

**Distrito:
Nervión**

**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	51
2. Misión, visión y principios rectores	9	4.3. Plan de Acción	51
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla	11	1. Línea de Estilos de Vida	52
3.1. Fase Inicial	12	2. Línea de Entorno Social	56
3.2. Fase de Perfil de Salud	16	3. Línea de Entorno Medioambiental	60
3.3. Fase de Priorización	18	4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas	64
3.4. Fase de Plan de Acción	19	5. Plan de Comunicación	68
3.5. Fase de Implantación	20	6. Bibliografía	72
3.6. Evaluaciones	22	7. Glosario de términos y acrónimos	73
4. Documentos		8. ANEXOS	
4.1. Perfil de Salud	23	Anexo 1: Ficha de Medidas	75
4.1.1. Informe de Salud	24	Anexo 2: Checklist Implantación	76
4.1.2. Análisis Técnico Sectorial	47		
4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía	49		



1. Marco normativo y conceptual

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

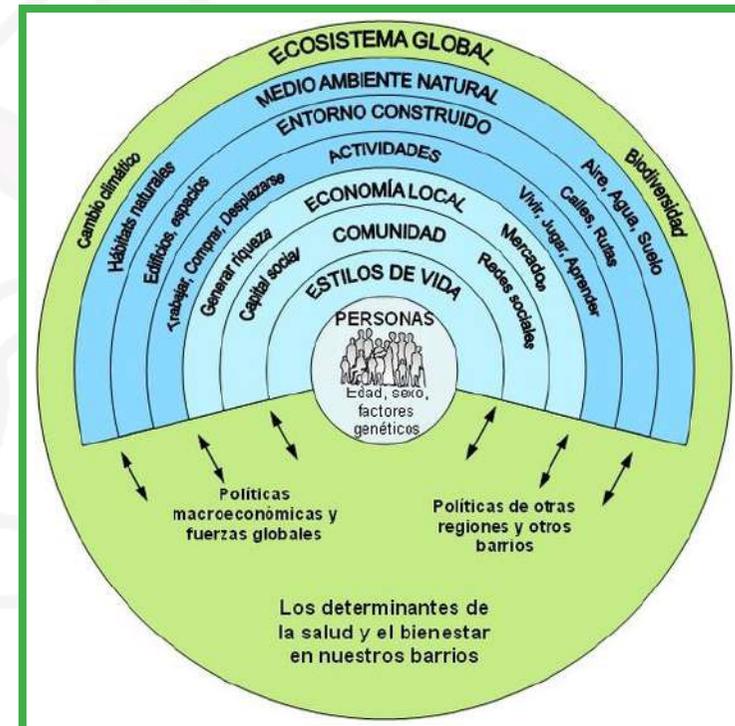
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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

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

(Wilkinson and Marmot, 2003)

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



Europa

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

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

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

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

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

España

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

Andalucía

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



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

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

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

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

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

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

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

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

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



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

Las **fases** son las siguientes:

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

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

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

2.2. Visión

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

2.3. Principios rectores

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

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

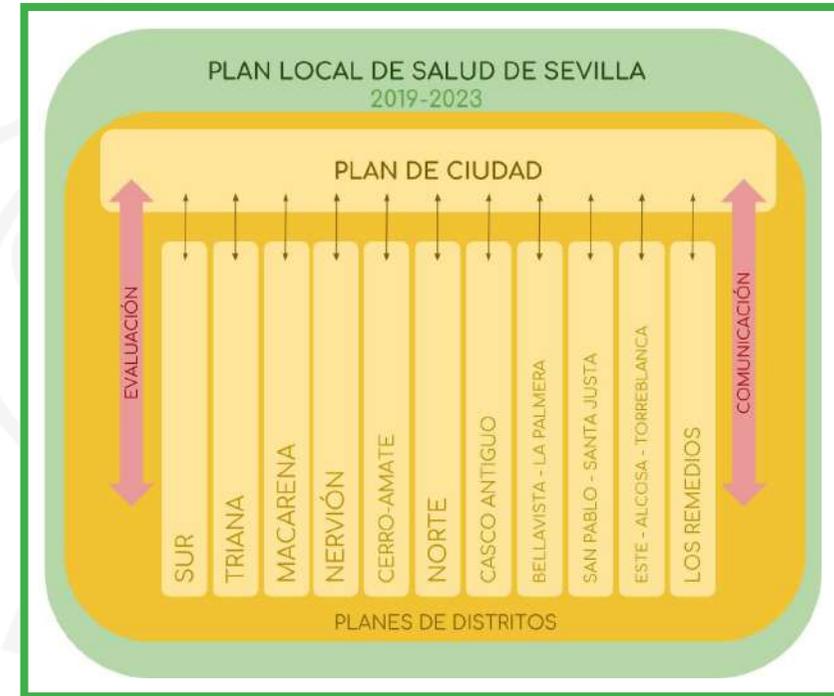
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla

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

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

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

Ilustración 3: Estructura del PLS de Sevilla.



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



Ilustración 4: Línea temporal de los principales hitos.



3.1. Fase Inicial

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

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



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

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

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

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

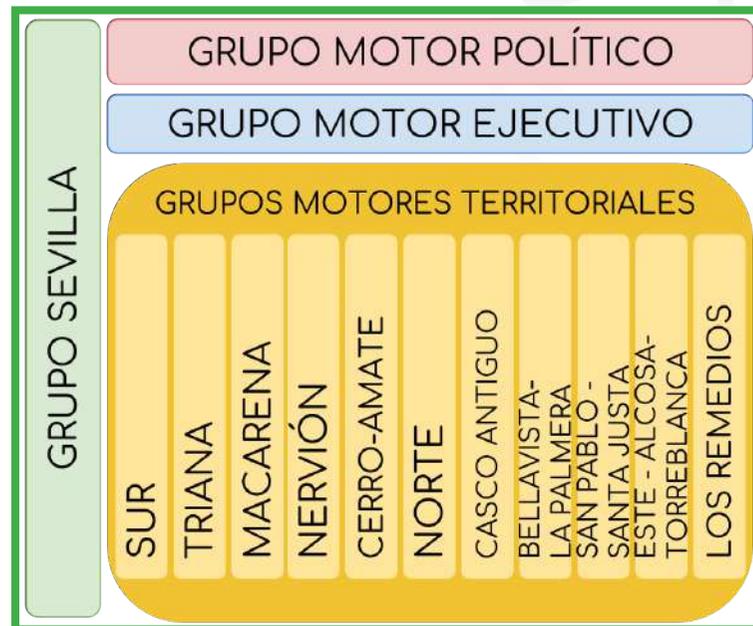


Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



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

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

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



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

Las funciones del GMT son:

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

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

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

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

ENTIDADES
Unidad de Promoción de la Salud Nervión (U.P.S.)
Servicio de Salud
Sección Promoción de la Salud
Servicios Sociales (U.T.S.)
Centro Cívico La Ranilla
Instituto Municipal de Deportes (I.M.D)
Unidad de Gestión de Salud Pública. Sevilla
Centro de Salud Juncal
Centro de Salud Las Palmeritas
Centro de Salud El Greco
E.I. El Trébol
C.E.I.P. Prácticas
I.E.S. Ciudad Jardín
I.E.S. Martínez Montañés
C.E.P. Cruz del Campo

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

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

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

3.2.2. Detección de necesidades sentidas

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

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.

Imagen del Taller de Impulso.



El 17 de octubre de 2017 en el C.C. La Ranilla 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 21 de Mayo de 2018 en el que participan las personas del GM del distrito, donde se explica la técnica de priorización y se aplica al listado de problemas ya elaborado.

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

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

3.4. Fase Plan de Acción

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

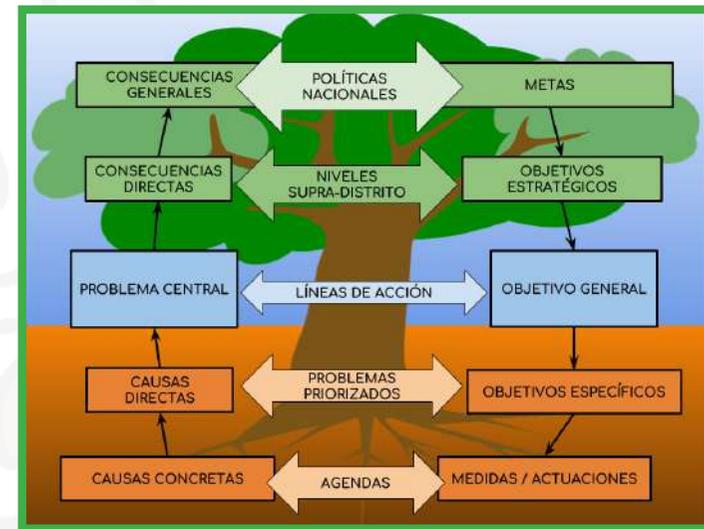
1. **Magnitud:** Cantidad de personas afectadas en el distrito (de 0 a 10).
2. **Severidad:** Impacto que tiene el problema sobre la persona a la que afecta (de 0 a 10).
3. **Facilidad:** Las medidas que se requieren son más o menos fáciles (de 0 a 10).
4. **Posibilidad:** Posibilidad, capacidad y competencias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

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

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

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

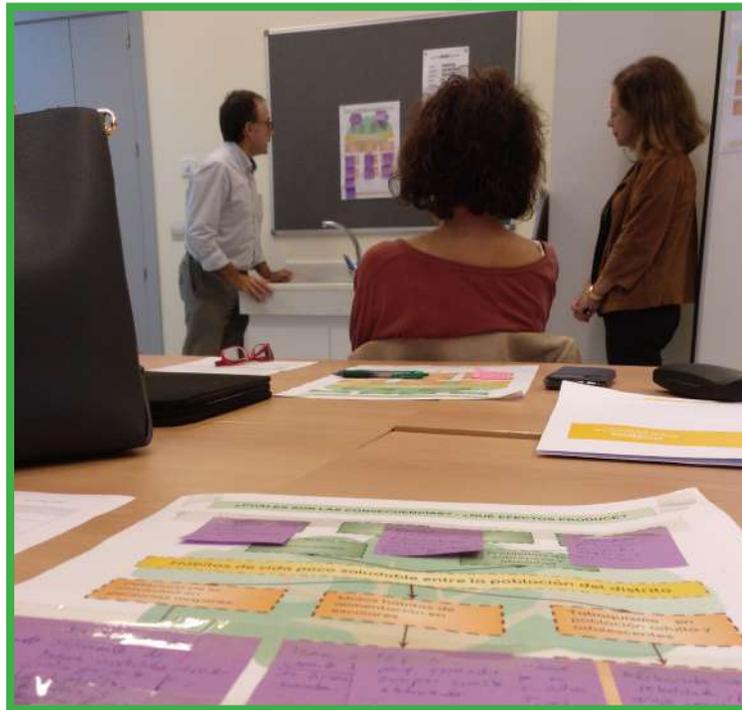
Ilustración 6: Esquema de la dinámica 'Árboles de problemas y soluciones'.



Se convoca un taller con el GMT el 25 de Noviembre de 2018, donde se presentan las conclusiones del taller anterior (las priorizaciones), y la propuesta de borrador del plan de acción. A continuación se plantea realizar una dinámica llamada 'Árboles de problemas y de soluciones' donde los 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.

