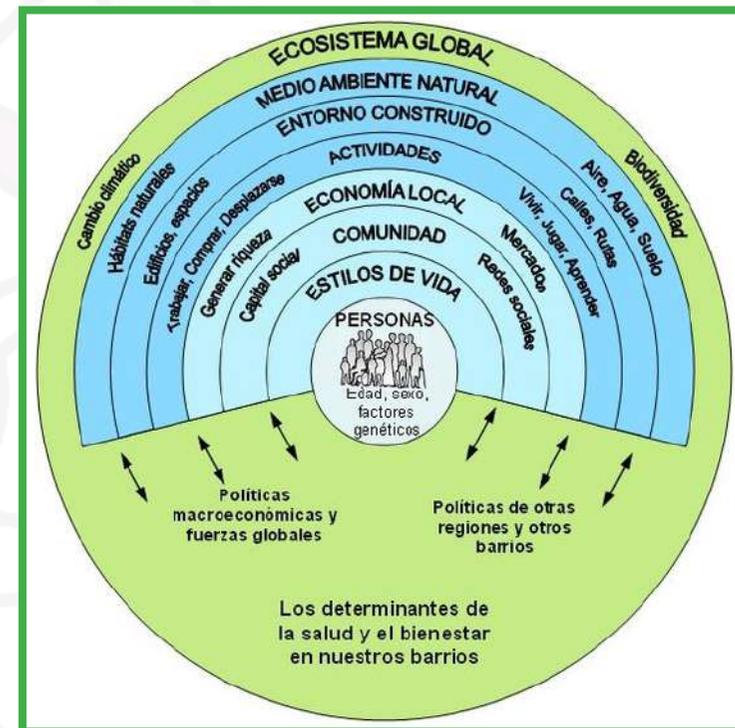
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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

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

(Wilkinson and Marmot, 2003)

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



Europa

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

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

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

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

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

España

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

Andalucía

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



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

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

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

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

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

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

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

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

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



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

Las **fases** son las siguientes:

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

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

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

2.2. Visión

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

2.3. Principios rectores

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

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

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

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

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

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

Ilustración 3: Estructura del PLS de Sevilla.



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

Ilustración 4: Línea temporal de los principales hitos.



3.1. Fase Inicial

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

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



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

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

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

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



Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



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

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

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



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

Las funciones del GMT son:

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

Se ha tratado que estos grupos estén integrados por profesionales de diversas áreas municipales y autonómicas y de variadas disciplinas, es decir, interdepartamental e interdisciplinar. Así pues, en ellos están representados profesionales de diversos sectores: educación, salud,

servicios sociales, deportes, participación ciudadana, etc. tanto de la administración local como autonómica.

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

ENTIDADES
Unidad de Promoción de la Salud Norte (U.P.S.)
Servicio de Salud - Sección Promoción de la Salud
Servicios Sociales (U.T.S.)
Centro Cívico Los Carteros
Centro Cívico Entreparques
Instituto Municipal de Deportes (I.M.D)
Servicio de la Mujer. Centro de la Mujer Macarena - Norte
Unidad de Gestión de Salud Pública Sevilla
Centro de Salud PINO A y PINO B
Centro de Salud Alamillo - San Jerónimo
C.E.I.P. Hermanos Machado
C.E.I.P. Ignacio Sánchez Mejías

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 **9 de octubre de 2017 en el Centro Cívico Los Carteros**. El objetivo principal es la creación del GMT, que sus integrantes se conozcan y reciban una formación inicial sobre las bases metodológicas y conceptuales de la Acción Local en Salud. Se abordan los fundamentos de la estrategia RELAS, con la legislación relacionada y la metodología de elaboración de PLS.

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

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

Imagen del taller de Impulso.



3.2.2. Detección de necesidades sentidas

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

La técnica tiene los siguientes pasos:

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

El 9 de noviembre de 2017 en el Centro Cívico Los Carteros 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.

Para el entrenamiento en la técnica se propuso un ejercicio práctico de ser sujetos de un GN en el taller, donde se reflexionó sobre las fortalezas que el grupo identifica para el éxito del PLS en el distrito; los resultados se han incluido en el documento del Perfil de Salud como fortalezas del análisis técnico sectorial.

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 3 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.

Imagen del taller de Priorización.



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:

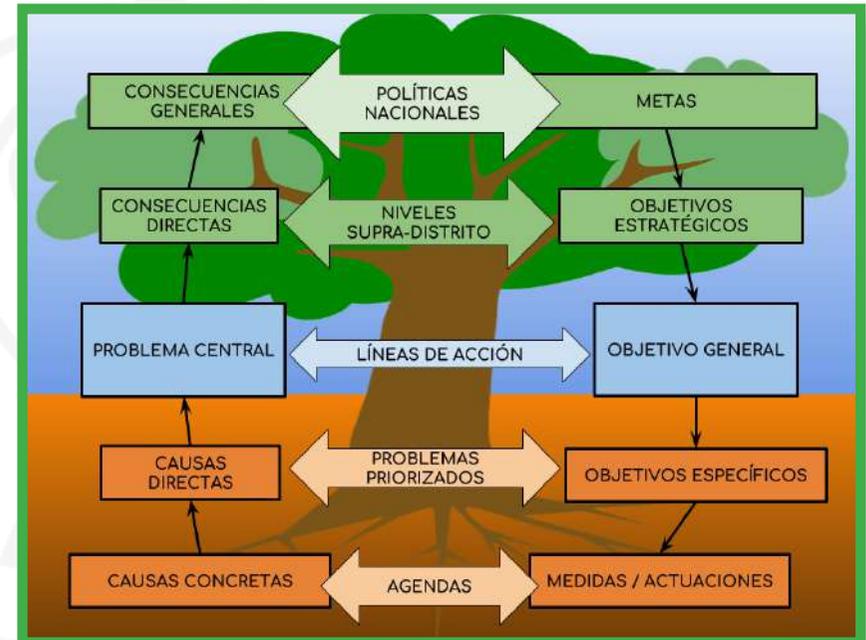
1. **Magnitud:** Cantidad de personas afectadas en el distrito (de 0 a 10).
2. **Severidad:** Impacto que tiene el problema sobre la persona a la que afecta (de 0 a 10).
3. **Facilidad:** Las medidas que se requieren son más o menos fáciles (de 0 a 10).
4. **Posibilidad:** Posibilidad, capacidad y competencias 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 y las participantes y se ordena el listado resultante. Los problemas priorizados en cada determinante de salud son los tres que han obtenido mayor puntuación.

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

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



Se convoca un taller con el GMT el **31 de Octubre 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.

Taller Plan de Acción.



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.

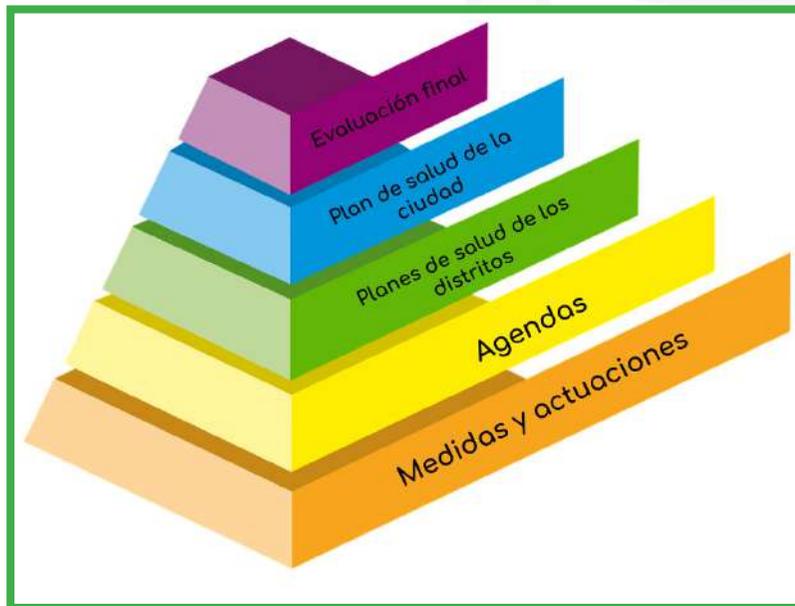
Estas medidas se incluyen en una agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

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.

4. Documentos

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

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

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

4.1. Perfil de Salud

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

1. Informe de Salud

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	Los Remedios
San Pablo – Santa Justa	



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

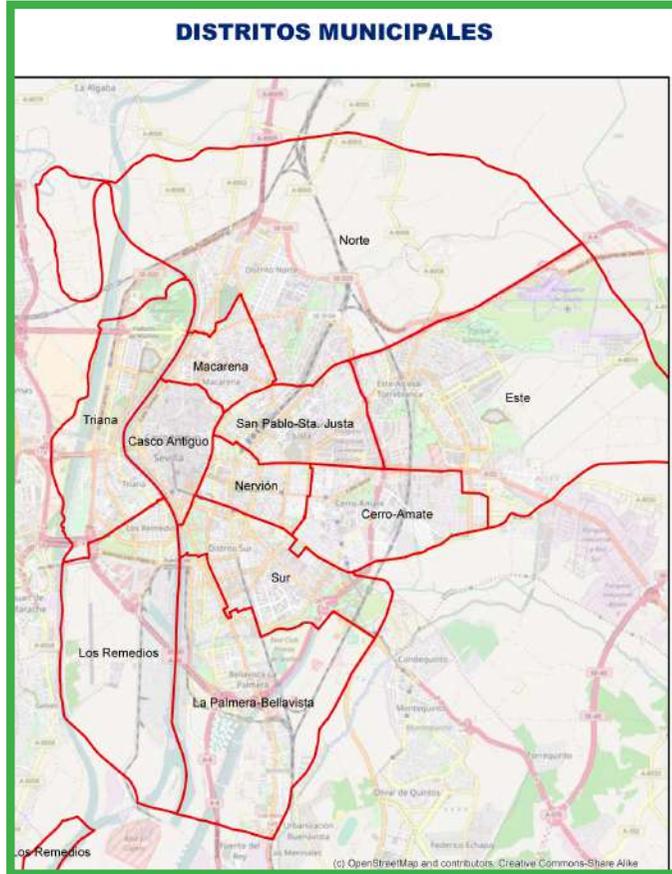
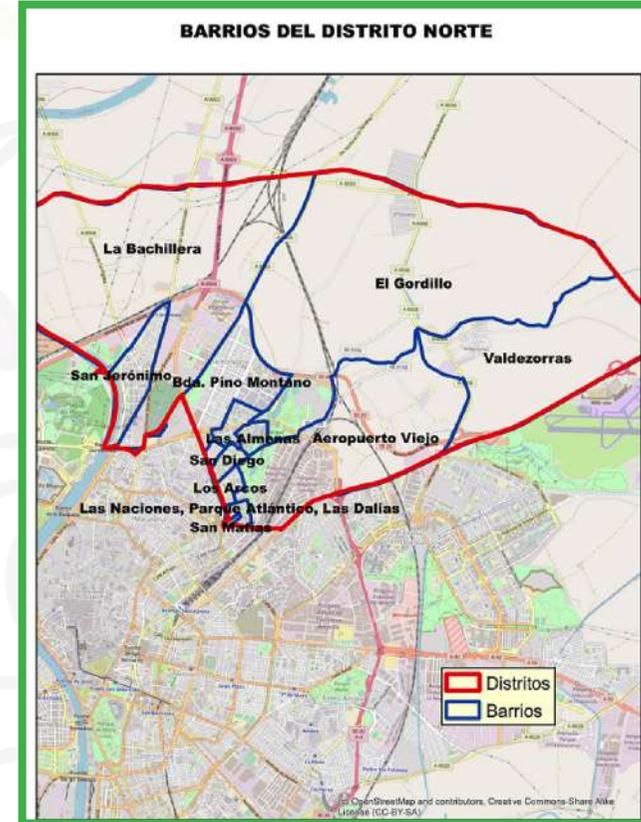


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



B. Datos socio-demográficos

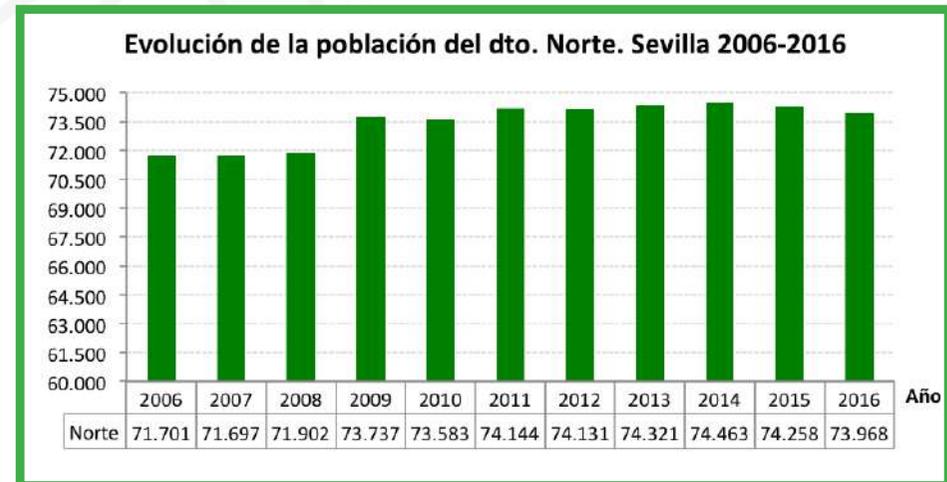
Norte es el cuarto distrito con mayor número de habitantes, un total de 73.968 a 1 de enero de 2016 (el 10,6% del total de Sevilla); al ser el distrito más extenso de la ciudad, es el de menor densidad de población después de Los Remedios.