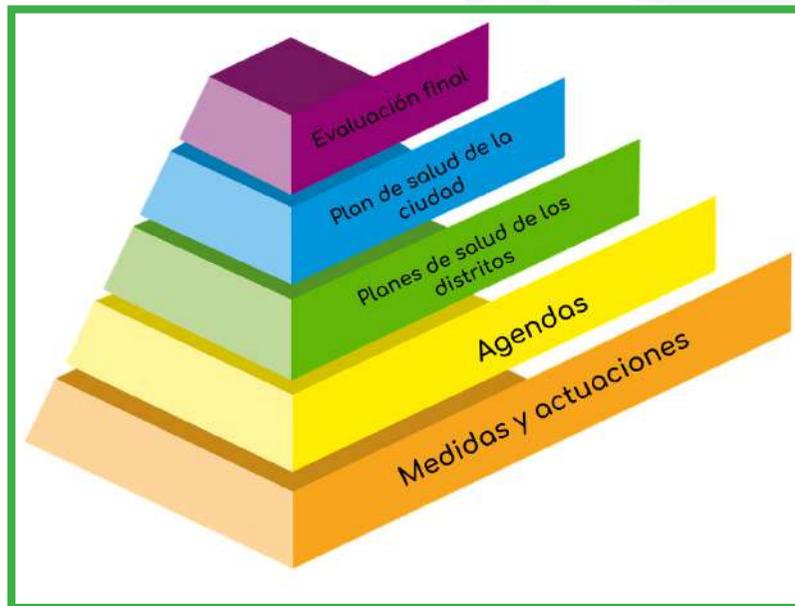
Estas medidas se incluyen en una agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

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

A. División administrativa

Incluye:

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

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

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



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

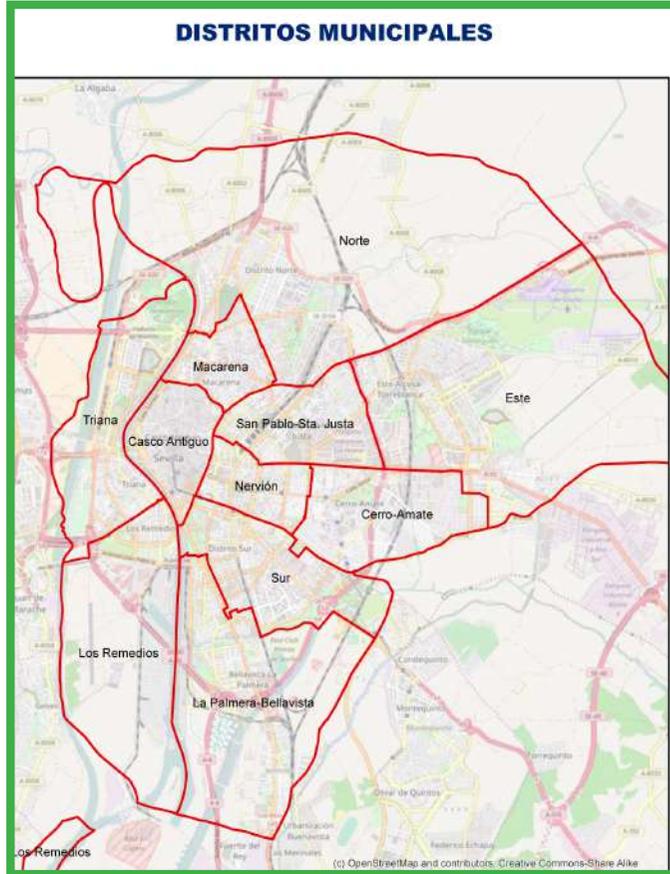
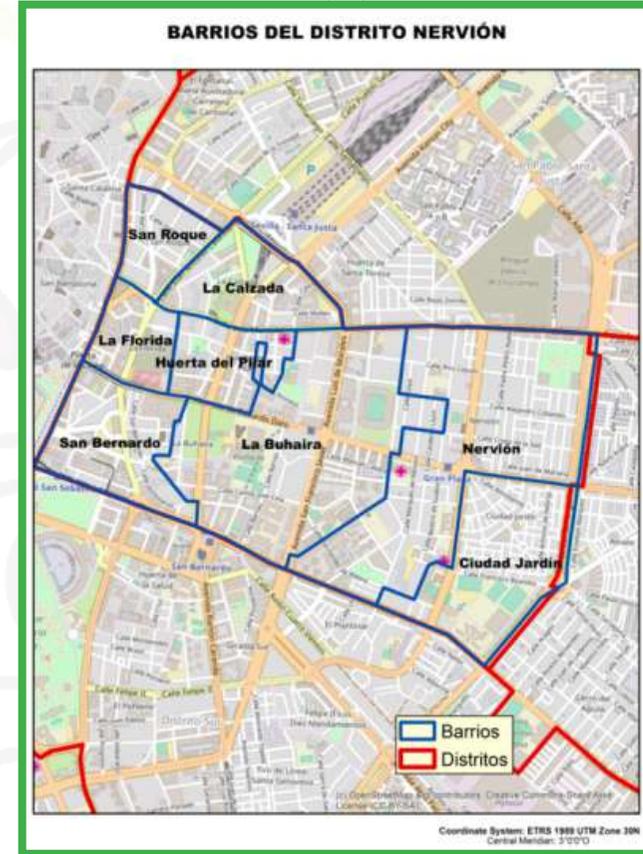


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



B. Datos socio-demográficos

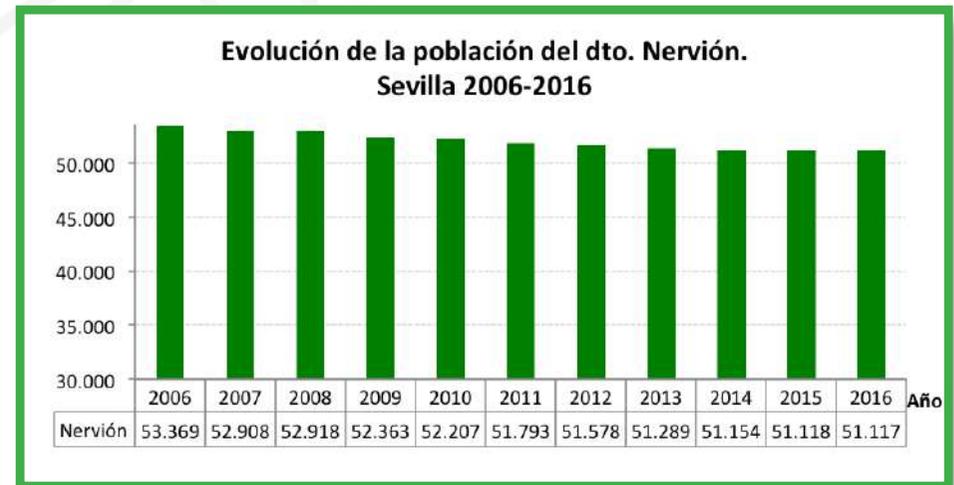
Con un total de 51.117 habitantes, Nervión es el cuarto distrito con menor población de la ciudad. Según su superficie es el segundo más pequeño, resultando el tercero en densidad de población, triplicando la media de la ciudad.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia

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

La población del distrito ha ido disminuyendo en los primeros años de la última década (2006-2016) estabilizándose en los tres últimos años; en este periodo la población se ha reducido en 2.252 habitantes.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia



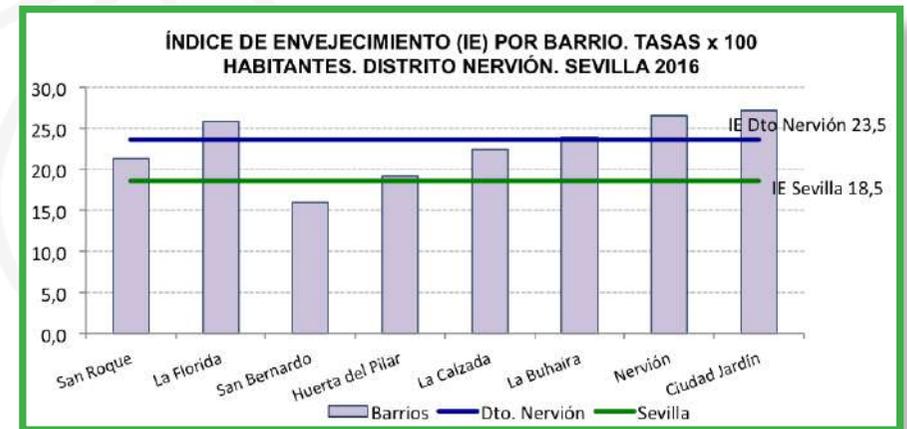
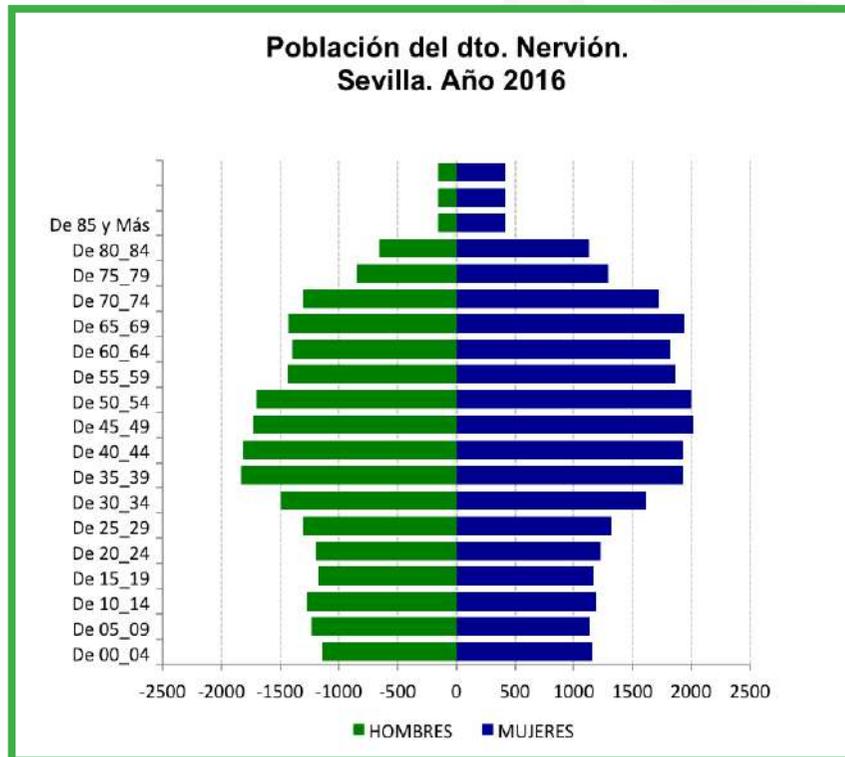
Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

La población actual representada en una pirámide indica la misma tendencia que la ciudad, una población envejecida. Todos los barrios poseen una importante población de personas mayores de 64 años, de hecho, solo San Bernardo está por debajo de la media de la ciudad para ese grupo etario, igualmente es el único barrio con un porcentaje de menores de 16 años mayor a la media de Sevilla. Más de la mitad de las personas mayores de 64 años del distrito se encuentran en los barrios Nervión y La Buhaira, con un 32,27% y 21,57% respectivamente.

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

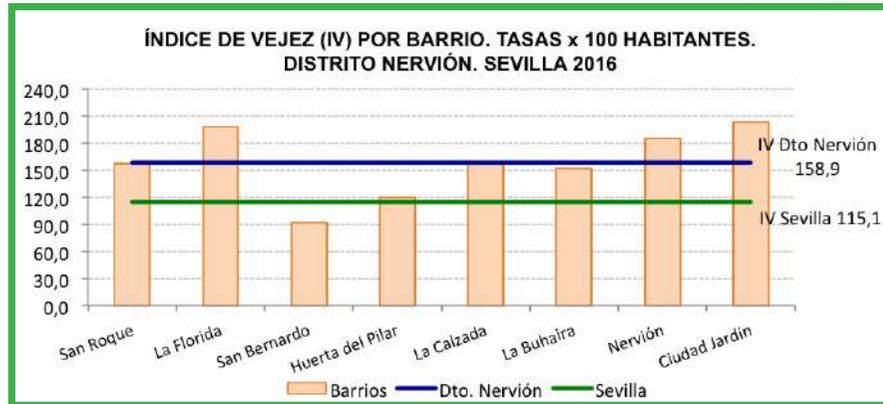
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



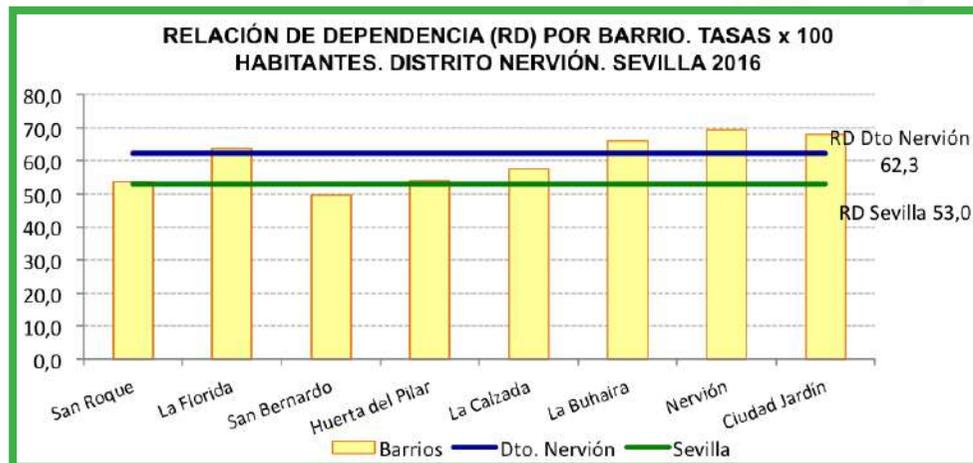
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