La población del distrito fue creciendo en los primeros años de la última década alcanzando un pico de población en 2014 con 74.131 personas, desde entonces ha disminuido unos 2.300 habitantes.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

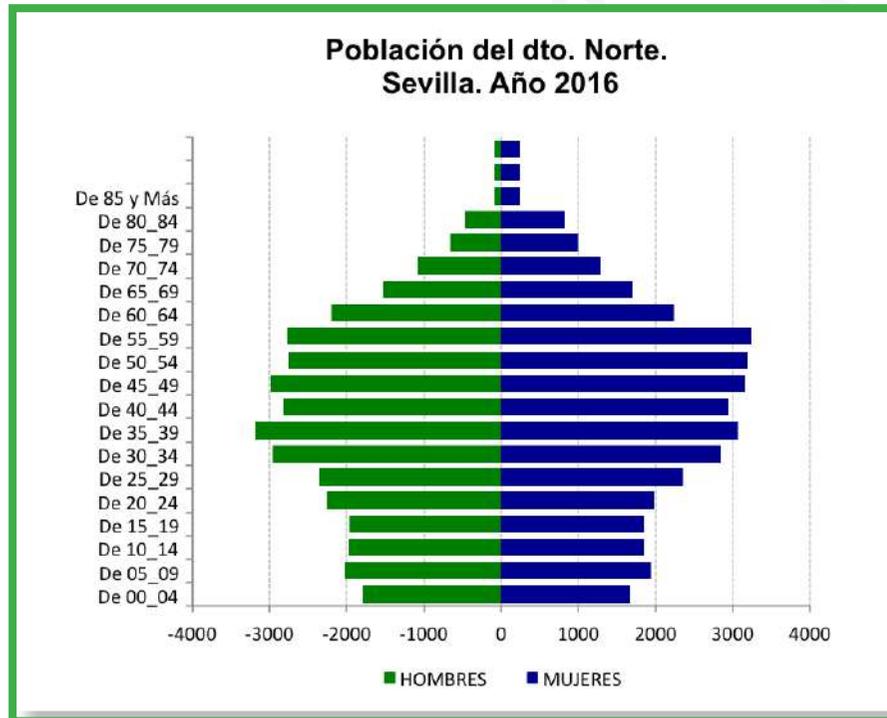
Distrito	Superficie (Km ²)	Población	Densidad (Hab./Km ²)
Casco Antiguo	4,23	59.081	13.967,14
Macarena	3,17	74.980	23.653,00
Nervión	3,20	51.117	15.974,06
Cerro - Amate	7,39	88.626	11.992,69
Sur	7,56	71.630	9.474,87
Triana	9,38	48.948	5.218,34
Norte	38,10	73.968	1.941,42
San Pablo - Santa Justa	5,63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



Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

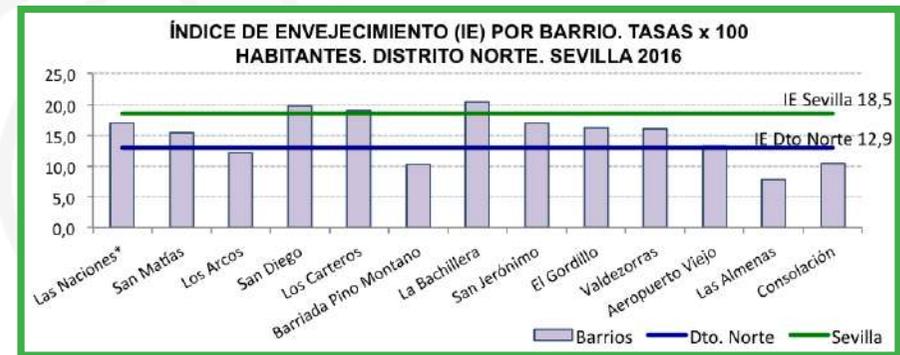
La población actual representada en la pirámide indica la misma tendencia que la ciudad, una población envejecida. Un tercio de las personas mayores de 64 años del distrito se encuentran en la Barriada Pino Montano, donde junto con San Jerónimo se sitúan más de la mitad de la población de mayores del distrito (un 54,9%).

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



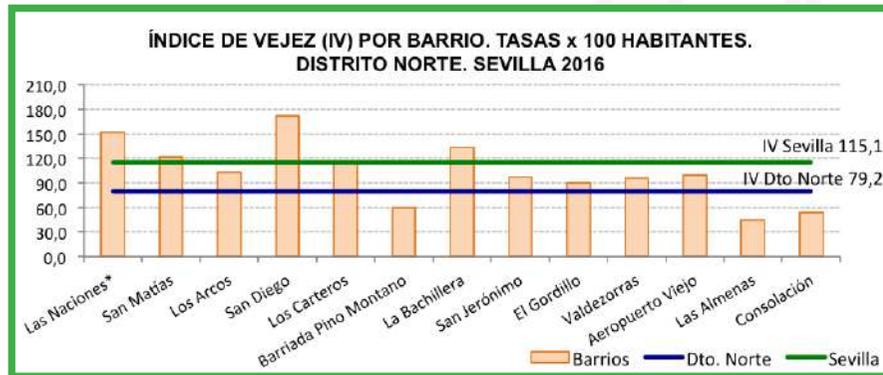
El **Índice de Envejecimiento** relaciona la población mayor de 64 años con la población total en porcentajes.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



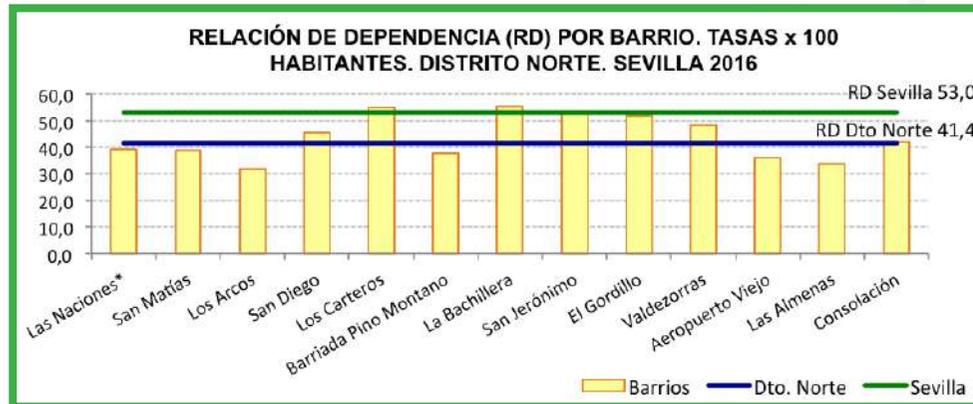
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

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.

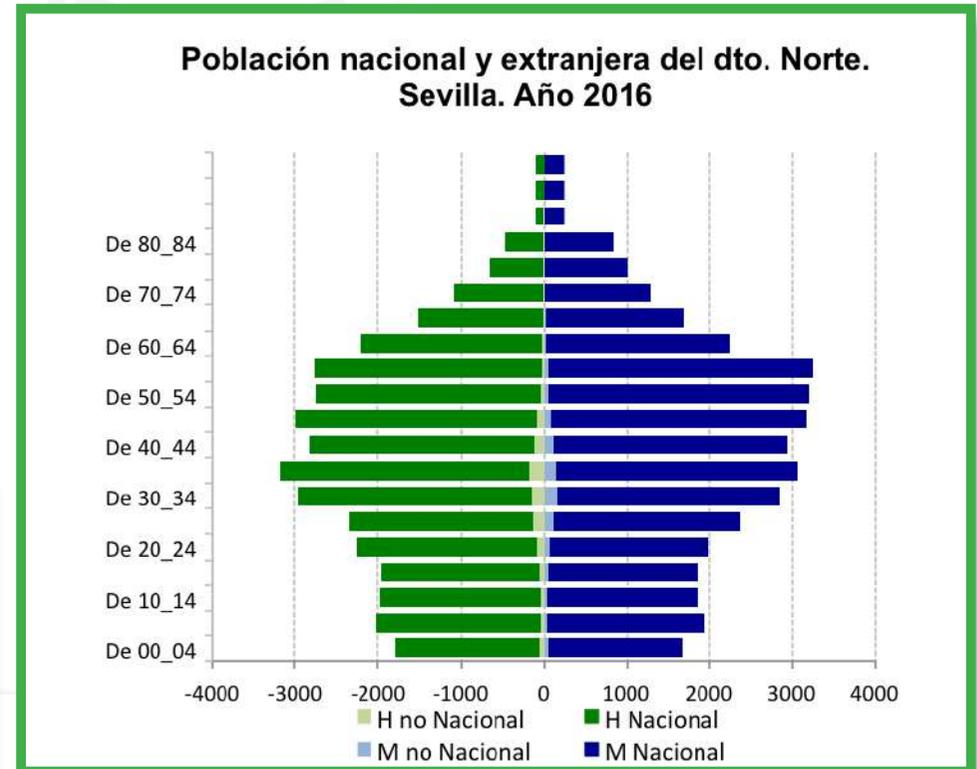
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la **población extranjera de la ciudad**, en el distrito Norte encontramos 2.032 personas de ambos sexos, es decir el **5,7% del total de la población extranjera de la ciudad**, lo que hace que sea uno de los distritos con menos personas extranjeras de Sevilla, casi igualando la media de la ciudad.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



La distribución en el distrito Norte 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 los las personas oriundas de África se han distinguido las procedentes de Marruecos por ser esta nacionalidad predominante con diferencia del resto del continente africano.

La mayoría de la población extranjera en este distrito son de Europa del Este, América del Sur y Marruecos.

La mitad de la población extranjera del distrito se concentra en la Barriada Pino Montano (con 663 personas extranjeras, de los que algo menos de la mitad procede de Europa, una occidental por cada dos orientales, mayoritariamente de Rumanía) y San Jerónimo (con 489 personas extranjeras, cuya mitad procede del continente africano).

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito				
Procedencia	Hombres	Mujeres	Ambos	% Extranjeros (Ambos)
Europa del Este	198	222	420	20,7
América del Sur	180	223	403	19,8
Marruecos	178	123	301	14,8
Asia	143	140	283	13,9
Resto de África	181	84	265	13,0
Europa Occidental	116	98	214	10,5
Resto de América	54	83	137	6,7
Otros	3	6	9	0,4
Total	1053	979	2032	100,0

C. Datos Socioeconómicos

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

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

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

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

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

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

En el **distrito Norte** se han considerado 5 agrupaciones de barrios para este análisis:

- Agrupaciones 7, 1 y 9: “Las Naciones - Parque Atlántico - Las Dalias” (junto con los barrios Campos de Soria, Cisneo Alto y Santa María de Gracia, del distrito Macarena), “Los Arcos - Las Almenas - Aeropuerto Viejo” y “San Diego - Consolación” con **nivel 3**.
- Agrupación 4: “El Gordillo - Barriada Pino Montano”, con **nivel 4**.
- Agrupación 37: “Valdezorras - La Bachillera - San Jerónimo” y el barrio “Los Carteros” (agrupado con barrios del distrito Macarena), con **nivel 5**.

En los siguientes mapas se representan gráficamente dichas agrupaciones y el nivel socioeconómico de cada una de ellas.