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

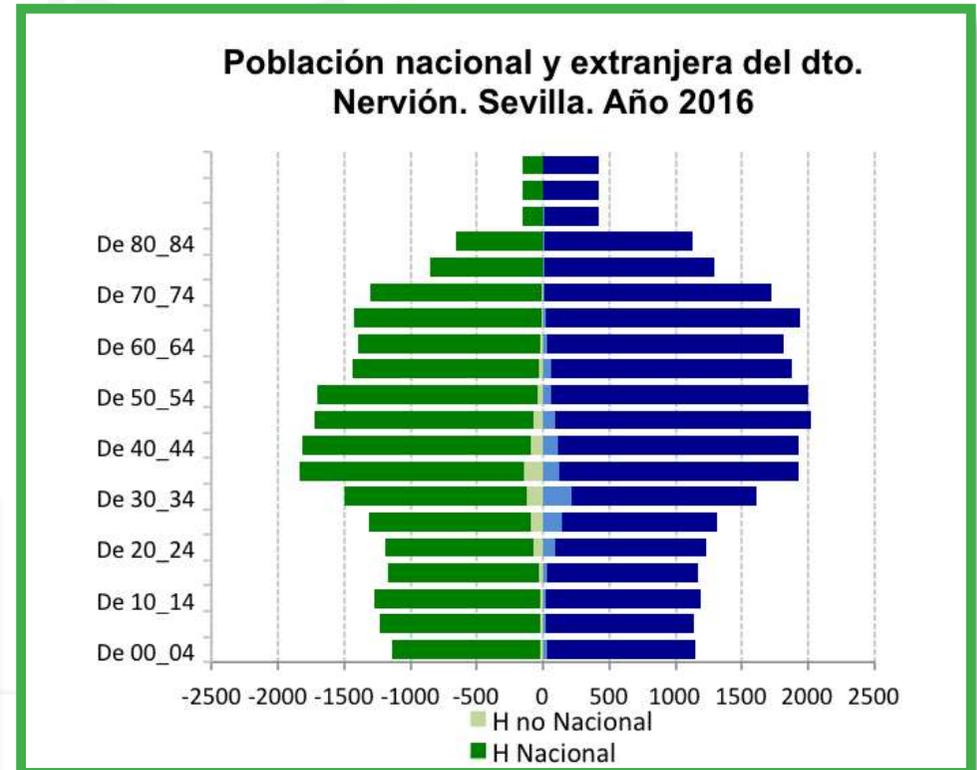
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la **población extranjera de la ciudad**, en el distrito Nervión encontramos 1.872 personas de ambos sexos, es decir el **5,2% del total de la población extranjera de la ciudad**, lo que hace que sea el tercer distrito con menos población extranjera de Sevilla, después de los distritos Los Remedios y Bellavista - La Palmera.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



La distribución en el distrito Nervión 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 han separado Europa Occidental de la Oriental y América del Sur del resto del continente; en el caso de las personas oriundas de África se han distinguido los procedentes de Marruecos por ser esta nacionalidad predominante con diferencia del resto del continente africano.

En este distrito el total de población extranjera es de mayoría femenina. Un tercio de la misma son personas oriundas de Europa Occidental, con mayoría masculina. Seguida de la procedente de América del Sur y Asia, con mayoría femenina.

La tercera parte de la población extranjera del distrito se concentra en el barrio de Nervión que junto con La Buhaira presentan la mitad de esta población en el distrito, coincidiendo con los barrios más poblados y siguiendo el patrón de procedencia expuesto anteriormente.

El tercer barrio con más población no española es San Roque, donde el porcentaje de población extranjera respecto a la nacional es la mayor del distrito con un 6,5%. En este barrio la población extranjera es mayoritariamente asiática.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito				
Procedencia	Hombres	Mujeres	Ambos	% Extranjeros (Ambos)
Europa Occidental	298	266	564	30,1
América del Sur	167	258	425	22,7
Asia	172	221	393	21,0
Resto de América	57	127	184	9,8
Europa del Este	46	120	166	8,9
Marruecos	41	47	88	4,7
Resto de África	35	6	41	2,2
Otros	6	5	11	0,6
Total	822	1050	1872	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 **Nervión**, la agrupación de barrios ha sido la siguiente:

- Agrupación 35: “San Roque, La Florida y San Bernardo”, al que corresponde el **nivel socioeconómico más alto**.
- Agrupaciones 19, 22 y 29: “La Calzada y Huerta del Pilar”, La Buhaira y Nervión, todos ellos con **nivel 2**.
- Agrupación 11: Ciudad Jardín se ha agrupado con El Cerro, barrio de Cerro - Amate, con **nivel 4**.

Los siguientes mapas recogen esta información, así como el índice basado en los datos de 2001 y los cambios producidos en el periodo analizado. Como vemos, el nivel ha bajado un punto en dos de las 5 agrupaciones de barrio, “La Calzada - Huerta del Pilar” y La Buhaira, mientras que ha subido un punto en “San Roque - La Florida - San Bernardo”; el resto se ha mantenido en el mismo nivel de 2001.

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

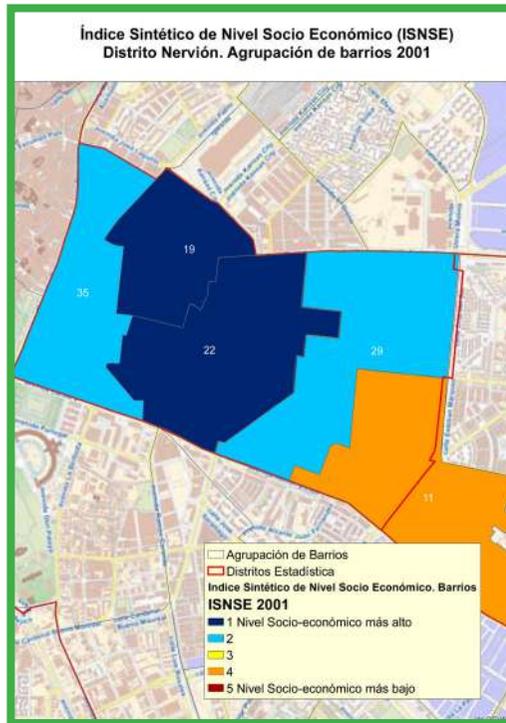


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.

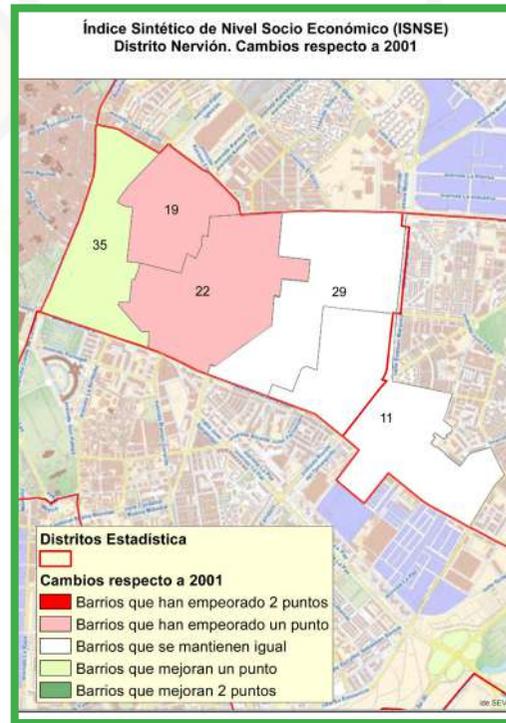
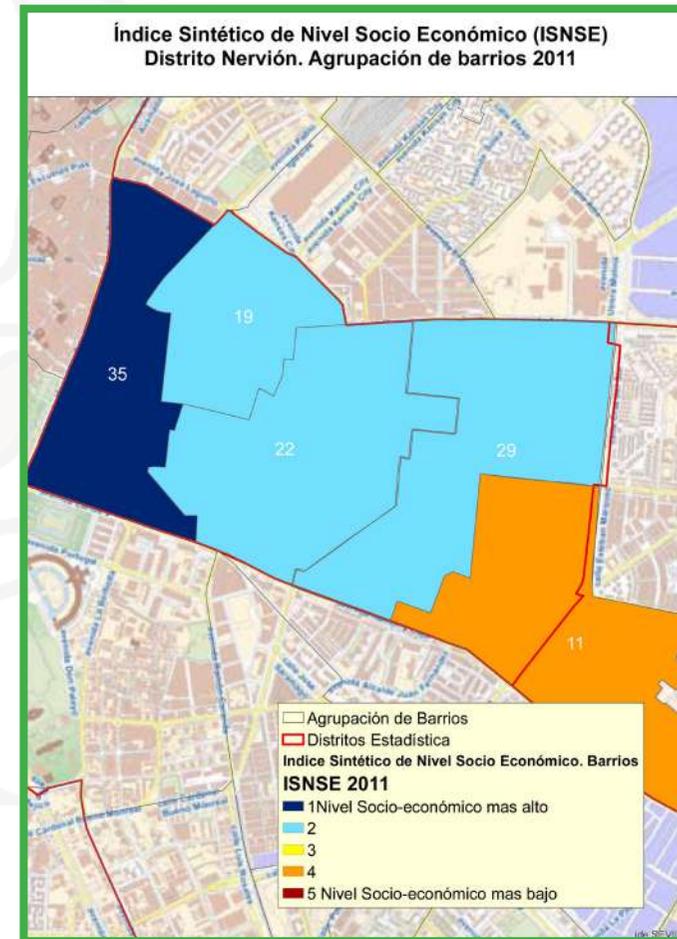


Ilustración 13: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



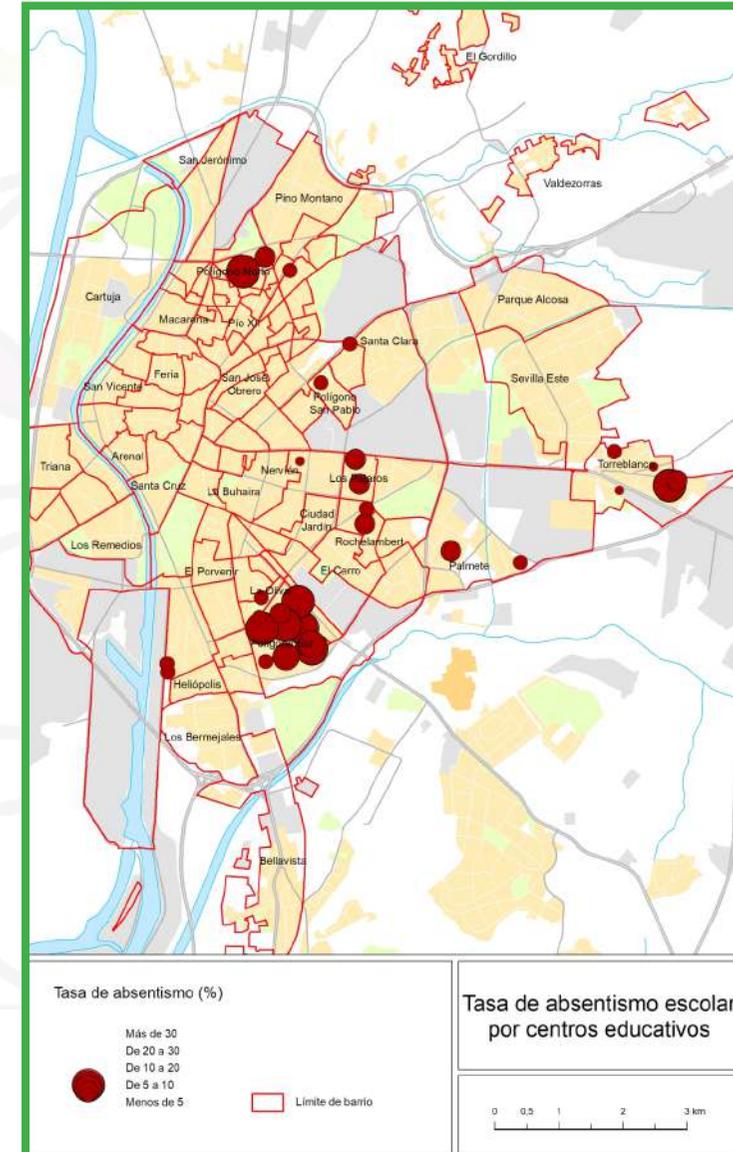
Absentismo Escolar

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 14: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.



Personas en situación de dependencia

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

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

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

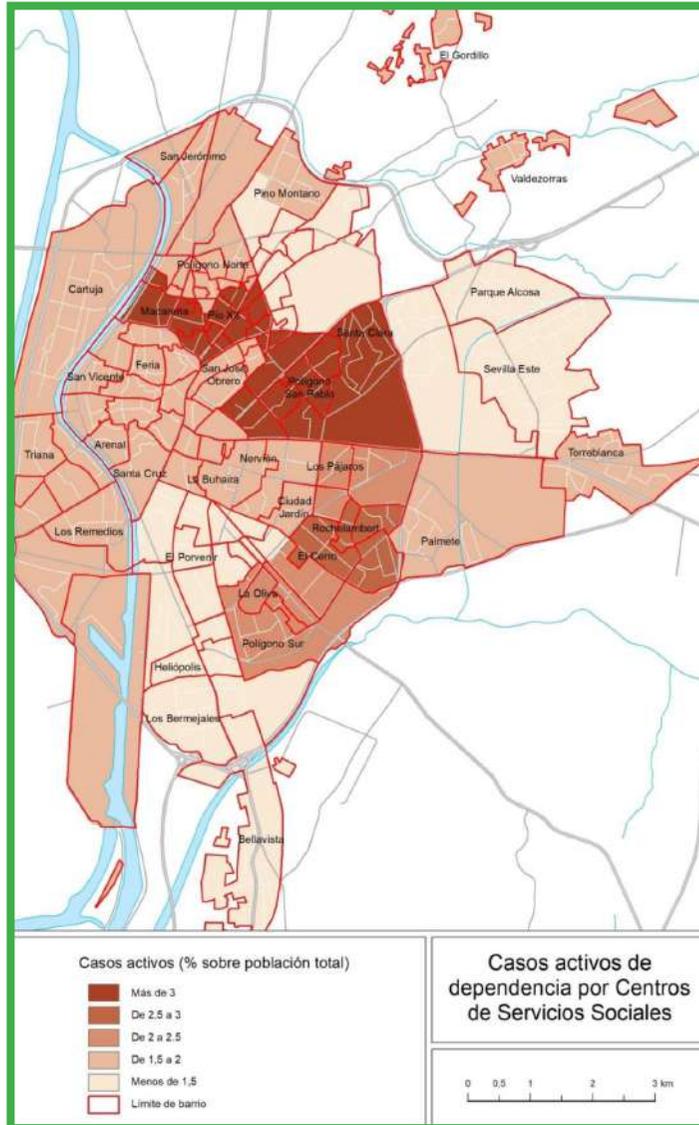
Debemos destacar casos que aunque no suponen un número absoluto muy elevado, sí resultan significativos en cuanto al porcentaje respecto de la población. En este grupo estarían Cerro - Su Eminencia, 2,6%, Tres Barrios - Amate, 2,2%, o Polígono Sur, este último registra un número significativamente menor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

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

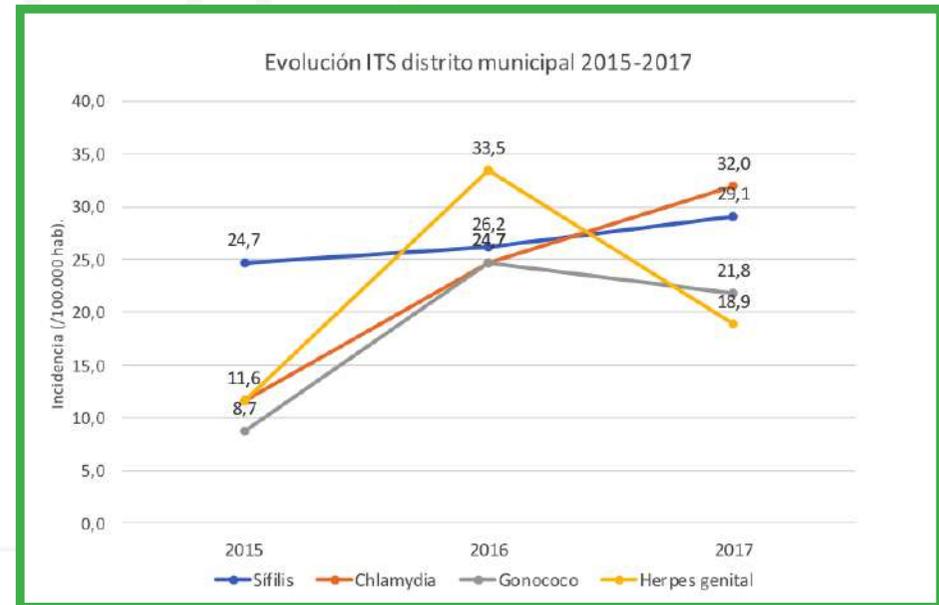
Ilustración 15: Distribución geográfica de los casos de dependencia activos.



D. Morbilidad

En el distrito Nervión 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 de herpes genital e infección gonocócica. De mayor a menor incidencia en el último año descrito identificamos chlamydia, seguida de sífilis, infección gonocócica y herpes genital, alcanzando cada una de estas enfermedades valores muy superiores a los identificados en Sevilla ciudad.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Dentro de las **enfermedades inmunoprevenibles** destaca la Hepatitis A por presentar una incidencia en 2017 de 18.9 por 100.000 habitantes, seguido de Parotiditis en 2017 (7.3 por 100.000 habitantes).

Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

UGC/CAP	Vacunación completa a los 2 años	Vacunación con 2 dosis TV
El Greco	97,3%	98,4%
Las Palmeritas	96,3%	98,2%
Mallén	96,7%	95,8%

La **tuberculosis** en este distrito presenta una incidencia inferior al conjunto de la ciudad en todos los centros de salud para el periodo 2015-17.

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 Mallén y el Greco un mayor riesgo de ingreso por PQI16 que los otros CS.

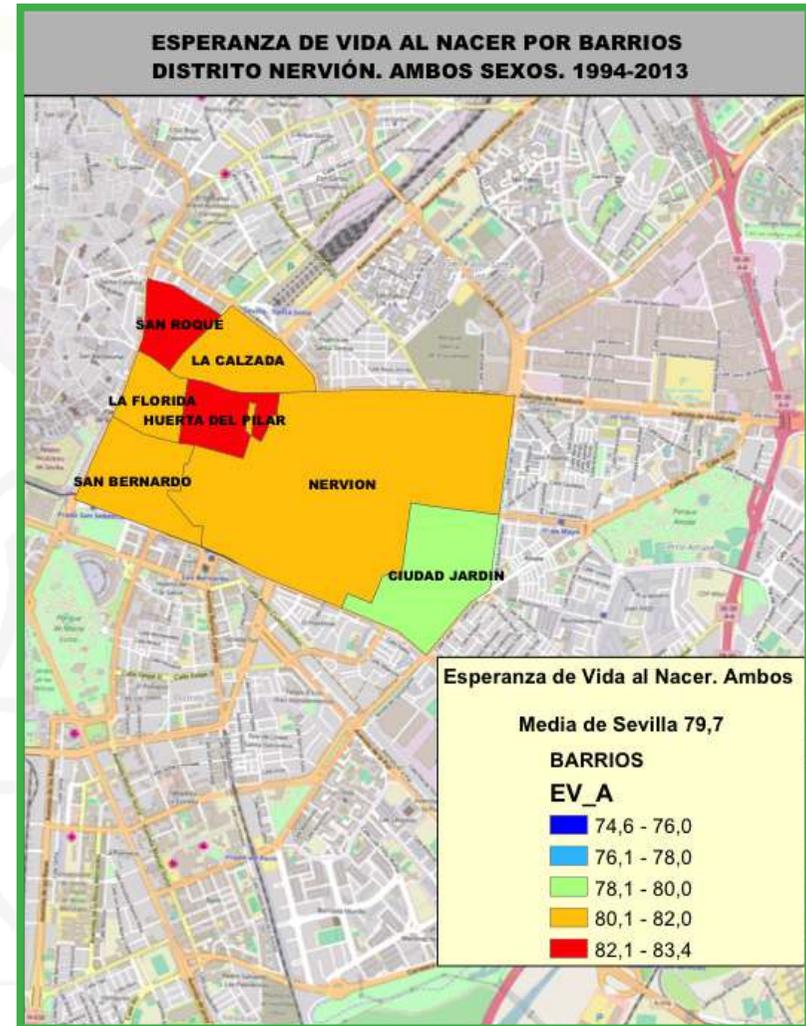


E. Mortalidad

El distrito Nervión ha sido, en el periodo 2011-2014, el que ha registrado la **esperanza de vida al nacer** más alta (83,6 años), 2 años más que la media de la ciudad. Analizando estos datos por sexo, encontramos que las mujeres del distrito Nervión tuvieron en dicho periodo la esperanza de vida más alta de toda la ciudad (86,5 años); para los hombres se registra una de las más altas (80 años), apenas superada por la registrada en Bellavista-La Palmera.

Por barrios, y analizando los datos del periodo 1994-2013, se observa que San Roque y Huerta del Pilar tenían la esperanza de vida al nacer más alta del distrito, por encima de los 82 años, mientras que Ciudad Jardín registraba la más baja, entre 78 y 80 años)

Ilustración 16: Distribución geográfica de la esperanza de vida al nacer en los barrios del distrito.

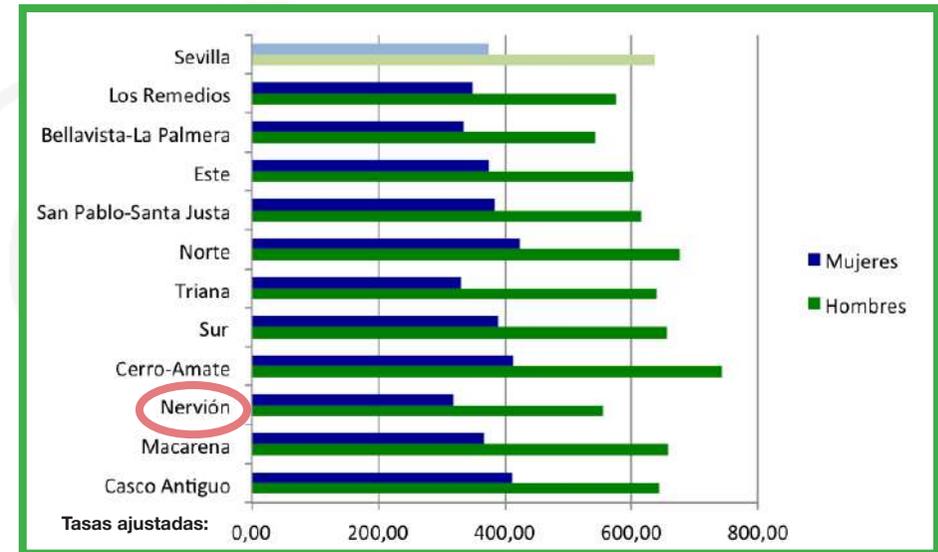


El distrito Nervión ha registrado, en el periodo 2011-2014, la menor **Tasa Ajustada de Mortalidad General** por 100.000 habitantes entre las mujeres, y una de las más bajas para los hombres, solo por encima de Bellavista - La Palmera.

En el periodo 2011-2014, El distrito Nervión registró unas de las tasas de mortalidad por **cáncer** más bajas de la ciudad, tanto para hombres como para mujeres; lo mismo ocurre con las defunciones por **enfermedades circulatorias** y **enfermedades infecciosas**.

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.