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

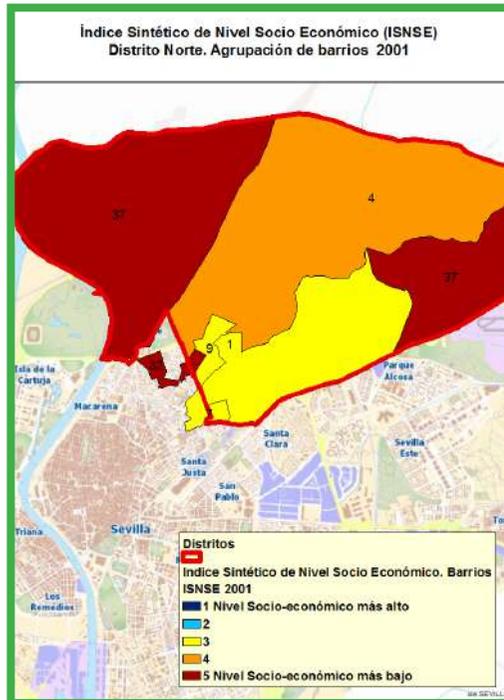
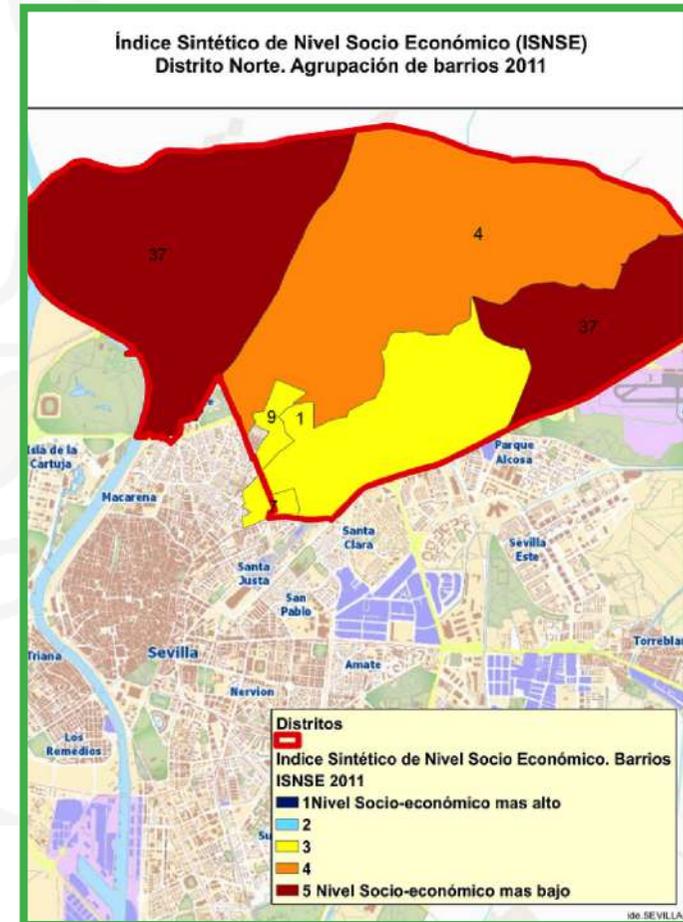


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



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



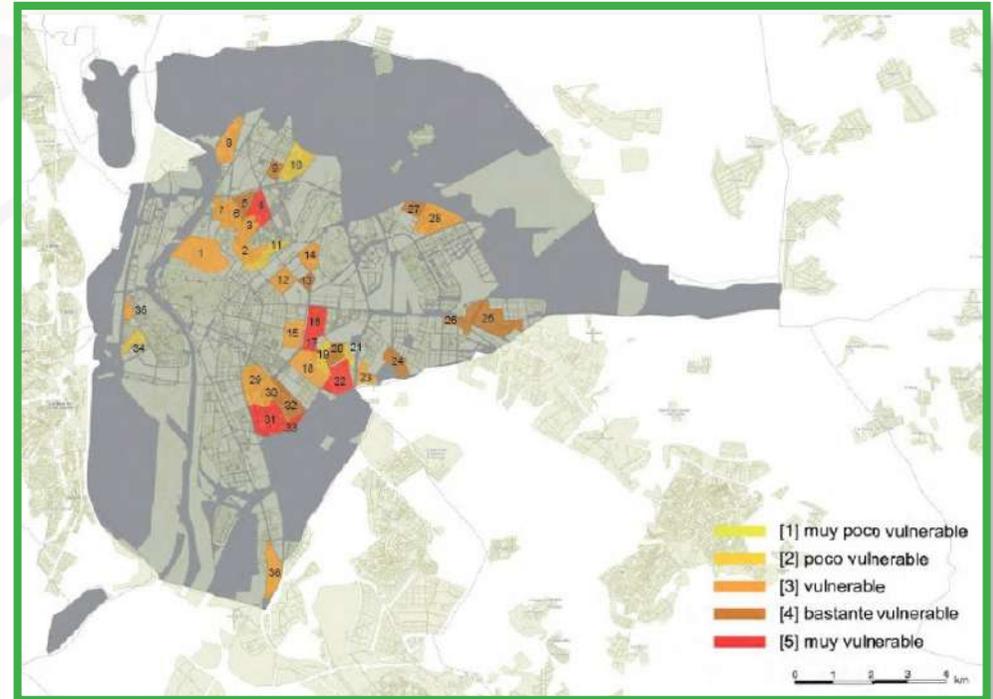
Barrios vulnerables

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

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

Como vemos, el barrio “San Jerónimo” del distrito Norte se encuentra en la lista de barrios vulnerables de este análisis urbanístico.

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



Personas desempleadas en situación de vulnerabilidad

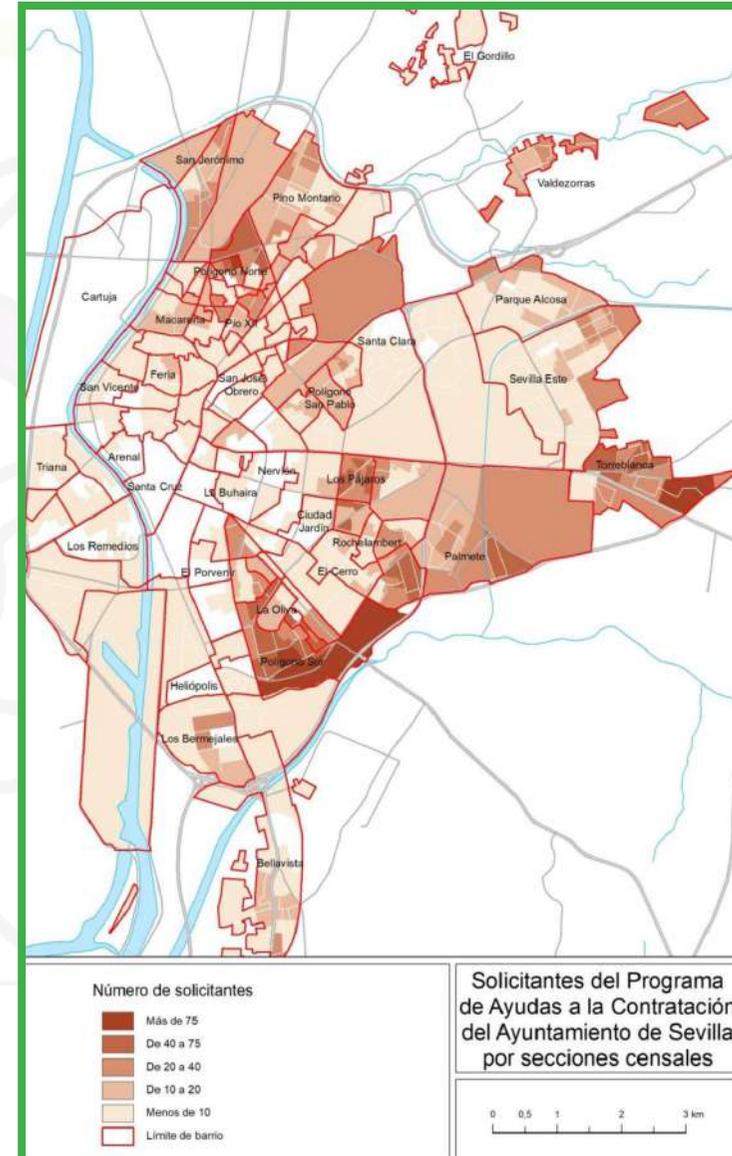
Para la detección de personas desempleadas en condiciones de vulnerabilidad, con un nivel de desagregación de barrio, se ha usado la información que nos proporciona el registro del año 2016 de solicitantes del Programa de Ayuda a la Contratación del Ayuntamiento de Sevilla (PACAS), que procura empleo durante tres meses a personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo, con el objetivo de paliar sus dificultades de acceso al mercado laboral.

Fuente: Bitácora 2007–2016.

Ilustración 15: Distribución geográfica de las solicitudes del programa PACAS 2016.

Barrios con mayor número de solicitantes de PACAS (2016).			
Distrito	Barrio	% del total de solicitudes	% de mujeres
Sur	Polígono Sur	12,1%	52%
Este - Alcosa - Torreblanca	Torreblanca	11,6%	55%
Cerro - Amate	Los Pájaros	8,2%	55%
Norte	Barriada Pino Montano	4,7%	55%
Cerro - Amate	Palmete	4,5%	61%
Cerro - Amate	La Plata	4,0%	52%
Este - Alcosa - Torreblanca	Colores - Entre Parques	3,4%	65%
Macarena	Polígono Norte	3,0%	53%
Norte	San Jerónimo	2,7%	64%
Este - Alcosa - Torreblanca	Parque Alcosa - Jardines del Edén	2,6%	59%
Cerro - Amate	Amate	2,4%	64%

Se presenta en este mapa con datos absolutos y se contabilizan una serie de secciones censales con más de 75 casos en el Polígono Sur, Torreblanca y **Polígono Norte**.



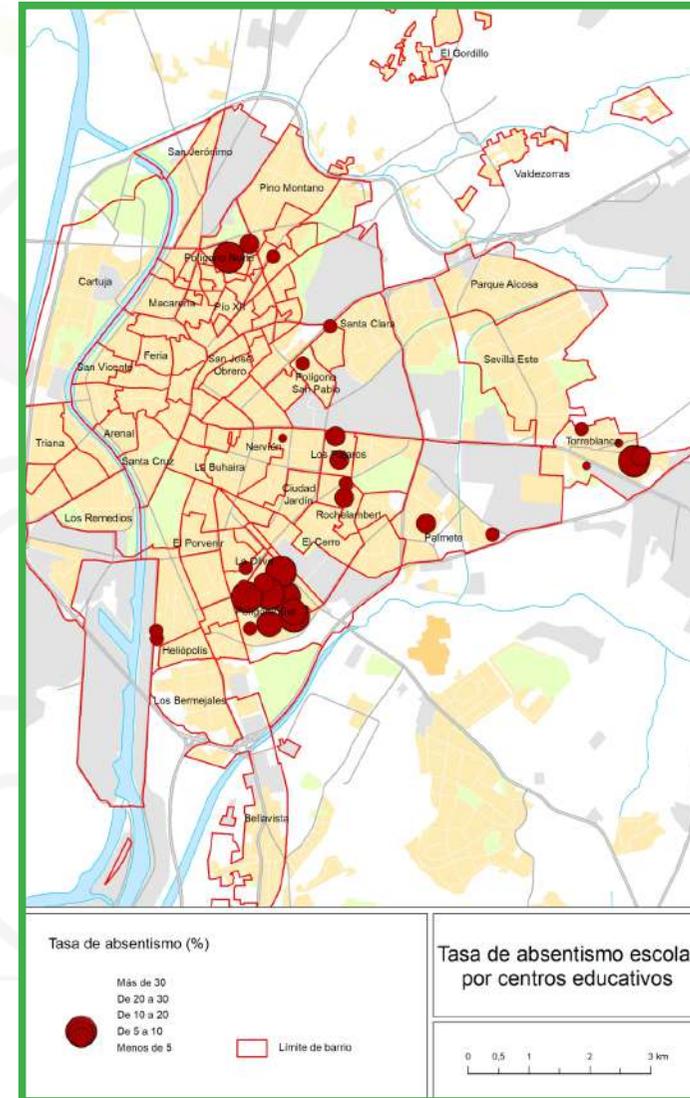
Absentismo Escolar

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

Ilustración 16: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.