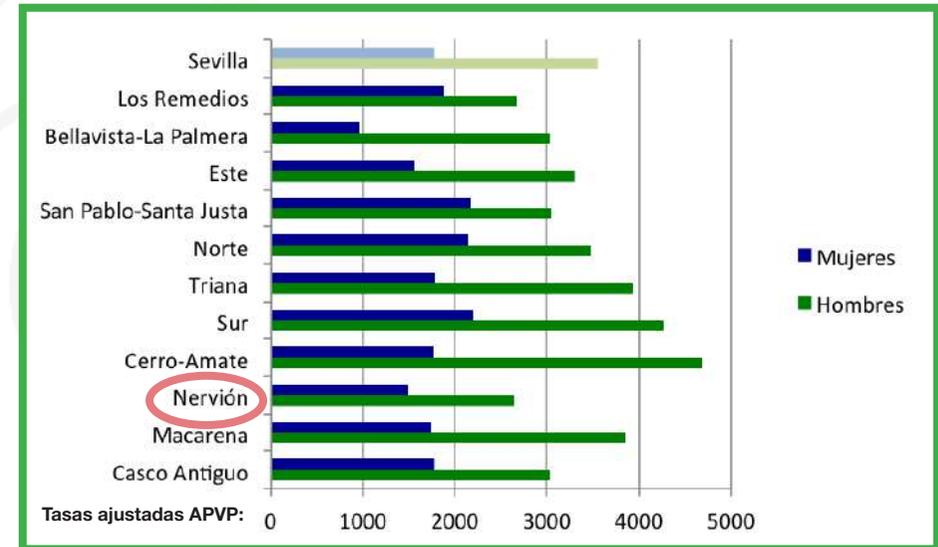
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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 Nervión, este indicador para hombres es el más bajo de la ciudad y el segundo más bajo para las mujeres después de Bellavista - La Palmera.

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.

Otro indicador de muerte prematura se encuentra en este distrito por debajo de la media de la ciudad, tanto para hombres como para mujeres.

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

Fuente: IECA. Elaboración propia.

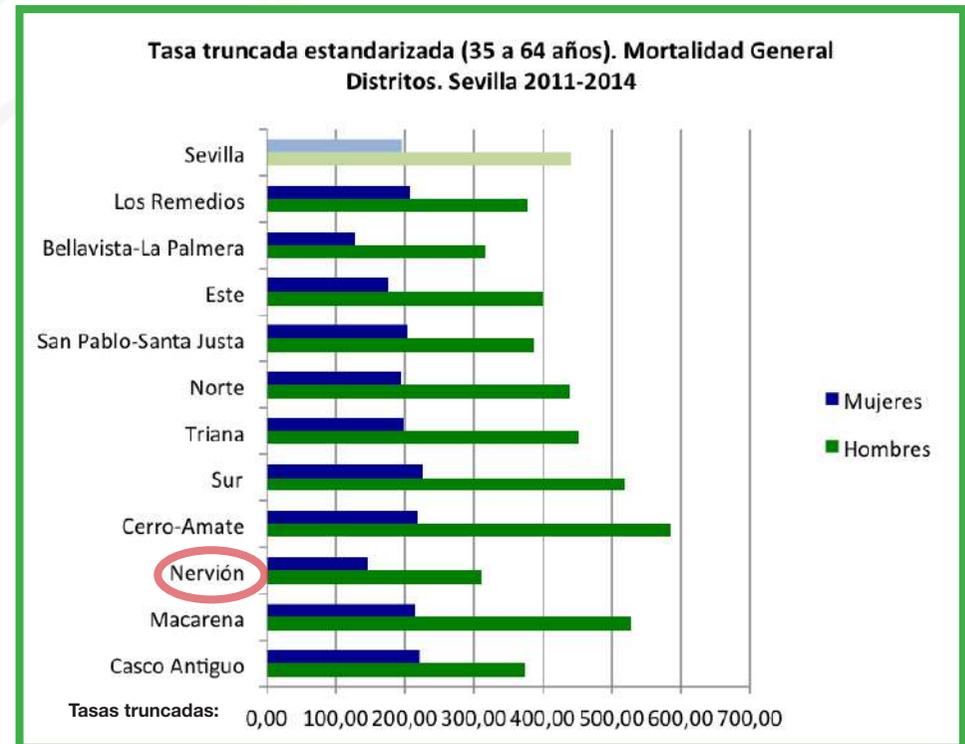
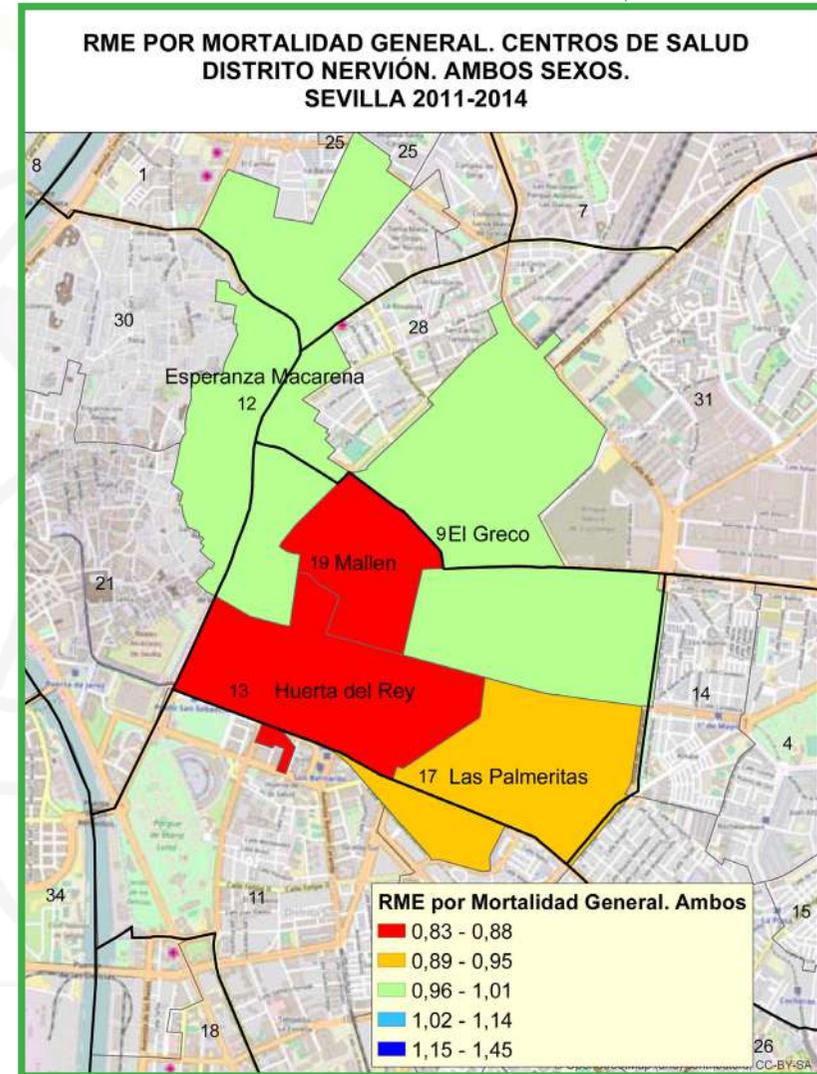


Ilustración 17: Distribución geográfica de la RME Mortalidad General por centros de salud.

Para el análisis de la mortalidad por áreas más pequeñas que el distrito (centros de salud y barrios) utilizaremos el indicador **Razón de Mortalidad Estandarizada (RME)**. Este indicador relaciona las muertes observadas, en cada una de las zonas territoriales estudiadas, con las esperadas para esa zona si se murieran con la misma tasa que tiene la ciudad de Sevilla, que sería el valor estándar. De tal forma que una RME igual a 1 indica que las muertes observadas y esperadas son iguales; mayor de 1 indica que la mortalidad en esa zona es mayor que la estándar (la de la ciudad de Sevilla), y menor de 1 indica que es menor que la estándar de la ciudad.

Como se muestra en los siguientes mapas, la RME los Centros de Salud, así como para los barrios del distrito Nervión es, tanto para la mortalidad general como para los grandes grupos de causas, menor o igual a 1, indicando que el número de muertes observadas es menor o igual a las esperadas según la tasa de la ciudad.



F. Entorno Medioambiental

Zonas verdes: Según estos datos, el distrito Nervión cuenta con 2,5 m² de zonas verdes por habitante, una cifra muy por debajo de la media de la ciudad, que se sitúa en 14 m²/Hab., y muy alejado de las recomendaciones de la OMS (entre 10 y 15 metros cuadrados como mínimo).

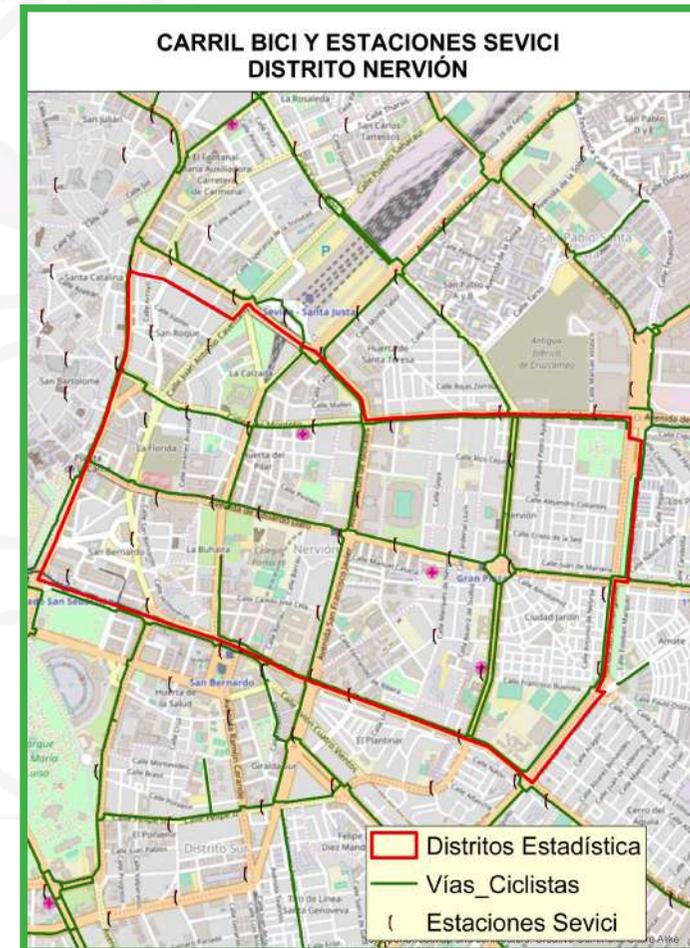
Fuente: Servicio de Parques y Jardines, Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

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

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

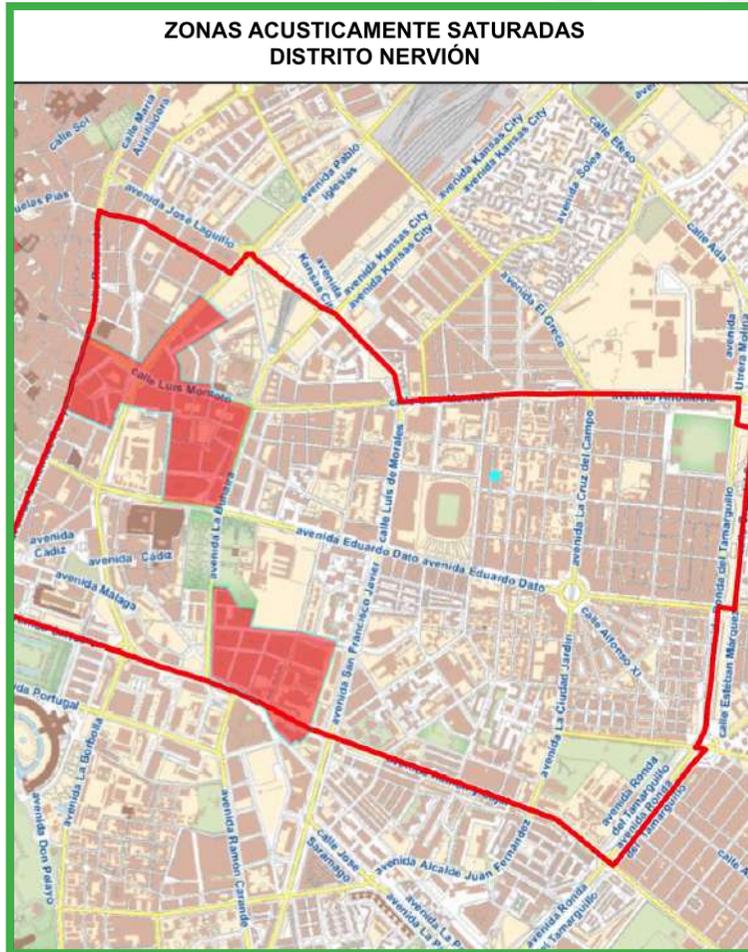
Carril bici y red de bicicletas: El carril bici de la ciudad llega a las principales vías del distrito, aunque no penetra en las calles de los distintos barrios.

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



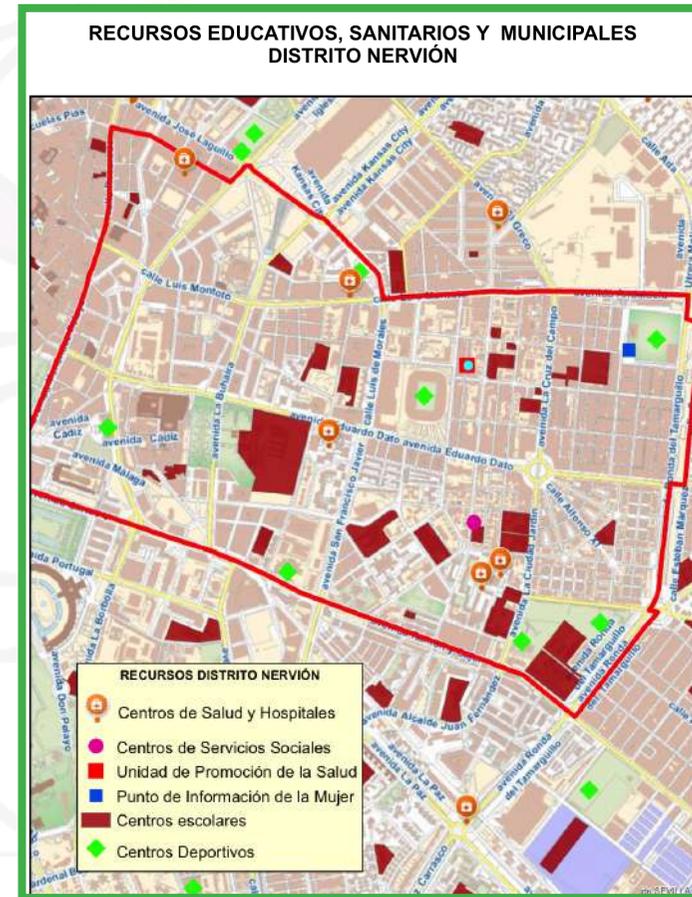
Zonas acústicamente saturadas: En relación al ruido, en el distrito se han identificado dos zonas acústicamente saturadas, tal y como podemos ver en el siguiente mapa.

Ilustración 19: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.



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

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



G. Estilo de vida

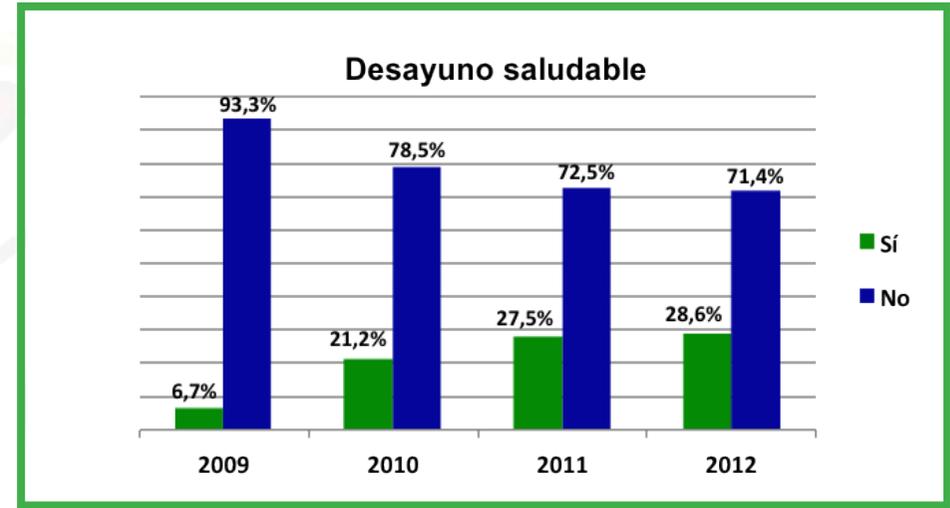
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

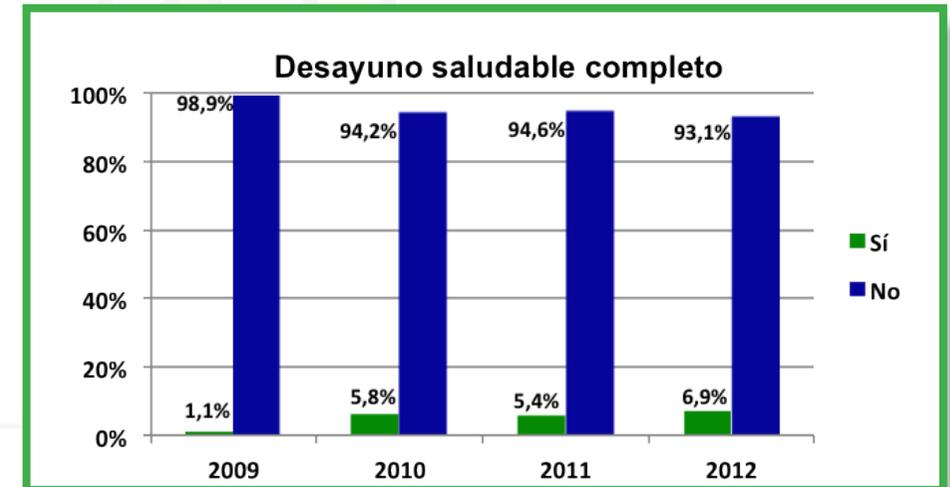
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

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

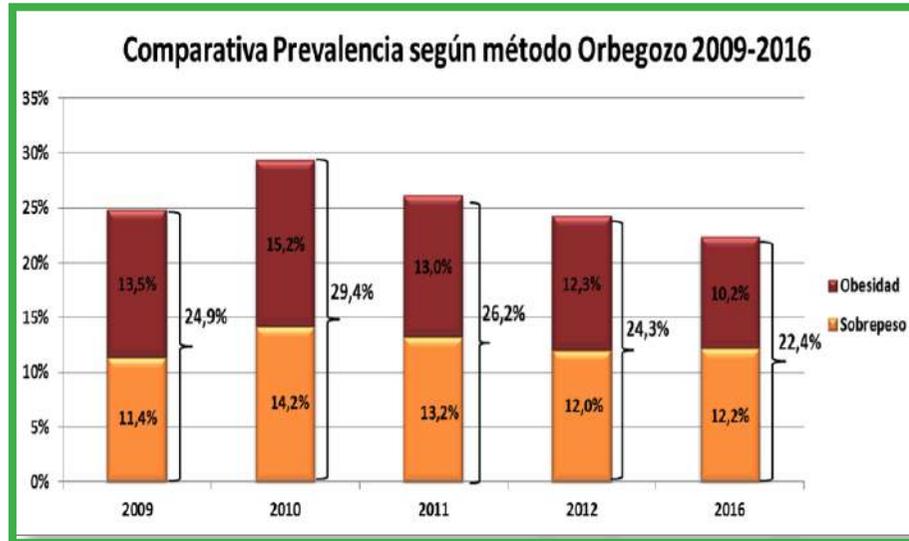
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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



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



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

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

Sobrepeso y obesidad infantil

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

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

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

Actividad física

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

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

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

- 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

Tabaquismo en población adulta y adolescente.

Problemas de salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Deterioro cognitivo en población mayor de 65 años.

Deterioro movilidad en personas mayores.

Gripe en población de mayores de 65 años (con alto riesgo de mortalidades caso de contraerla).

Riesgo vascular.

Personas con hábitos tóxicos (Ciudad Jardín).

Alta tasa de sedentarismo.

Contagio de enfermedades porque las familias mandan a los y las menores al centro educativo cuando todavía tienen fiebre o están enfermos.

Alto porcentaje de alumnado de etapa de infantil que asiste al colegio sin desayunar.

Conductas violentas entre alumnado y profesorado en educación secundaria.

Los desayunos que el alumnado trae para los recreos (poca fruta y mucha bollería industrial) son poco o nada saludables.

Poco tiempo de dedicación a la práctica de deportes y actividades lúdicas-deportivas dentro del horario escolar.

Estilos de Vida

Falta de concienciación por parte de las familias de los beneficios de los hábitos de vida saludable (alimentación sana y práctica de actividades lúdico-deportivas).

Entorno Social

Mujeres mayores de 65 años que realizan el rol de cuidadoras informales con personas dependientes.

Riesgo de caídas en domicilio y zonas urbanas en población mayor de 65 años.

Conflictos en la familia con respecto a personas dependiente.

Personas dependientes con ausencia de familiares.

Absentismo escolar entre el alumnado de secundaria.

Falta de participación en los centros educativos por parte de padres/madres/tutores/tutoras.

Entorno Medioambiental

Situaciones de aislamiento social por barreras arquitectónicas en población mayor de 65 años.

Servicios Sanitarios

Quejas relacionadas con problemas de seguridad en la atención sanitaria.

Personas que presentan problemas de polifarmacia y/o anticoagulación.

Desigualdades Socioeconómicas

** No se reflejó ningún aspecto en este determinante.*

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	Oferta amplia de ocio saludable para infancia y juventud.
3	Ascensores y accesibilidad en viviendas.
4	Asociaciones ciudadanas.
5	Asociaciones juveniles con formación sanitaria que sean agentes de salud.
6	Alternativas lúdicas y culturales en ocio nocturno.
7	Programa de ocio compartido en familia.
8	Limpieza pública de calles.
9	Mayor actividades integradoras a nivel social y cultural.
10	Medidas urbanísticas para reducir el nivel de contaminación.
11	Taller de educación vial por parte de la policía local para la población general.
12	Piscinas municipales para el verano.
13	Centros polideportivos.
14	Calles peatonales.
15	Apoyo a personas que cuidan a sus familiares mayores de 65 años.
16	Incrementar plazas residenciales para personas mayores.

Orden	Fortalezas
17	Espacios diseñados para el juego infantil.
18	Implicación real de servicios municipales para promocionar la salud desde distintas áreas municipales.
19	Escuela para el buen uso de redes sociales.
20	Vigilancia/seguridad en entornos escolares.
21	Actividades de participación comunitaria.
22	Control policial antidroga.
23	Biblioteca pública.
24	Jornadas de promoción del ejercicio físico al aire libre.
25	Actividades para personas mayores.
26	Espacios gratuitos para actividad física.
27	Políticas de mejora de la zona de Ciudad Jardín.
28	Mejora de línea de bus en zona de Juncal.
29	Servicio de recogida de papelera de reciclaje en centros escolares.
30	Información sobre los recursos existentes.
31	Coordinación entre recursos existentes.
32	Facilitar opciones saludables para población marginal.
33	Coordinación entre centro de salud y escuela en casos de absentismo.
34	Recursos de integración intergeneracional.
35	Recursos de integración intercultural.

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	Pocas ayudas para las personas que lo necesitan.
2º	Poca limpieza en los barrios.
3º	Pocos gimnasios y centros deportivos.
4º	Disponemos de poco tiempo libre.
5º	Escasa oferta de clases de defensa personal.
6º	Calles muy mal iluminadas.
7º	Los semáforos duran muy poco para los peatones con dificultad.
8º	Muchos coches y contaminación.
9º	El wifi es muy caro.
10º	Muchas horas de clase.

Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes	
1º	Más rampas para acceso de minusválidos en las casas.
2º	Más vigilancia policial.
3º	Que obliguen a recoger las cacas de los perros.
4º	Más zonas gratuitas para los jóvenes.
5º	Una parada de metro.
6º	Fuentes de agua.
7º	Más paradas de autobuses y más tránsito.
8º	Más limpieza en el barrio.
9º	Más cines.
10º	Mayor vigilancia sobre perros sueltos.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas	
1º	Mejorar los dispositivos antiincendios de los colegios públicos.
2º	Instalar una biblioteca pública en el distrito.
3º	Mejorar la climatización de los colegios públicos ante el calor.
4º	Mejorar la iluminación de las calles más estrechas.
5º	Acerado con firme seguro y sin barreras arquitectónicas.
6º	Ampliar las actividades del distrito para familias.
7º	Poda de las ramas de los árboles que están a la altura de los transeúntes.
8º	Poda de árboles que están en mal estado.
9º	Eliminar las barreras arquitectónicas de los colegios públicos.
10º	Mejorar la limpieza en las zonas donde se encuentran los contenedores de basura.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores	
1º	Instalación de ascensor en edificio antiguos.
2º	Contenedor de aceite para reciclar cercano.
3º	Mejorar la limpieza de la calle (LIPASAM y campañas de educación ciudadana).
4º	Arreglo de acerado por levantamiento de raíces de árboles.
5º	Hacer programas de hábitos saludables en la población general y en colegios.
6º	Instalación de fuentes para beber agua.
7º	Instalación de urinarios públicos.
8º	Espacio libre de barreras arquitectónicas.
9º	Acercar contenedores de basura para reciclar.
10º	Depositar las bolsas dentro del contenedor, evitar olores y perros.