Personas en situación de dependencia

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

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

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

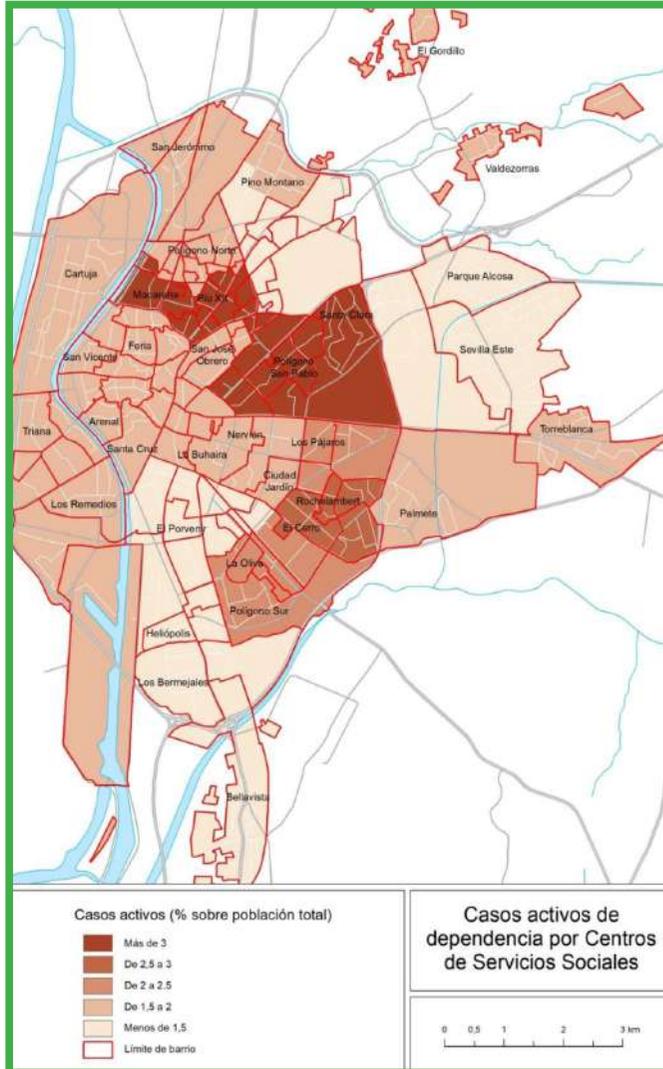
Debemos destacar casos que aunque no suponen un número absoluto muy elevado, sí resultan significativos en cuanto al porcentaje respecto de la población. En este grupo estarían Cerro - Su Eminencia, 2,6%, Tres Barrios - Amate, 2,2%, o Polígono Sur, este último registra un número significativamente menor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

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Casos de dependencia activos desde 2007 a 2016.			
Distrito	Centro de Servicios Sociales	Casos Activos	% de población
San Pablo - Santa Justa	San Pablo - Santa Justa	1784	4,4%
Macarena	Macarena	1469	3,8%
Cerro - Amate	Cerro - Su Eminencia	1072	2,6%
Cerro - Amate	Tres Barrios - Amate	684	2,2%
Sur	Polígono Sur	643	2,1%
Casco Antiguo	Casco Antiguo	1082	1,8%
Triana y Los Remedios	Triana - Los Remedios	1300	1,7%
Nervi3n	Nervi3n	1250	1,7%
Este - Alcosa - Torreblanca	Torreblanca	618	1,7%
Norte	Polígono Norte	634	1,7%
Norte	San Jer3nimo	563	1,6%
Bellavista- La Palmera	Bermejales	1222	1,4%
Norte	Los Carteros	473	1,1%
Este - Alcosa - Torreblanca	Alcosa - Polígono Aeropuerto	918	1,0%
Total		13712	2,0%

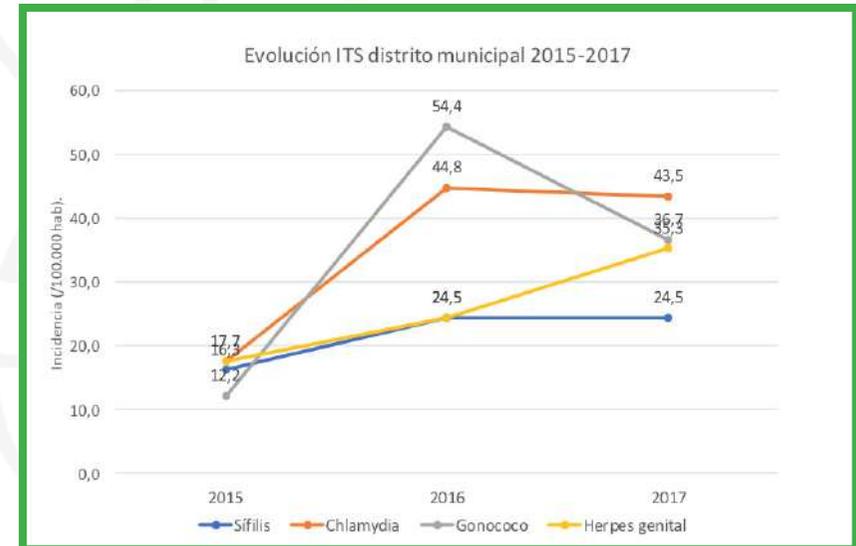
Ilustración 17: Distribución geográfica de los casos de dependencia activos.



D. Morbilidad

En el distrito Norte las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas. Se puede observar en la gráfica un incremento de la incidencia de todas las ITS en 2016 con disminución posterior en 2017 a excepción de herpes genital que continúa en ascenso. De mayor a menor incidencia en el último año descrito identificamos chlamydia, seguida de infección gonocócica, herpes genital y sífilis, alcanzando cada una de estas enfermedades valores muy superiores a los identificados en Sevilla ciudad.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Encontramos diferencias por UGC de cada una de estas enfermedades. Destaca la UGC Pino Montano A que presenta las tasas más altas de notificación de chlamydia, herpes genital, infección gonocócica, siendo la sífilis más incidente en San Jerónimo.

Encontramos diferencias por UGC de cada una de estas enfermedades. Destaca la UGC Ronda Histórica que presenta las tasas más altas de notificación de sífilis, chlamydia y herpes genital. Siendo la infección gonocócica más incidente en Alamillo.

Dentro de las **enfermedades inmunoprevenibles** destaca la Parotiditis por presentar un repunte de incidencia en 2017 (24.5 por 100.000 habitantes), seguido de Hepatitis A (14.9 por 100.000 habitantes en 2016). También se ha observado una mayor incidencia de Tosferina en Pino A, aunque desciende en los tres años estudiados.

La **tuberculosis** en este distrito presenta una incidencia claramente inferior al conjunto de la ciudad en el periodo 2015-17.

Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

UGC/CAP	Vacunación completa a los 2 años	Vacunación con 2 dosis TV
Pino Montano A	98,6%	100,0%
Pino Montano B	96,9%	99,1%
San Jerónimo	93,8%	96,2%
Cisneo Alto	98,4%	99,4%

Indicadores de Calidad Preventivos (PQI)

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

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

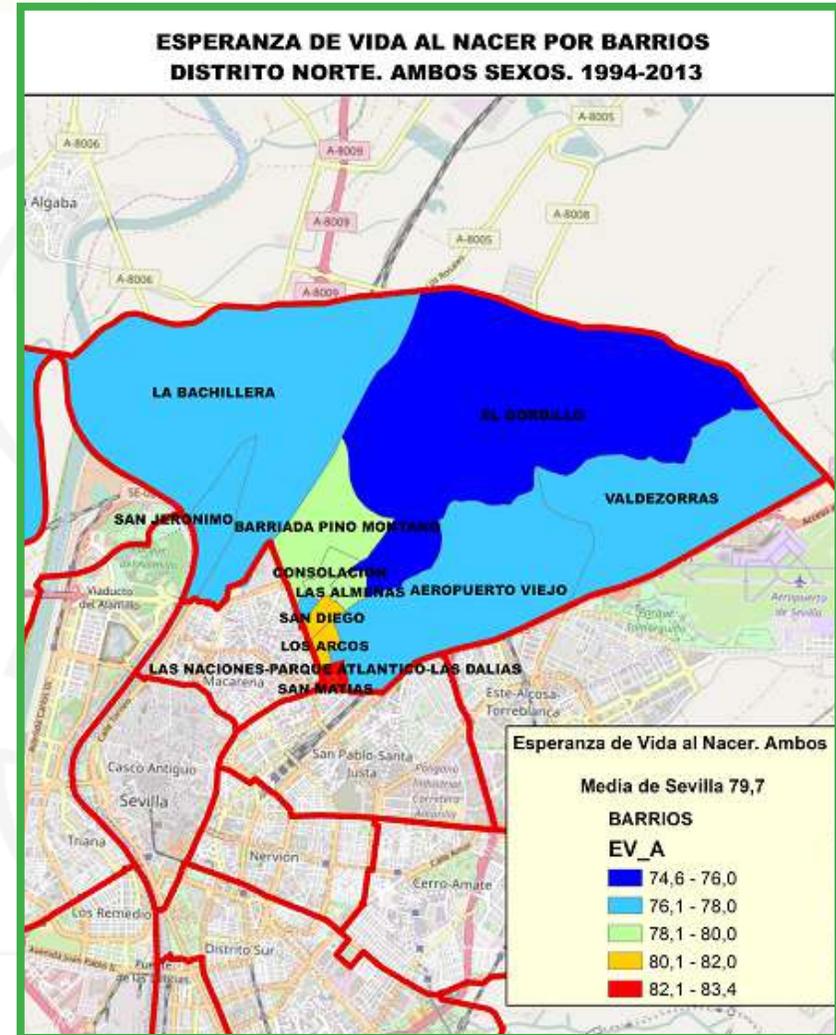
Podemos observar en este distrito municipal diferencias por CS, presentando la población de Pino Montano B un mayor riesgo de ingreso por PQI5 (EPOC) que los otros CS.

E. Mortalidad

La **esperanza de vida al nacer** en el distrito Norte, periodo 2011-2014, es una de las más bajas de la ciudad, tanto para hombres (77,8 años) como para mujeres (82,9 años); como muestra el siguiente gráfico, los datos del distrito se sitúan por debajo de los correspondientes a la ciudad en su conjunto.

Aunque en la mayoría de los barrios del distrito la esperanza de vida al nacer no supera los 80 años (ambos sexos), se observan diferencias importantes (hasta 9 años de diferencia) de unos barrios a otros: para el periodo 1994-2013, “El Gordillo” registra la esperanza de vida al nacer más baja del distrito (74 a 76 años) y “San Matías” y “Las Naciones - Parque Atlántico - Las Dalias” la más alta (82-83 años).

Ilustración 18: Distribución geográfica de la esperanza de vida al nacer en los barrios del distrito.

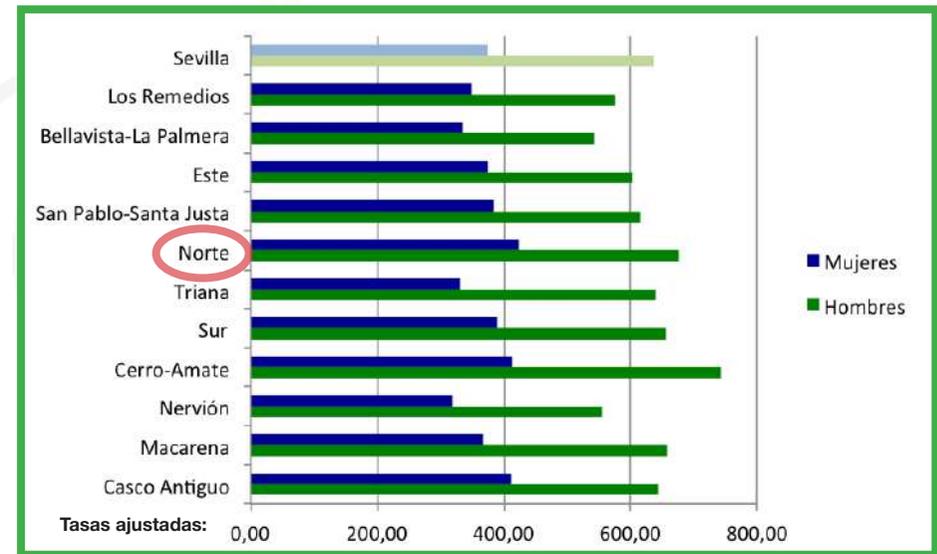


Norte es uno de los distritos con mayor **Tasa Ajustada de Mortalidad General**, por encima de la tasa de la ciudad en conjunto. Para el periodo 2011-2014 fue el distrito con la tasa más alta en mujeres (423,6/100.000 Hab.), y con la segunda más alta en hombres (676,6/100.000 Hab.), solo por detrás de Cerro - Amate.

Comparando con las tasas de la ciudad en su conjunto, el distrito Norte registra valores similares para las tasas de mortalidad por **cáncer**, tanto para hombres como para mujeres, y también para la mortalidad por **enfermedades infecciosas** en mujeres (en hombres la tasa para el distrito es más baja). Por el contrario, las tasas por **enfermedades circulatorias** son, tanto para hombres como para mujeres, más altas que las de la ciudad.