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. Deterioro de la movilidad en personas mayores.
	2. Tabaquismo en población adulta y adolescentes.
	3. Malos hábitos de alimentación en escolares.
Entorno Social	1. Personas dependientes con problemas de cuidados por ausencia o problemas familiares.
	2. Sobrecarga de mujeres mayores de 65 años cuidadoras de personas dependientes.
	3. Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada.
Entorno Ambiental	1. Problemas de suciedad en la vía pública.
	2. Existencia de vías públicas mal o nada iluminadas.
	3. Dificultades en la movilidad por puntos de acerado y asfaltado en mal estado.
Desigualdades Socioeconómicas	1. Carencias de ayuda públicas para población vulnerable.
	2. Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito.
	3. Brecha digital.

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, etc.

Los malos hábitos de alimentación y sedentarismo dan lugar a problemas de sobrepeso y obesidad. Además de conducir a enfermedades metabólicas, (diabetes) y musculoesqueléticas. Generándose, por tanto, grandes problemas de movilidad.

Entre la población juvenil, este conjunto de complicaciones fomenta la alteración de la imagen corporal, y, por tanto, problemas de aceptación y autoestima. Ésta última está en la base de las alteraciones de la conducta alimentaria.

Entre el colectivo de personas mayores, las dificultades y pérdida de movilidad conllevan un aumento de las caídas y síndrome de poscaída.

Unos malos hábitos de vida provocan la aparición prematura de ciertas enfermedades: cardiovasculares, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), bronquitis crónica o cáncer.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

Cuando la población mantiene unos hábitos de vida saludable, se consigue en términos generales un aumento de la calidad y esperanza de vida. Además de la disminución del gasto sanitario, lo que propicia la inversión en otras necesidades ciudadanas.

Deterioro de la movilidad en personas mayores

Los problemas de movilidad en las personas mayores se relacionan con varias circunstancias que afectan en mayor o menor medida. Por un lado, el sedentarismo conlleva la pérdida de agilidad y fuerza muscular. A pesar de que la tendencia está evolucionando en los últimos años, hasta ahora no ha tenido valor ni se ha generalizado, la cultura de realización de actividad física entre el colectivo. La situación se ve agravada debido a la poca oferta existente por parte de las administraciones públicas, como consecuencia de una insuficiente inversión de recursos. Señalar también, las limitadas opciones de las personas interesadas en las acciones, en las cuales, el periodo de inscripción es tan corto que a veces cuando quieren matricularse el plazo ha finalizado.

Por otro lado, el sobrepeso es causa y consecuencia, ya que estar obeso dificulta la movilidad y los problemas de movilidad agravan el sobrepeso. Por último, están los problemas físicos propios de la edad, ya que las personas mayores sufren diferentes condiciones que limitan sus capacidades, y crean fragilidad física.

Objetivo General 1.1 - Promover la actividad física entre las personas mayores

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo de medidas de promoción de la actividad física que beneficien al menos al 50% de la población de personas mayores de 50 años del distrito para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias} / \text{Total de personas mayores de 50 años censadas en el distrito}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir las situaciones en las que las personas no hacen actividad física porque están solas; fomentando el cumplimiento de la Ley de la Dependencia y mejorando el cuidado de las personas mayores y la compañía. • Asegurar el servicio de ayuda a domicilio en personas mayores que no tienen una gran dependencia. • Crear oferta de actividades de educación física en los distritos municipales. • Dotar medidas que faciliten la inscripción de las personas mayores en estas actividades. • Difundir y promocionar ofertas de actividad física en grupo, como un “millón de pasos”.

Tabaquismo en población adulta y adolescentes

Los elevados niveles de tabaquismo entre la población del distrito se deben a una falta de percepción de riesgo, ya que, los efectos son a largo plazo. En la adolescencia tiene lugar el inicio del consumo como una muestra de rebeldía y promocionado por la presión del grupo de iguales. Como es un hábito que crea dependencia, las personas fumadoras en edad adulta encuentran muy difícil dejarlo.

Un factor que se identifica como peligro potencial para el fomento del tabaquismo es que vuelve a tener protagonismo en los medios de comunicación (series y películas americanas). Existe poco control en este ámbito porque se emiten series y programas que no aplican la ley española. Y el colectivo juvenil está muy influenciado por estas series que se ven en plataformas online.

Otro factor de nueva aparición es el consumo de tabaco en cachimbas, que se percibe como poco dañino. El problema es que se están regalando a la población de menores porque las familias desconocen el daño que pueden hacer. De hecho, puede llegar a producir una adicción al tabaco.

Objetivo General 1.2 - Promover medidas de prevención del tabaquismo entre la población del distrito

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo de medidas de prevención del consumo de tabaco que beneficien al menos al 50% de la población del distrito para 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"> • Promocionar los talleres antitabaco que ya están en marcha. • Trabajar en ideas educativas para prevenir nuevos consumos. • Trabajar en la prevención del consumo de cachimbas. • Reforzar el cumplimiento de la ley antitabaco, reforzando las medidas de control.

Malos hábitos de alimentación en escolares

La población de escolares del distrito presenta malos hábitos de alimentación, toman una gran cantidad de comida ultra procesada que es excesivamente rica en azúcares, sales y grasas. Una de las razones que están detrás, es el poco tiempo que tienen las familias. Por lo que optan por alimentos baratos, rápidos de cocinar y atractivos para el colectivo menor. A esto último ayuda el sabor, atractivo gracias a los contenidos en azúcares, y la promoción que tiene en los medios.

Cuando la población menor está fuera del hogar se mantiene este patrón de consumo, ya que los entornos de celebración infantil ofertan sólo este tipo de alimentos (las familias no demandan que haya alimentos saludables en esos sitios). Quedándose sin opciones de alimentos saludables, por lo que se termina asociando la comida basura a celebración y viceversa.

Objetivo General 1.3 - 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"> • Reforzar que la promoción de alimentación saludable sea una materia transversal en el colegio - Crear taller de cocina en el centro educativo. • Promocionar la alimentación saludable en televisión. • Incluir a los y las menores en la elaboración de alimentos saludables para que vayan aprendiendo los fundamentos y se sientan actores de su propia alimentación. • Sensibilizar sobre la importancia de realizar comidas en familia. Es un espacio de convivencia y socialización dónde se aprenden conductas saludables en torno a la alimentación. • Promover que haya alternativas saludables en los sitios de celebración de cumpleaños.

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



Línea de Acción 2: Entorno Social

El entorno social es el medio donde se producen todas las relaciones interpersonales entre la ciudadanía del distrito. Por tanto, cuando este entorno no es positivo o favorecedor, las consecuencias son generales para toda la población. Entre los problemas se encuentran también los conflictos familiares, que generan en ocasiones un estrés entre los integrantes de la familia. Esto puede conllevar a la aparición de enfermedades psicosomáticas. Cuando la situación se cronifica se dan situaciones de soledad; especialmente dañinas para personas mayores y menores, ya que son los grupos de población más vulnerables. Si a estos conflictos intrafamiliares se añaden carencias en las redes de apoyo extrafamiliares, formales o informales, las complicaciones se agravan. No existen mecanismos que compensen estas carencias de apoyo, cuidado, socialización, acompañamiento, etc.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

El cambio hacia un entorno social positivo conlleva una mayor implicación comunitaria; ayudando a la toma de concienciación sobre los problemas derivados de la falta de apoyos sociales en salud mental y física. La mejora de estas circunstancias aumenta la calidad de vida comunitaria e individual.

Personas dependientes con carencias o ausencia de cuidados

Desde las personas profesionales del distrito se identifica un problema que afecta a las quienes necesitan ayuda para desenvolverse y desarrollar tareas cotidianas.

Si esta circunstancia se da en familia, se produce inicialmente un desajuste que en ocasiones genera problemas intrafamiliares. Esta situación se produce tanto por: la escasez de recursos económicos para contratar servicios de cuidados adecuados, falta de formación en atención a la dependencia, o porque no existe implicación de la familia. A veces el problema de base está en la poca disponibilidad horaria que tienen las personas allegadas para prestar esta ayuda. Una situación de dependencia suele demandar mucho tiempo.

También hay ocasiones donde la persona no cuenta con apoyos o cuidados informales (familiares), dependiendo totalmente de sus propios recursos económicos, o de las ayudas de las administraciones.

En ambos escenarios, la respuesta de la administración pública es insuficiente.

Objetivo General 2.1 – Fomentar los activos de las personas dependientes

Indicador	Porcentaje de cobertura.
Definición	Al menos el 50% de las personas dependientes, detectadas desde las instituciones incluidas en el GMT, se benefician de las medidas de fomentar los activos en salud para 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias de las medidas} / N^{\circ} \text{ de personas dependientes identificadas}) \times 100.$
Fuente	Registros de instituciones del GMT – Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar la respuesta de las administraciones a los datos que hay sobre envejecimiento y dependencia. • Contribuir a conseguir mayor implicación administrativa en relación a la Ley de Dependencia. • Contribuir a acortar los tiempos de respuesta a las solicitudes de ayuda a la dependencia. • Aumentar los recursos de residencias asistidas para personas mayores o dependientes.

Sobrecarga de las mujeres mayores de 65 años, cuidadoras de personas dependientes

En el distrito hay un número elevado de mujeres mayores de 65 años desempeñando el rol de cuidadoras principales de personas dependientes, en su mayoría son sus parejas o maridos.

Este perfil responde a la mayor longevidad y buena salud del colectivo, sumado a la herencia de la cultura patriarcal, que responsabiliza a las mujeres de los cuidados familiares. A esto se añade que la estructura y la dinámica familiar está cambiando, los descendientes no están tan presentes en el cuidado diario de sus mayores. Todo ello es debido, en parte, por la incorporación de las mujeres al mercado laboral, y por los horarios profesionales que impiden la conciliación laboral y familiar.

Se argumenta que la Ley de Dependencia no funciona, ya que no hay una respuesta institucional adecuada, ni efectiva a las situaciones de dependencia. Hay una falta de presupuesto para abordar esta problemática porque la organización del mismo no se realiza según es en base a criterios de desigualdad social.

Objetivo General 2.2 - Fomentar los activos de las mujeres que desarrollan el rol de cuidadoras

Indicador	Porcentaje de cobertura.
Definición	Al menos el 50% de las mujeres cuidadoras informales, detectadas desde las instituciones incluidas en el GMT, se benefician de las medidas para contrarrestar los problemas derivados del rol para 2023.
Cálculo	$(\text{N}^\circ \text{ de beneficiarias de las medidas} / \text{N}^\circ \text{ de cuidadoras identificadas}) \times 100.$
Fuente	Registros de instituciones del GMT – Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Formar en género, igualdad de género. • Distribuir los presupuestos con criterio de desigualdad social. • Mejorar la conciliación familiar. • Proporcionar o promover cursos gratuitos de formación para personas cuidadoras. • Potenciar el recurso de la ayuda a domicilio y los centros de Respiro Familiar.

Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada

Entre las personas mayores del distrito hay un perfil específico, se trata de 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).

En ocasiones tienen familia que no puede (o no quiere) estar presentes en su vida cotidiana. El estilo de vida de los descendientes está cambiando, trabajan muchas horas y están mal remunerados, por lo que carecen de tiempo para estar con sus progenitores, y dinero para pagar a alguien que los acompañe y ayude. Esta situación se generaliza debido al mayor grado de independencia de las hijas; que han cambiado el rol social de las mujeres. Pero ello no ha conllevado a una mayor implicación de los hijos varones en las labores de cuidado.

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 anual 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 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"> Formar en participación comunitaria: Que la comunidad sepa analizar sus propias necesidades y reclamarlas a las autoridades responsables. Crear un banco del tiempo de cuidados.



Línea de Acción 3: Entorno Medioambiental

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

Las características y el diseño del entorno físico es uno de los factores más influyentes en la seguridad ciudadana, ya que favorecen o dificultan la delincuencia. Por ejemplo, cuando hay problemas de iluminación la ciudadanía evita salir a ciertas horas y transitar por las calles. Y la vecindad que vive en las mismas, no sale de casa cuando cae la noche, porque aumentan los robos y la inseguridad.