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

Fuente: IECA. Elaboración propia.



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

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

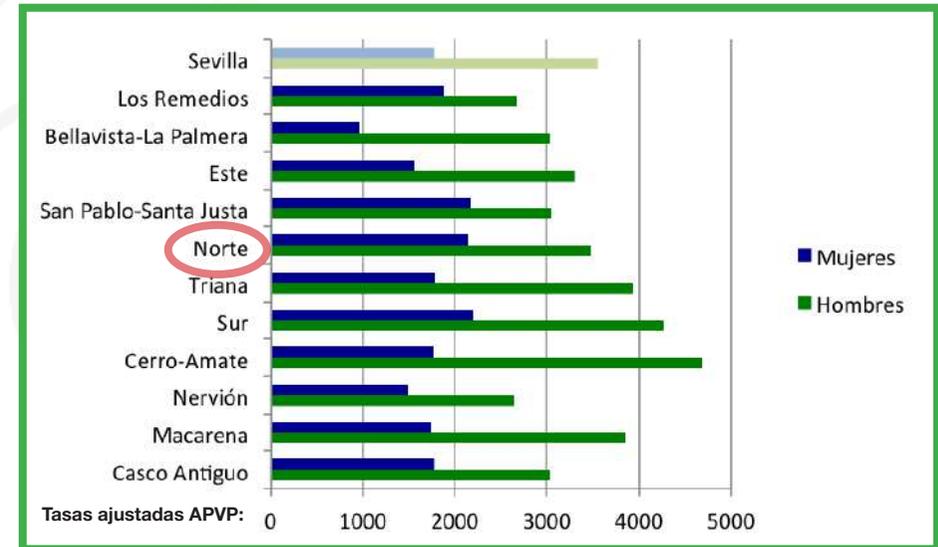
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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

En el caso del distrito Norte, este indicador está, entre las mujeres, por encima del obtenido para el conjunto de la ciudad y es uno de los más altos por distritos; en el caso de los hombres también se registra un valor ligeramente menor que el 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. El valor para este distrito es similar al registrado para el total de la ciudad, tanto para hombres como para mujeres (periodo 2011-2014).

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.

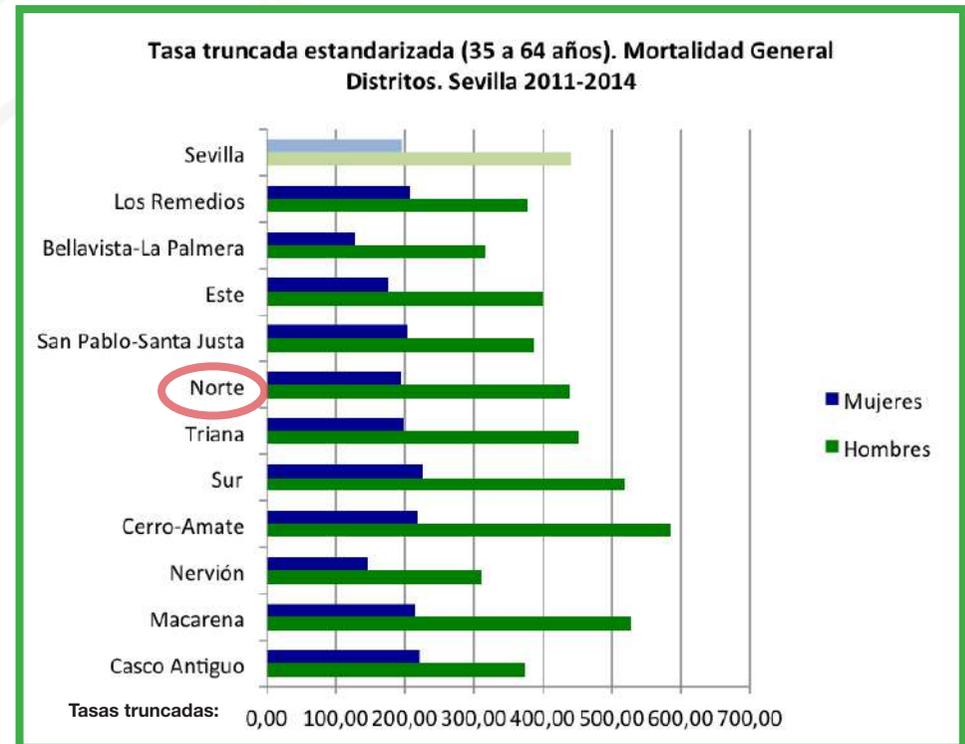
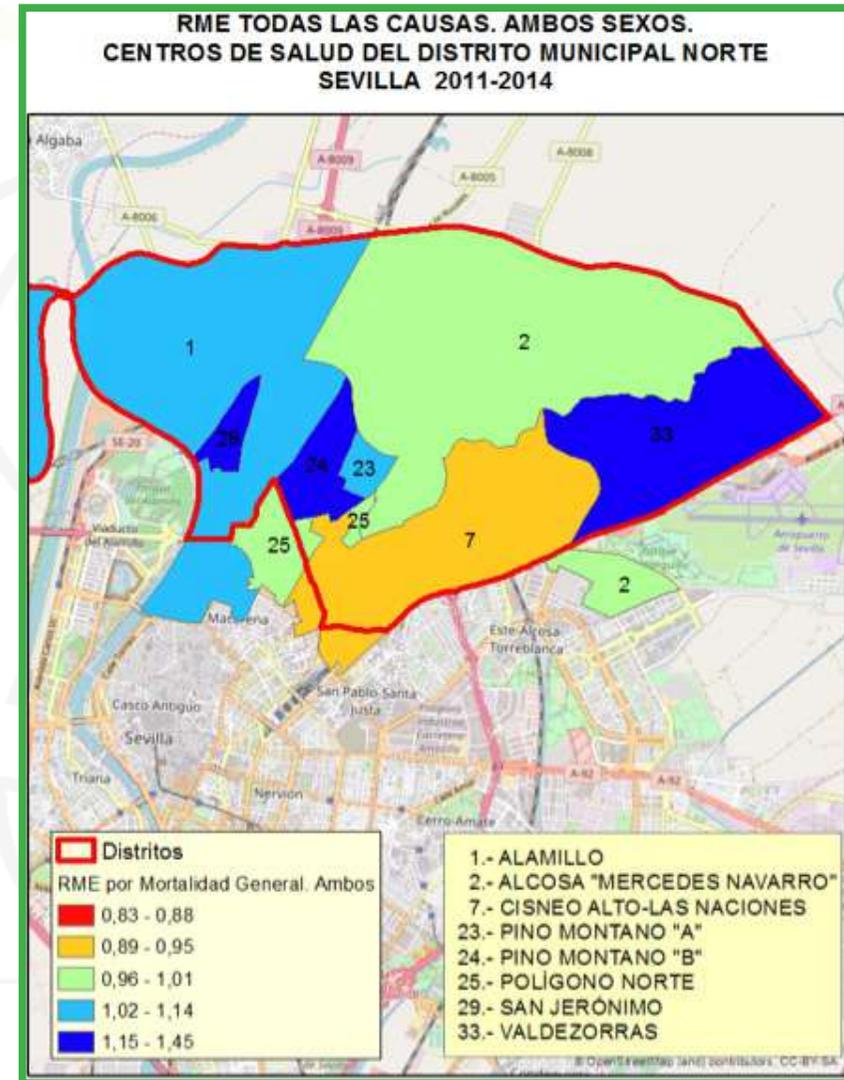


Ilustración 19: Distribución geográfica de la RME Mortalidad General por centros de salud.

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.

La mayoría de los barrios de este distrito registran, para los principales grupos de causas, un número de muertes superior a las esperadas según la tasa de la ciudad.



F. Entorno Medioambiental

Zonas verdes: A partir de los datos de parques y jardines por distritos recogidos en la siguiente tabla, calculamos que el distrito Norte cuenta con 6,3 m² de zonas verdes por habitante, una cifra inferior a la media de la ciudad, que se sitúa en 14 m²/Hab., y muy por debajo de las recomendaciones establecidas por la OMS (mínimo 10 - 15 m²).

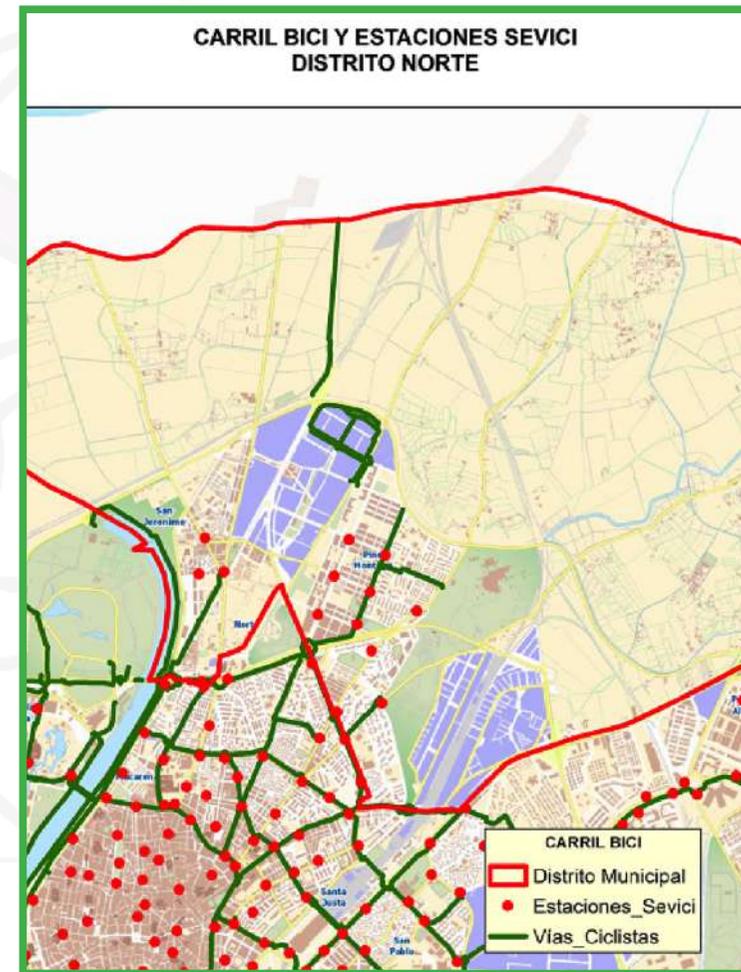
Fuente: Servicio de Parques y Jardines, Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

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

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

Carril bici y red de bicicletas: En el caso del distrito Norte, el carril bici de la ciudad no llega a la mayor parte de los barrios, ni siquiera en sus calles principales.

Ilustración 20: Distribución geográfica de la red de carril bici y estaciones SEVICI.



Zonas acústicamente saturadas: En relación al ruido, no se han identificado zonas acústicamente saturadas en este distrito.

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

Ilustración 21: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.

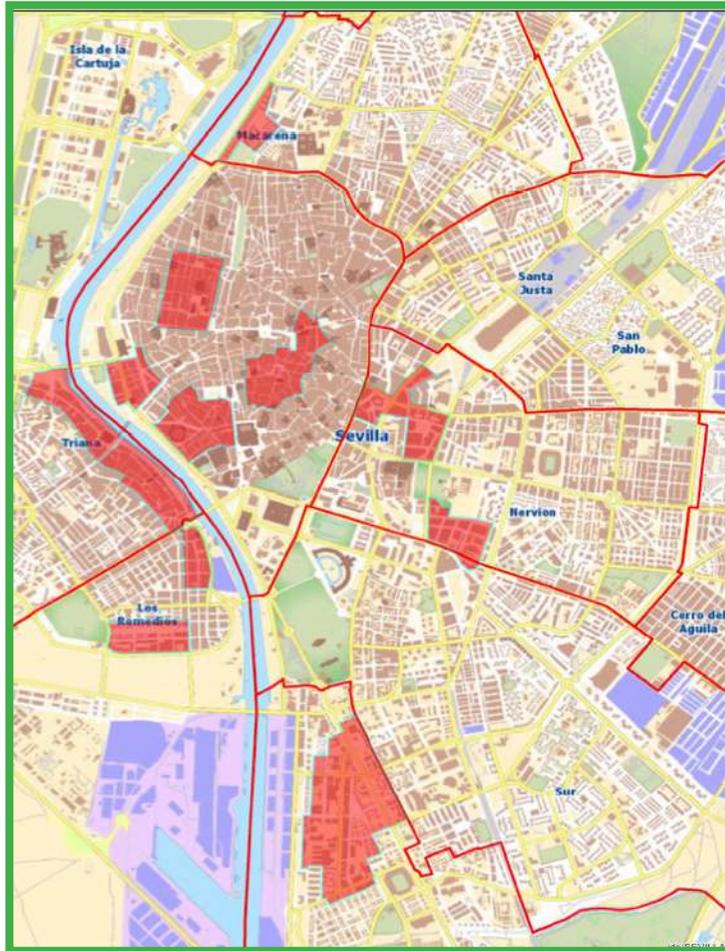
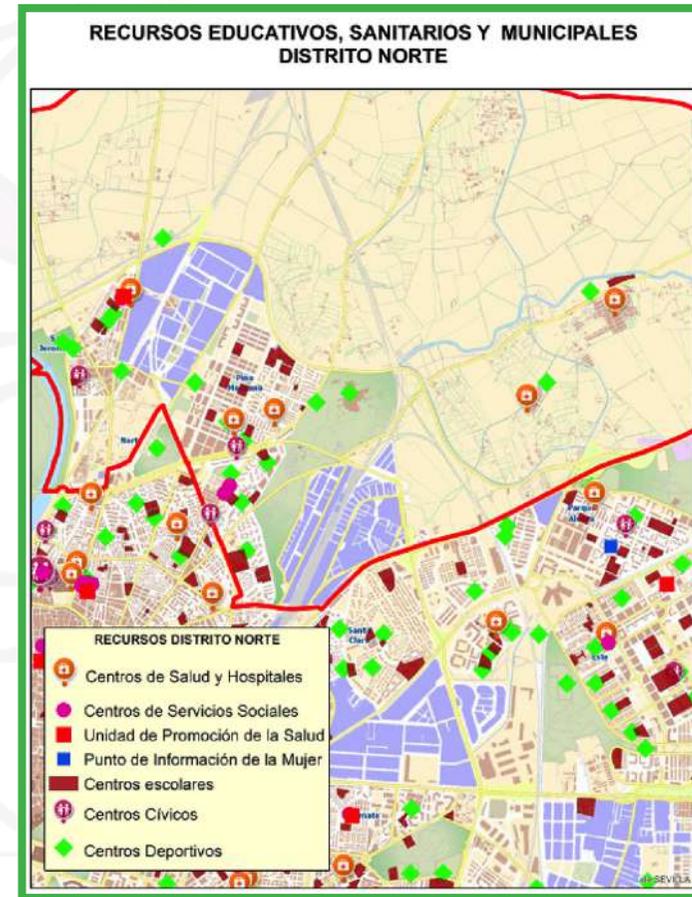


Ilustración 22: Distribución geográfica de los recursos existentes en el Distrito.



G. Estilo de vida

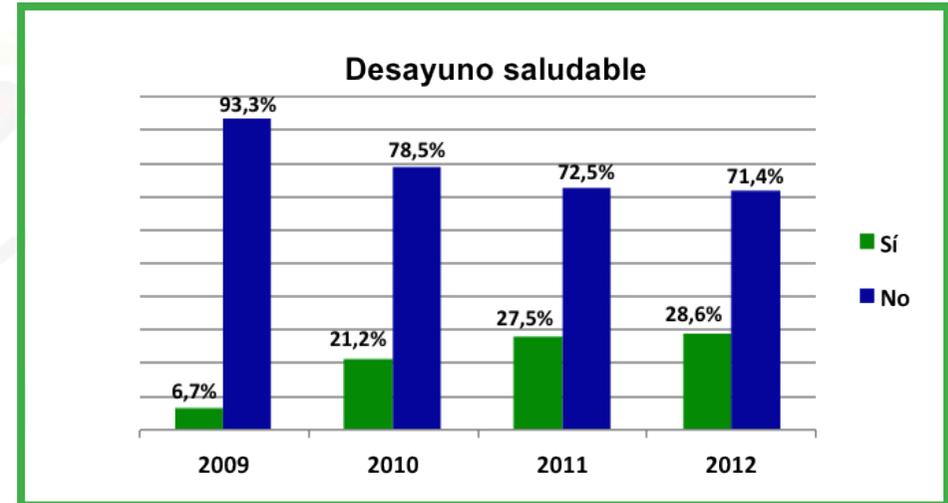
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

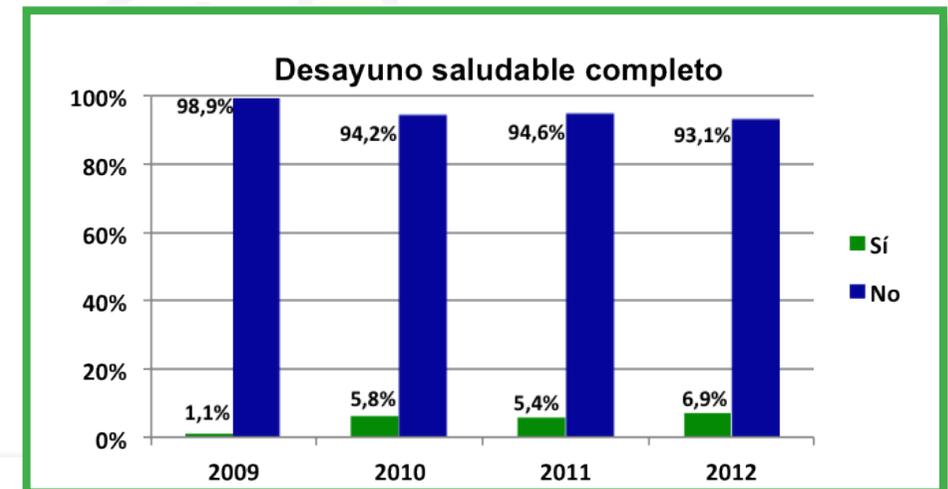
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

- 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.

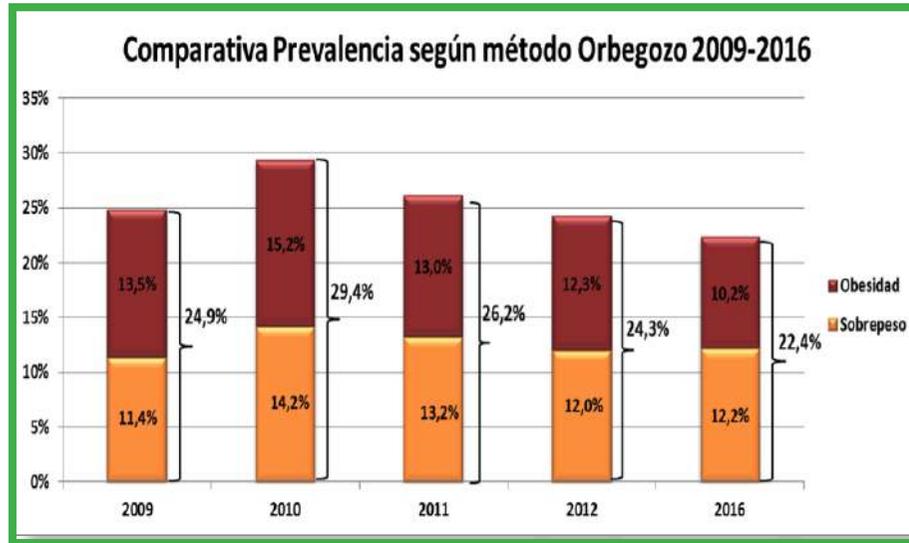
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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



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



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.

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.

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).

- 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.

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



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

2.1. Problemas y debilidades

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

Aumento de la obesidad.

Alta tasa de consumo de alcohol y drogas.

Carencia de otras ofertas deportivas: solo se practica fútbol, no llega la información a la población, no hay para jóvenes con problemas de consumo de drogas.

Falta de educación sexual. Se refleja en el aumento de embarazos no deseados.

Entorno Social

Escasos recursos de ocio (centros y actividades) para jóvenes y no están abiertos los fines de semana.

Aislamiento social en las personas dependientes y mayores por carencia de espacios públicos de encuentro y falta de redes familiares.

Conflictos sociales y vecinales (de integración) por realojos de viviendas de VPO.

Violencia entre iguales.

Vandalismo en las infraestructuras públicas.

Ausencia de presencia policial.

Entorno Social

Bajo nivel educativo.

Absentismo escolar.

Acoso escolar.

Endogamia.

Mala utilización de servicios y recursos públicos.

Entorno Medioambiental

Ubicación geográfica: aislamiento, falta de regulación urbanística y transportes públicos.

Carencia de espacios públicos: instalaciones deportivas, centros cívicos.

Carencias de zonas verdes e infrutilización de las existentes (Parque Miraflores).

Problemas de limpieza: basuras fuera de los contenedores y excrementos caninos.

Problemas en viviendas: sin ascensor, dispersas, antiguas, sin dotaciones mínimas e insalubres (distintas zonas/barrios).

Servicios Sanitarios

Carencias sanitarias para atender el aumento de casos con trastornos psicológicos, tanto en población infantil, juvenil como adulta.

Excesiva utilización de los recursos sanitarios.

Desigualdades Socioeconómicas
Desempleo, empleos marginales y precariedad laboral.
Nivel socioeconómico y sociocultural bajo.
Presencia de población rumana en la zona (Okupas) no están empadronados y el ayuntamiento no puede hacer nada. Importantes enfermedades como consecuencia de la falta de higiene (sarna).
Necesidad de recursos sociales de personas dependientes para familias y personas que cuidan.

2.2. Fortalezas y activos

Los **activos identificados por el GMT** en el distrito han sido ordenados por orden de importancia para el éxito del PLS percibido por las personas integrantes del grupo.

Orden	Fortalezas
1	Parques y zonas verdes.
2	Desarrollo de programas de promoción de la salud para todas las edades.
3	Centros de salud.
4	Cuatro centros cívicos con oferta variada de actividades socioculturales.

Orden	Fortalezas
5	Servicios complementarios en los centros que ayudan a conciliar vida familiar y profesional: comedor, aula matinal, etc.
6	Profesionales de distintos ámbitos de la protección social implicados.
7	Labor de los trabajadores sociales desde los servicios municipales y sanitarios.
8	Razonable número de instalaciones deportivas.
9	Variedad de talleres socioeducativo.
10	Accesibilidad a los servicios sociales de San Jerónimo.
11	Gran extensión del parque de Miraflores.
12	Existencia de parques infantiles.
13	Abundancia de comercios de todo tipo (pequeños y grandes).
14	Oferta de programas deportivos: natación, mantenimiento, escuelas...
15	Recursos de ocio y tiempo libre para la población de menores.
16	Respuestas a las urgencias sanitarias.
17	Hay una identidad de barrio y sentido de pertenencia.
18	Existencia de una red de apoyo vecinal informal.
19	Buena dotación pública de infraestructuras públicas.

Orden	Fortalezas
20	Poder disfrutar al mismo tiempo del ejercicio y del paisaje al pasear por el río.
21	Variadas asociaciones de ayuda mutua.
22	Recursos materiales de apoyo para la oferta de programas de promoción de salud en las distintas etapas y centros públicos de distintos sectores.
23	Existencia de comisaría de policía cercana, garante de seguridad ciudadana.
24	Acompañamiento del programa de ayuda a domicilio.
25	Hay 3 bibliotecas públicas: préstamos de libros en formato físico, digital y audiovisuales.
26	Buena participación en los programas de la promoción de la salud en todos los grupos etarios.
27	Existencia de huertos urbanos.
28	Existencia de varias asociaciones vecinales.
29	Tejido asociativo motivado.
30	Asociaciones de personas mayores.
31	Centros de educación secundaria.
32	Importante porcentaje de población infanto-juvenil.
33	Importante porcentaje de población activa a nivel laboral.

Orden	Fortalezas
34	Buena comunicación de transportes públicos.
35	Asociaciones de mujeres.
36	Buen acceso del carril bici.
37	Buena comunicación con el extrarradio de la ciudad.
38	Existencia de un centro de salud mental.
39	Reuniones en el distrito municipal donde las distintas asociaciones pueden exponer los problemas.
40	Existencia de parques empresariales accesibles en la zona.
41	Muy buena comunicación del comercio al ciudadano.
42	Existencia de iglesias y el trabajo de Cáritas y Cruz Roja.
43	Gran oferta de vivienda en la zona con mejora de sus dotaciones en las ultimas construcciones.
44	Excelente red de alumbrado público.
45	Existencia de un teatro.



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	Crear más empleo.
2º	Que se sancione a las personas propietarias de mascotas que no sean responsables.
3º	Que haya más limpieza en los barrios, en general.
4º	Que llegue el metro a nuestras barriadas.
5º	Acondicionar la climatización en los centros educativos.
6º	Que haya más médicos en centro de salud de la zona.
7º	Que haya bolsas en parques para recoger excrementos de animales (perros).
8º	Que haya más semáforos con sonido para personas invidentes.
9º	Que los restaurantes cumplan las normas sobre alérgenos.
10º	Resolver problemas de contaminación del río.

Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes	
1º	Mejorar el tiempo de espera en citas médicas.
2º	Que los medicamentos no se paguen.
3º	Que haya más empleo, menos paro y mejoren los salarios.
4º	Que haya más especialistas en centros de salud.
5º	Buen personal sanitario y mayor atención.
6º	Buena utilización de impuestos para crear empleo.
7º	Adecuar los parques para la población menor de 5 años.
8º	Mayor tiempo de rehabilitación para las enfermedades que lo necesiten.
9º	Que haya más farmacias de 24 h.
10º	Que haya menos impuestos.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas	
1º	Que haya más transportes públicos.
2º	Centros públicos para personas con discapacidad mayores de 21 años.
3º	En los centros de salud que hagan más pruebas para detectar el cáncer y otras enfermedades graves.
4º	Que haya especialistas de odontología, fisioterapia y psicología en los centros de salud.
5º	Recuperar las escuelas taller, talleres de empleo, etc.
6º	Que haya transportes públicos que lleguen a todos los centros de salud.
7º	Que pongan ascensores en todos los bloques que falten.
8º	Poner desfibriladores en todos los centros públicos.
9º	Limpieza de los excrementos que generan los perros.
10º	Que abran las bolsas de trabajo para crear más empleo.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores	
1º	Medicación gratuita para los pensionistas.
2º	Prevenir la delincuencia y aumentar la vigilancia.
3º	Evitar el acoso en colegios e institutos.
4º	Evitar la venta de droga y peleas en las calles en barrio La Bachillera.
5º	Que no se queme nada en los puntos limpios.
6º	Quitar la depuradora de San Jerónimo, mejorar la calidad de las aguas potables y limpieza de husillos.
7º	No dejar la basura fuera de los contenedores.
8º	Tener atención de urgencias las 24 horas en San Jerónimo.
9º	Medidas para disminuir el paro y ampliar la formación profesional.
10º	Aumentar la intensidad semanal de los talleres para personas mayores.

4.2. Listado de problemas priorizados

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

Problemas Priorizados	
Estilos de Vida	1. Aumento del número de embarazos no deseados.
	2. Malos hábitos de alimentación en escolares.
	3. Alta tasa de sobrepeso y obesidad entre la población general.
Entorno Social	1. Acoso escolar.
	2. Conductas incívicas por parte de la población general por el mal uso de recursos y espacios públicos.
	3. Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada.
Entorno Ambiental	1. Problemas de suciedad en la vía pública.
	2. Carencias en el acondicionamiento de los centros educativos - la climatización.
	3. Viviendas en mal estado e infraviviendas en algunos puntos del distrito.
Desigualdades Socioeconómicas	1. Lentitud del protocolo de respuesta y ayuda de la ley de dependencia.
	2. Carencias en la oferta de formación para el empleo.
	3. Alta tasa de desempleo.

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 aspectos como: alimentación, actividad física, sueño, relaciones afectivo-sexuales, consumo de sustancias tóxicas, etc.

Cuando la ciudadanía mantiene hábitos de vida dañinos para la salud se produce una mayor vulnerabilidad. Por lo que aumenta el peligro de aparición de problemas físicos e incremento de la tasa de enfermedades crónicas.

En la adolescencia los problemas físicos más comunes están relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Se trata de una etapa caracterizada por una mayor vulnerabilidad ante los problemas de autoimagen y autoestima. Se observan aquí dos tipos de alteraciones mentales; por un lado, relacionadas con los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia u obesidad), y por el otro, relacionados con la actividad física, vigorexia.

Otra consecuencia de mantener hábitos afectivo-sexuales poco saludables son la presencia de embarazos no deseados. Cuando se producen en edades adolescentes o muy jóvenes suponen una ruptura del ciclo de vida de forma prematura. Éstos son la punta del iceberg de las conductas sexuales actuales. Y también un reflejo o consecuencia de los valores e información que se tienen en el entorno y en la familia.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

Consiguiendo que la sociedad mantenga un estilo de vida saludable, se lograrán reducir las enfermedades, restablecer la autoestima y reducir los embarazos no deseados. En términos generales se incrementa la calidad y la esperanza de vida; la comunidad tiene más salud y es más feliz.

Aumento del número de embarazos no deseados

La sexualidad sigue siendo un tema tabú en la sociedad y sin embargo su acceso es muy fácil a través de las nuevas tecnologías.

Hay información, pero no hay una formación y educación afectivo sexual de calidad. El abordaje actual está basado en actuaciones puntuales (charlas) que tienen sus limitaciones. Por un lado, la metodología utilizada hace que la información no sea asimilada por la adolescencia. El contenido se centra en la planificación, no se aborda la sexualidad como algo completo y complejo, sino meramente desde su función reproductiva. A veces, cuando se hacen estas intervenciones ya es tarde, y muchos adolescentes ya están manteniendo relaciones sexuales no seguras. Además, hay determinados centros educativos que no permiten la realización de actividades de educación afectivo-sexuales en sus aulas debido a los valores morales que mantienen.

En este mismo sentido, muchos de los profesionales, o agentes sociales que interaccionan con la población menor o son modelos educativos para ellos, transmiten mensajes contradictorios en relación a la educación afectivo-sexual. Todo ello es debido a la propia carga de valores y conocimientos que tienen.

No existen programas eficaces para la prevención de embarazos. Si una menor realiza una IVE se produce una carencia en el seguimiento por parte de las instituciones, que no se coordinan para hacer una intervención a largo plazo sobre los casos identificados.

Objetivo General 1.1 - Promover la prevención de embarazos no deseados

Indicador	Seguimiento de las mujeres que realizan unas IVE.
Definición	El 100% de las mujeres que tienen una IVE en el distrito se incluyen en al menos una medida de prevención de embarazos no deseados.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de mujeres con IVE beneficiarias} / N^{\circ} \text{ total de mujeres con IVE del distrito}) \times 100.$
Fuente	Registro de los servicios sanitarios - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar programas transversales, intersectoriales y mantenidos en el tiempo, desde las edades más tempranas. • Invertir y formar a profesionales en todos los campos. • Trabajar con los medios de comunicación.

Malos hábitos de alimentación en escolares

Hay un cambio de hábitos en la alimentación por la rapidez del ritmo cotidiano, que conlleva una falta de tiempo. Esto se debe en parte a la influencia cultural de otros países que se produce a través de los medios de comunicación. Todo ello está provocando una pérdida de la dieta mediterránea. Pero también hay aquí un factor económico, un fenómeno que se ha denominado ‘cultura de la pobreza’ y que implica el desconocimiento de que es más barato cocinar sano.

Objetivo General 1.2 - Promover hábitos de alimentación saludable entre escolares

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para mejorar los hábitos de alimentación entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ² del distrito.
Cálculo	Si / No.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Educación de la salud transversal, incluyendo a los progenitores. • Eliminar las máquinas expendedoras de los centros educativos y ofertar alimentos saludables. • Incluir modelos de conducta positiva en los medios de comunicación.

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

Alta tasa de sobrepeso y obesidad entre la población general

Existe un número elevado de personas con problemas de sobrepeso y de obesidad entre la población del distrito. Esta situación es consecuencia directa de los malos hábitos de alimentación y actividad física que mantienen.

Una de las causas de estos hábitos dañinos es la falta de conocimientos sobre lo que constituyen unos hábitos saludables. A esto se añade la alta tasa de sedentarismo entre la población general y la falta de ejercicio físico, fomentado por los nuevos modelos de entretenimientos, basados en ‘las pantallas’ (videojuegos, televisión, etc.).

Objetivo General 1.3 - Promover la prevención del sobrepeso y la obesidad

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo de medidas de fomento de hábitos de vida saludable que beneficien al menos al 50% de la población del distrito para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Educación de la salud transversal, incluyendo a los progenitores. • Promocionar el ejercicio físico y la alimentación saludable. • Incluir modelos de conducta positiva en los medios de comunicación.

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 este no es positivo o favorecedor, las consecuencias son generales para toda la población.

Los problemas en las relaciones sociales en distrito Norte tienen varias facetas. Por un lado, el conflicto social se muestra en muchas ocasiones en forma de conductas incívicas. Se dan situaciones de vandalismo, dañando los espacios comunitarios y deteriorando los recursos públicos.

Entre la población menor, los conflictos fomentan la realización de infracciones. Éstas, se asocian al aumento del consumo de tóxicos en edades tempranas con los problemas de salud que conlleva. En estas edades, el acoso escolar es una de las variables generadoras de conflicto social.

Entre la población de mayores que tienen problemas de salud físico y mental, las dificultades sociales se materializan como abandono socio sanitario y riesgo de exclusión social. Lo que genera un aumento de las enfermedades, y por lo tanto de la medicación.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

Cuando se mejoran las relaciones interpersonales se genera un ambiente normalizado en la comunidad. Lo que ayuda a fortalecer el tejido social, generando enriquecimiento de la ciudadanía y un mayor y mejor acceso a la información. Como resultado, las personas vinculadas en redes de apoyo muestran satisfacción personal y buena autoestima. En un sentido amplio, favorece la salud de la población general.

Acoso escolar

El personal profesional que trabaja en los centros educativos ha detectado un número preocupante de situaciones de acoso escolar. Esta circunstancia se produce por una falta de valores y de referentes sociales en el entorno social de la población menor. Estos principios fomentan el odio y los prejuicios hacia el diferente. Quienes están implicados en estas situaciones muestran una total falta de empatía y asertividad a la hora en enfrentarse a los conflictos sociales. Esto, sumado a una baja tolerancia a la frustración, hace que no respeten las normas ni los límites que rigen la convivencia.

Objetivo General 2.1 - Fomentar la prevención del acoso escolar

Indicador	Porcentaje de casos de acoso escolar.
Definición	El número de casos de acosos escolar identificado en los centros de educación primaria y secundaria públicos integrados en el GMT se reduce a la mitad para el 2023.
Cálculo	$(\text{Sumatorio de casos de acoso en los centros educativo en 2023} / \text{Sumatorio de casos de acoso en los centros educativo en 2018}) \times 100$.
Fuente	Memorias de los centros educativos.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Educar en la igualdad con la corresponsabilidad de las familias porque son el primer grupo de referencia y socialización de la población menor. No victimización de la víctima.

Conductas incívicas en el uso de recursos y espacios públicos

Las personas que realizan conductas incívicas relacionadas con un uso inadecuado de los espacios públicos muestran una falta de cultura y conciencia colectiva. Lo que genera una ausencia de sentido de pertenencia. Al no sentirse parte de la comunidad, ni creen que los espacios públicos sean, en cierto modo, propios; no se preocupan en cuidarlos, ni usarlos correctamente. Esto se agrava entre aquellas personas desilusionadas con la comunidad, tanto los y las menores que no estudian como las personas adultas desempleadas, que presentan más conductas disruptivas.

Objetivo General 2.2 - Fomentar el uso cívico de los espacios públicos del distrito

Indicador	Tasa de denuncias.
Definición	La tasa del sumatorio de las denuncias relativas a: veladores, excrementos caninos, invasión de vehículos en zonas peatonales, consumo de alcohol en la calle, vandalismo y ruidos, es menor a 1.
Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ anual de denuncia por mal uso de espacios públicos}}{\text{N}^\circ \text{ de denuncia por mal uso de espacios públicos del 2018.}}$
Fuente	Registros de denuncia de la policía local.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la participación ciudadana. • Vincular a la ciudadanía con respeto a lo común. • Educar para el ocio, tanto informal como reglada, para jóvenes y mayores.

Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada

El aumento de la esperanza de vida es un éxito sanitario y social, pero conlleva que haya personas muy mayores con una esperanza de vida más larga.

Entre la población mayor del distrito hay un perfil específico: mujeres (más longevas) que viven solas sin que sea una situación favorable ni elegida (muchas son viudas). Suelen sufrir la soledad, lo que les genera problemas emocionales y funcionales (no son dependientes pero sí frágiles). Estas situaciones empeoran en aquellos casos en los que además hay barreras arquitectónicas, que hace que quienes tengan dificultades de movilidad estén aisladas.

En ocasiones tienen familia que no puede (o quiere) estar presentes en su vida diaria. El estilo de vida de las generaciones posteriores ha cambiado, trabajan muchas horas y están mal remunerados. Por lo que no tienen tiempo para estar con sus progenitores, ni dinero para pagar a alguien que los acompañe y ayude. Esta situación se está dando con más frecuencia por la emancipación de la mujer y su incorporación al mercado de trabajo. Dejando atrás el rol de cuidadora principal no siendo asumidos por los hijos e hijas.