Por otro lado, cuando el entorno está mal cuidado, con problemas de basura, por ejemplo, se produce un efecto llamada. Ello hace que se cuide menos el distrito, generándose más basura.

Esto da como resultado que la comunidad salga menos a la calle, y no utilice los espacios públicos de forma cotidiana. Favoreciéndose en consecuencia, el sedentarismo y disminuyendo la actividad física. Estas circunstancias tienen un impacto especialmente preocupante en las personas mayores, que quedan más limitadas a la hora de desplazarse de forma frecuente en su vida diaria. Por lo que si su entorno inmediato no es agradable, tienden a quedarse encerradas en casa, con todas las consecuencias de aislamiento y sedentarismo que conlleva.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

Un entorno bien diseñado es un factor para evitar la delincuencia, por lo que se favorece que las personas estén más tiempo en la calle. Se fomentan las relaciones interpersonales y se motiva la realización de actividad y ejercicio físico, por ejemplo, a través del incremento de los traslados andando.



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 mostradas por las personas. Quienes, no sólo ensucian, sino que tampoco usan el servicio de limpieza adecuadamente. A veces, no se cumple la normativa sobre el horario de recogidas y de sacar la basura porque se percibe que no es necesario tirar la basura por la noche. Piensan que existe también la opción de hacerlo por la mañana. La no utilización del servicio de recogida de muebles y enseres y dejarlos en la calle a cualquier hora y día. Por último, a veces los contenedores de reciclaje están llenos y hace que este material se deje fuera.

La falta de conciencia cívica está vinculada al poco énfasis por parte de las administraciones en la educación ciudadana. Existen pocas campañas de información y de control y se imponen pocas sanciones.

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

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Las medidas desarrolladas para reducir la suciedad llegan al menos al 50% de la población del distrito para 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ anual de personas receptoras} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar sanciones. • Crear normas que sean viables y sensatas. • Desarrollar campañas de educación cívica e información.

Existencia de vías públicas mal iluminadas

Los problemas de iluminación que se dan en el distrito no son por la falta de puntos de luz sino por una mala gestión en el diseño de la iluminación. No se ha tenido en cuenta otros elementos físicos presentes en las vías, como, por ejemplo, los árboles, que impiden que las farolas iluminen adecuadamente la calle. Esto es debido a una mala gestión del potencial lumínico por parte de la Administración Pública, que no hace análisis ajustado a la realidad del entorno antes de su ejecución. A esto se añade que nadie denuncia la poca iluminación en ciertos puntos, por lo que la administración no tiene conocimiento y no establece soluciones.

Objetivo General 3.2 - Promocionar la adecuada iluminación pública existentes en el distrito

Indicador	Porcentaje de puntos mal iluminados.
Definición	El porcentaje de puntos, identificados desde la administración como puntos mal iluminados importantes para la visibilidad nocturna en el distrito, se reduce al menos en un 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de puntos arreglados} / N^{\circ} \text{ de puntos identificados}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la ubicación de los puntos con falta de iluminación (realizar mapa). • Plantear un canal de denuncia. • Estudiar la necesidad y la forma más efectiva de iluminación.

Dificultades en la movilidad por puntos de acerado y asfaltado en mal estado

Los obstáculos que se crean en las aceras y calles del distrito por el mal estado de los adoquines y el asfalto crean problemas de circulación y movilidad para peatones y conductores.

La principal causa es la falta de mantenimiento en el acerado, debido también a la poca inversión por parte de las autoridades. Esta carencia es un reflejo del ahorro mal entendido, ya que no se tiene en cuenta que el mantenimiento es importante para que no suponga un gasto mayor en el futuro.

Objetivo General 3.3 - Promocionar el arreglo de los puntos de acerado y asfaltado en mal estado

Indicador	Porcentaje de obstáculos para la movilidad.
Definición	El porcentaje de puntos, identificados desde la administración como obstáculos en el acerado y/o asfaltado importantes para la movilidad en el distrito, se reduce al menos en un 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de puntos arreglados} / N^{\circ} \text{ de puntos identificados}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la ubicación de los obstáculos (Realizar mapa). • Facilitar la denuncia de los mismos. • Dar a conocer y promocionar el uso del canal '070 REU - Respuesta Urgente'. • Fomentar el cumplimiento del Plan específico de mantenimiento.

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.

La consecuencia más dañina es la dificultad que afrontan para cubrir las necesidades básicas de alimentación, casa, abrigo, energía, etc. Otro efecto directo es el aumento del consumo de productos baratos, que son, con frecuencia, de mala calidad. Cuando se tratan de productos de alimentación, suelen conllevar problemas de salud al ser alimentos ultra procesados con carencias nutricionales y exceso de grasas azúcares y sal.

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

Conseguir la equidad socioeconómica tendría consecuencias muy beneficiosas en el distrito: aumentaría el poder adquisitivo de la sociedad, se conseguiría tener una completa cobertura de las necesidades básicas y se generalizaría el consumo de productos de buena calidad. La mejora de las condiciones socioeconómicas de la población ayudaría a incrementar el estado del bienestar y la felicidad de la ciudadanía.

Carencias de ayuda públicas para población vulnerable

Los recursos compensatorios que existen de ayuda son insuficientes para superar las desigualdades socioeconómicas, no por la cantidad, sino por la gestión que se hace de los mismos. Hay un mal diseño de la política social ya que se basa principalmente en dar dinero, sin acompañar a las personas vulnerables en un proceso de aprendizaje de la gestión del mismo.

Objetivo General 4.1 - Favorecer las inversiones por parte de las distintas administraciones

Indicador	Recursos disponibles.
Definición	Los recursos disponibles (económicos, humanos y materiales) de los servicios sociales aumenta para el 2023.
Cálculo	Sumatorio de los recursos económicos, humanos y materiales destinadas a los servicios sociales del distrito desde los distintos niveles administrativos (Ayuntamiento, Junta de Andalucía, Estado, UE).
Fuente	Memorias de servicios sociales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Crear redes de participación ciudadana que permita identificar las necesidades concretas de la ciudadanía del distrito. • Enfocar las inversiones a las necesidades concretas identificadas.

Nivel socioeconómico muy bajo en ciertos barrios del distrito

Según el Índice Sintético de Nivel socioeconómico, elaborado por el Servicio de Salud, en este distrito se establece un nivel muy bajo para el barrio de ‘Ciudad Jardín’.

Esta situación está causada por la tasa de paro y la precariedad laboral. A su vez relacionado, en parte, por la falta de formación adecuada para el mercado de trabajo actual y viceversa, una oferta insuficiente de puestos de trabajo para el nivel formativo existente en el barrio.

Como factores personales se observa que las familias tienen carencias de competencias para valorar la importancia de la formación para la promoción social y personal. Ha habido un cambio de principios sociales y ahora se prioriza más lo inmediato y rápido. Esto hace que cueste más avanzar en el sistema educativo y no valoren el esfuerzo. A esto se suma un fenómeno que se identifica muy frecuentemente por parte del personal profesional del distrito, que es una mala gestión de los recursos que disponen. Esto significa que las familias gastan sus pocos recursos económicos en bienes innecesarios, por ejemplo, adquirir una televisión en lugar de nevera.

Objetivo General 4.2 - Favorecer la inserción socio-laboral de la población en riesgo de exclusión del distrito

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para la mejora de la inserción socio-laboral, que beneficien al menos al 50% de la población registrada por los servicios sociales del distrito como demandantes de algún tipo de recurso y/o ayuda social para 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias de las medidas desarrolladas al año} / \text{Total de personas registradas por los servicios sociales del distrito al año}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Crear medidas de discriminación positiva para favorecer que estos sectores se incluyan en las intervenciones sociales normalizadas. • Reforzar los programas educativos que promuevan la integración. • Fijar como objetivo de las acciones sociales la implicación de los propios afectados. • Promover y mejorar los presupuestos participativos.

Brecha digital

El desconocimiento del uso y posibilidades que tienen las nuevas tecnologías es tanto causa como consecuencia de las desigualdades socioeconómicas. Por un lado, las familias no se centran en adquirir capacidades tecnológicas cuando tienen dificultad para cubrir necesidades más básicas. Y por otro, cuando no se tienen estas habilidades no se accede a ciertos puestos de trabajo. Por lo que se pierde el acceso a todo el mercado de ofertas que se publicitan on line. Existe una falta de formación y de recursos económicos para acceder a medios técnicos gratuitos y accesibles a la ciudadanía

Objetivo General 4.3 - Favorecer el uso de las nuevas tecnologías

Indicador	Cobertura de medidas.
Definición	Al menos el 50% de las personas en riesgo de exclusión social registradas por los servicios sociales se beneficia de medidas de alfabetización digital para 2023.
Cálculo	N° de personas beneficiarias / N° de personas en riesgo de exclusión social.
Fuente	Registros de servicios sociales - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Crear ofertas y recursos accesibles para toda la ciudadanía. • Fomentar la implicación intersectorial que facilite el acceso desde todas las áreas.

5. Plan de comunicación

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

5.1. Comunicación interna

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

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

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

5.2. Comunicación externa

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

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

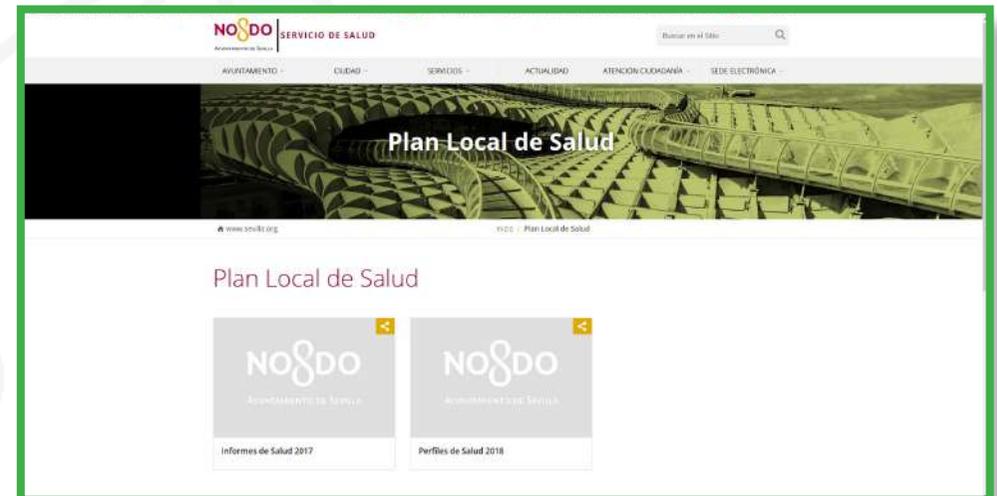
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

Ilustración 21: Logotipo del PLS de Sevilla.



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



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

Ilustración 22: Cara frontal del folleto editado para el PLS de Sevilla.

**BASADO EN
LOS DETERMINANTES
DE LA SALUD**

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

Por lo tanto...

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

MICHAEL MARMOT

INTERSECTORIAL

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

PARTICIPATIVO

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

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



DELEGACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO

Dirección General de Salud Pública y Protección Animal

Servicio de Salud

Hogar Virgen de los Reyes
C/ Fray Isidoro de Sevilla, 1
CP: 41009 - Sevilla
+34 - 955.47.29.03
WWW.SEVILLA.ORG

RED
ACCION
PLAN
LOCAL DE
SALUD
2019 - 2023



NO&DO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo



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

PLAN LOCAL DE SALUD DE SEVILLA

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

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

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

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

WWW.REDLOCALSALUD.ES

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

Esto significa...



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



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



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



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

NUESTRO CAMINO

2023 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS PLANES DE SALUD

FEBRERO 2019 ELABORACIÓN DE ACADANAV Y SUS ZONIFICACIONES

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

MAYO 2018 ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

OCTUBRE 2017 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

JUNIO 2017 PERFILES DE SALUD

OCTUBRE 2017 GRUPOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

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

2016 CREACIÓN Y FORMACIÓN INICIAL DE LOS GRUPOS MOTORES

2016 INFORMES DE SALUD

2016 ACUERDO DE COLABORACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE SALUD

6. Bibliografía

1. Alonso Fernández, C. *Guía del buen trato y prevención de la violencia de género. Protocolo de actuación en el ámbito educativo*. Andalucía: Dirección General de Participación y equidad. Consejería de Educación, Junta de Andalucía.
2. Alvira Martín, F y Silva Hernández, A. *Planes locales sobre drogas. Guía para su desarrollo*. Montevideo: Consell Comarcal de l'Alt Empordà (CCAE) 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