El envejecimiento es una parte del ciclo vital que no se planifica, como ocurre con otras épocas de la vida; y en general, no hay una alternativa pública efectiva para esta carencia de cuidados y/o acompañamiento.

Objetivo General 2.3 - Fomentar la creación y fortalecimiento de redes de apoyo, formales e informales, entre las personas mayores del distrito que carezcan de ellas

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para crear y/o fortalecer las redes de apoyo, que beneficien al menos al 50% de la población de personas mayores del distrito para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas mayores de 50 años beneficiarias de las medidas desarrolladas} / \text{Total de personas mayores de 50 años censadas en el distrito}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en el fortalecimiento y solución de conflictos intrafamiliares. • Fortalecer las asociaciones de ayuda mutua y el voluntariado – el banco del tiempo.



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. Así como todos los aspectos físicos que los componen; por esto cuando no es de calidad, se producen consecuencias negativas para la sociedad que los habita.

Las características y el diseño del entorno físico es uno de los factores más influyentes en la salud mental y física. Por un lado, cuando el espacio donde realizamos nuestras actividades cotidianas está mal diseñado; sin tener en cuenta las necesidades de las personas, o los efectos del clima, aumenta la morbilidad y se reduce la actividad. Por ejemplo, en los centros educativos, cuando no están aclimatados, se producen: golpes de calor, déficit de atención y absentismo escolar.

Por otro lado, cuando el marco medioambiental está mal cuidado, con problemas de basura, por ejemplo, se produce un efecto llamada que hace que las personas cuiden menos el entorno, generándose más basura aún. Esto puede terminar generando en la aparición de vectores de incidencia sanitaria debido al mal saneamiento de los espacios, y de la gestión de los residuos. Con el peligro para la salud pública que ello supone.

Estos factores hacen que la comunidad salga menos a la calle, y utilice menos los espacios públicos de forma cotidiana, favoreciéndose el sedentarismo y disminuyendo la actividad física.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

Un entorno bien diseñado es un factor para mejorar la salud física y mental, favoreciendo que las personas estén más tiempo en la calle, impulsando las relaciones interpersonales y motivando la realización de actividad y ejercicio físico.

Problemas de suciedad en la vía pública

La existencia de suciedad y basuras en las vías públicas del distrito se debe a las conductas incívicas. No sólo ensucian, sino que tampoco usan el servicio de limpieza adecuadamente. No hay conciencia ciudadana de cuidado del mobiliario. Se vandaliza las papeleras y contenedores, lo que genera una falta de los mismos, ya que se tarda en reponerlos o se elige no hacerlo porque no duran.

La falta de conciencia cívica se relaciona con que el poco interés por parte de las administraciones en la educación ciudadana, desarrollándose escasas campañas de información y de control, e imponiéndose pocas sanciones.

Objetivo General 3.1 - Promocionar un comportamiento cívico limpio en los espacios públicos

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Las medidas desarrolladas para reducir la suciedad afectan anualmente al menos al 50% de la población del distrito para el 20.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ anual de personas receptoras} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar el mobiliario urbano, con un mantenimiento del mismo. • Campaña de información y formación para su uso adecuado.

Carencias en el acondicionamiento de los centros educativos - la climatización

Actualmente los centros educativos son en muchos casos edificios de construcción antigua. No hay instalaciones de acondicionamiento ambiental, y las que hay no se han reformado y/o arreglado. En gran medida porque muchos no tienen potencia suficiente para la instalación de sistemas de frío/calor.

Existe una mala inversión de los recursos, la mayoría están dotados de calderas de calefacción, utilizadas pocos meses al año. Sin embargo, carecen de sistema de aire acondicionado, realmente necesario durante más meses del año.

También se observa que el umbral de tolerancia al calor ha disminuido. El colectivo menor está acostumbrado a estar en entornos más acondicionados, por lo que el efecto del cambio de temperatura cuando están en los centros no acondicionados es más acusado.

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

Indicador	Tasa de centros educativo correctamente acondicionados.
Definición	La tasa de centros públicos de educación primaria y secundaria del distrito con un acondicionamiento ambiental adecuado es positiva para el 2023.
Cálculo	N° de centros acondicionados en 2023 / N° de centros acondicionados en 2018.
Fuente	Datos de los centros educativos de la Delegación de educación.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la estructura de los centros educativos para poder hacer las instalaciones adecuadas. • Instalar climatizadores y sistemas de frío/calor. • Revisar las instalaciones y sistemas de frío/calor de los centros educativos.

Viviendas en mal estado e infraviviendas en algunos puntos del distrito

En algunas zonas del distrito como ‘El Gordillo’, ‘Valdezorras’, ‘Aeropuerto Viejo’ y ‘la Bachillera’, hay un bajo nivel económico en muchas familias. Esto ha conllevado la construcción de viviendas de forma autónoma, algo precaria, y sin mucho control por parte de las autoridades municipales. Esta situación ha provocado que, con el paso de los años, estas construcciones sean infraviviendas, viviendas con muy malas condiciones de habitabilidad.

Entre otras causas, encontramos que las instituciones han hecho una mala distribución de los recursos existentes, dejando de lado el crecimiento y el control de estos puntos.

Algunas de estas viviendas son habitadas por okupas, por lo que el control de la habitabilidad es nulo, sin acceso a los servicios básicos. Esto implica además que no se pueden arreglar, ni con ayudas públicas porque están viviendo ilegalmente en esos espacios, aumentando el riesgo para las personas que las habitan y para el resto de la población.

Objetivo General 3.3 - Promocionar la adecuación de las viviendas en mal estado e infraviviendas

Indicador	Porcentaje de viviendas rehabilitadas.
Definición	El número de viviendas que se rehabilitan es de al menos el 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de viviendas rehabilitadas} / N^{\circ} \text{ de viviendas registradas como infraviviendas}) \times 100$.
Fuente	Registro de EMVISESA.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Hacer un estudio técnico sobre las necesidades habitacionales concretas de cada zona del distrito.

Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas

Existen colectivos 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.

Entre las consecuencias de la situación está: el consumo de productos baratos y de peor calidad. Esto conlleva que los estilos de vida sean menos saludables, sobre todo porque hay menos acceso al ocio, al deporte, a la cultura, etc. Cuando éstos son alimentos, las consecuencias son el aumento de la morbilidad asociada a la misma (diabetes, obesidad, etc.)

La dificultad que afrontan muchas personas para cubrir las necesidades básicas tiene diversidad de implicaciones, entre otras, la dificultad de acceder a tratamientos médicos. En concreto todos aquellos que no cubra la seguridad social, por ejemplo, el tratamiento bucodental. Esto produce una pérdida de la calidad de vida, lo que genera en muchas familias un clima intrafamiliar de mayor estrés y preocupación, perjudicando las relaciones.

El objetivo de cubrir las necesidades básicas del día a día, termina absorbiendo la totalidad del tiempo. Quienes están en esa situación de vulnerabilidad, no tienen posibilidad de dedicar tiempo a salir de esa situación, como puede ser acudiendo a formaciones para el empleo, etc.

El estrés y los conflictos familiares derivados de estas situaciones socioeconómicas terminan en ocasiones en el abuso de drogas como el alcohol y el tabaco, o los ansiolíticos y antidepresivos. Lo que provoca también graves implicaciones físicas y sociales, llegando a producirse casos de adicciones a estas sustancias y pluriconsumos, perjudicando simultáneamente las situaciones de partida dentro de las relaciones sociales y familiares.

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

Cuando la sociedad tiene las necesidades básicas cubiertas, se produce una mejora en la salud y en las relaciones sociales de la ciudadanía. El incremento del poder adquisitivo favorece la calidad de vida, permitiendo una realización personal plena. Como puede ser: la formación, las actividades culturales, las relaciones familiares y sociales de calidad, el ocio, la actividad física, etc. Se optimiza la calidad de vida y el estado de salud en el sentido más amplio.

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

El personal profesional del distrito identifica, como una de las causas de los problemas de la ley de la dependencia la insuficiencia de su dotación económica. Esto da lugar a una carencia importante de recursos humanos para atender de forma adecuada a las personas dependientes.

Objetivo General 4.1 - Favorecer la mejora del SAAD

Indicador	Tasa de cobertura del SAAD.
Definición	La tasa de ejecución de prestaciones reconocidas en los PIA muestra una tendencia creciente para 2023.
Cálculo	$\text{N}^\circ \text{ de personas percibiendo prestación incluida en su PIA} / \text{N}^\circ \text{ de personas con PIA.}$
Fuente	Registro servicios sociales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la dotación presupuestaria y el personal cualificado. • Recortar los tiempos de respuesta. • Analizar la idoneidad de los recursos que se están utilizando actualmente.

Carencias en la oferta de formación para el empleo

En el distrito, hay mucha formación para el empleo, pero no está, en muchas ocasiones, conectada con las necesidades reales del mercado laboral. La formación que sí responde a la demanda se trata de ofertas privadas, por lo que hay una dificultad de acceso en aquellas personas o colectivos que tienen carencias económicas. Esto genera un círculo retroalimentado difícil de romper.

Objetivo General 4.2 - Favorecer la oferta de formación para el empleo

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para la mejora de la inserción socio-laboral, que beneficien al menos al 50% de la población registrada por los servicios sociales del distrito como demandantes de algún tipo de recurso y/o ayuda social para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias de las medidas desarrolladas al año} / \text{Total de personas registradas por los servicios sociales del distrito al año}) \times 100$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar la oferta formativa al mercado laboral. • Potenciar la formación dual.

Alta tasa de desempleo

Existe, en general en la ciudad, una oferta de empleo insuficiente para las necesidades actuales. Las oportunidades laborales suelen ofrecer condiciones laborales precarias, lo que fuerza la búsqueda de soluciones en la economía sumergida.

La tasa de paro es mayor entre las mujeres por la falta de medidas de conciliación familiar, que dificulta el acceso de quienes sustentan el rol de cuidadoras de menores y mayores de la familia.

Objetivo General 4.3 - Favorecer la inserción socio-laboral de la población en riesgo de exclusión del distrito

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para la mejora de la inserción socio-laboral, que beneficien al menos al 50% de la población registrada por los servicios sociales del distrito como demandantes de algún tipo de recurso y/o ayuda social para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias de las medidas desarrolladas al año} / \text{Total de personas registradas por los servicios sociales del distrito al año}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de conciliación familiar. • Mejora de las condiciones de trabajo.

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.

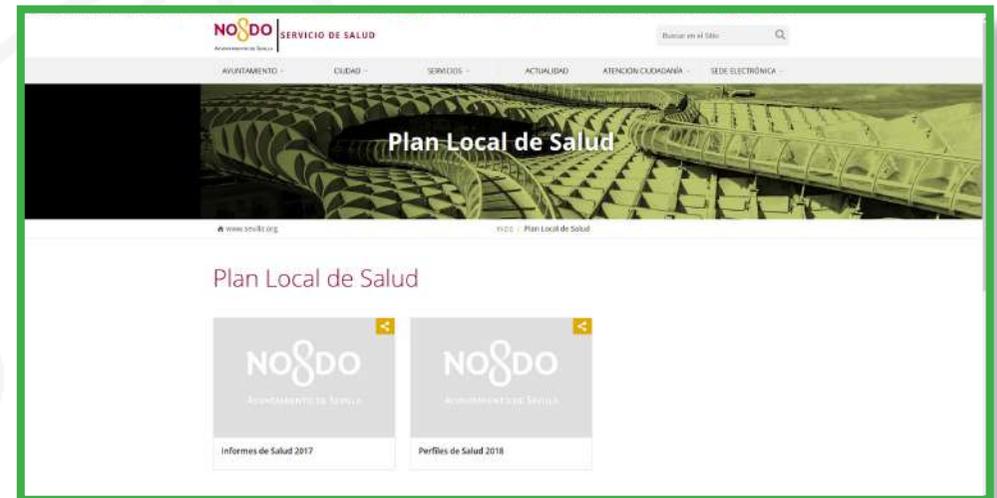
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

Ilustración 23: 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 24: 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



NO8DO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo



Ilustración 25: 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

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 sistema 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 ACADAV Y SUS ERRORES

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

MAYO 2018 ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

OCTUBRE 2018 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

MAYO 2018 PERFILES DE CIUDAD

OCTUBRE 2017 GRUPOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

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

JUNIO 2017 CREACIÓN Y FORMACIÓN INICIAL DE LOS GRUPOS MOTORES

2016 INFORMES DE CIUDAD

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		
PUNTUACIÓN TOTAL:											

Anexo 2: Checklist Implantación

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