

Distrito:
Sur

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, M^a Ángeles García Martín.
- **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	58
2. Misión, visión y principios rectores	9	4.3. Plan de Acción	58
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla	11	1. Línea de Estilos de Vida	59
3.1. Fase Inicial	12	2. Línea de Entorno Social	63
3.2. Fase de Perfil de Salud	16	3. Línea de Entorno Medioambiental	67
3.3. Fase de Priorización	18	4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas	71
3.4. Fase de Plan de Acción	19	5. Plan de Comunicación	74
3.5. Fase de Implantación	20	6. Bibliografía	78
3.6. Evaluaciones	22	7. Glosario de términos y acrónimos	79
4. Documentos		8. ANEXOS	
4.1. Perfil de Salud	23	Anexo 1: Ficha de Medidas	81
4.1.1. Informe de Salud	24	Anexo 2: Checklist Implantación	82
4.1.2. Análisis Técnico Sectorial	50		
4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía	52		



1. Marco normativo y conceptual

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

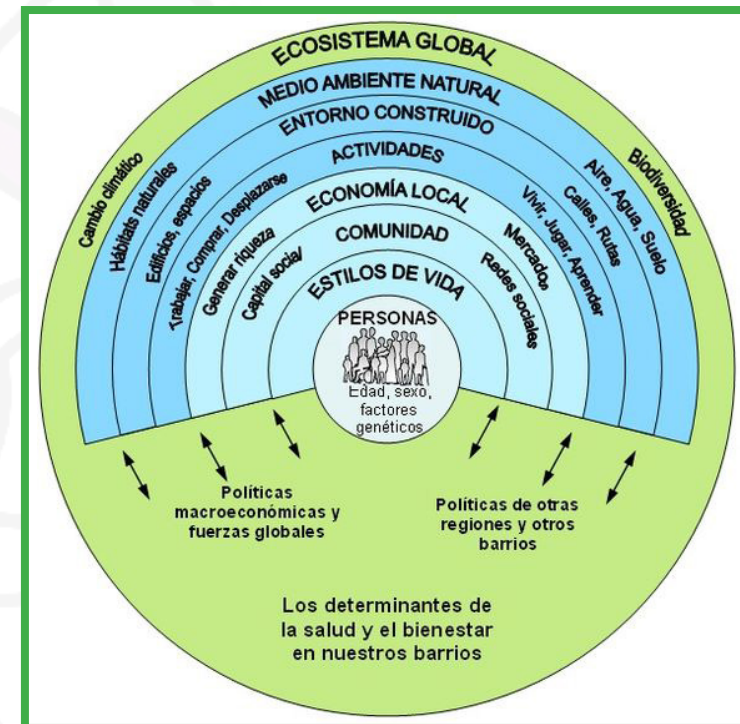
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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

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

(Wilkinson and Marmot, 2003)

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



Europa

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

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

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

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

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

España

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

Andalucía

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



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

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

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

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

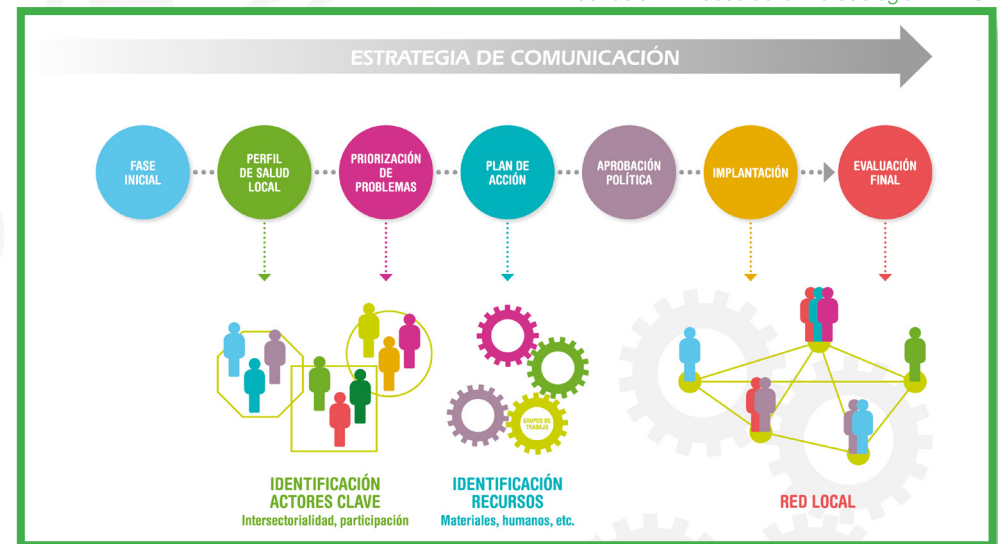
1. *El Plan Local de Salud es el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio o de una mancomunidad de municipios. La elaboración, aprobación, implementación y ejecución de este plan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

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

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

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

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



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

Las **fases** son las siguientes:

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

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

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

2.2. Visión

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

2.3. Principios rectores

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

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

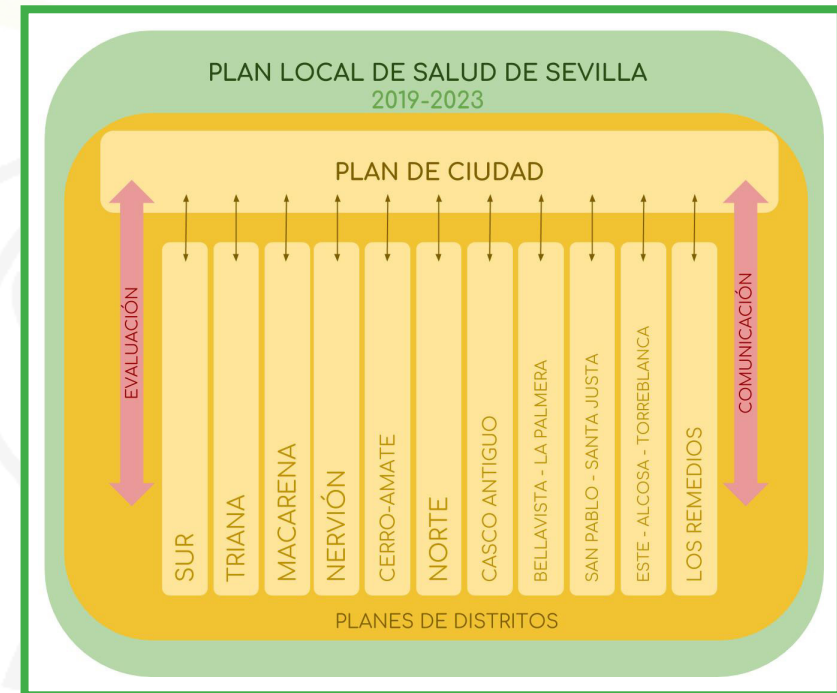
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla

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

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

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

Ilustración 3: Estructura del PLS de Sevilla.



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

Ilustración 4: Línea temporal de los principales hitos.



3.1. Fase Inicial

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

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



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

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

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

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

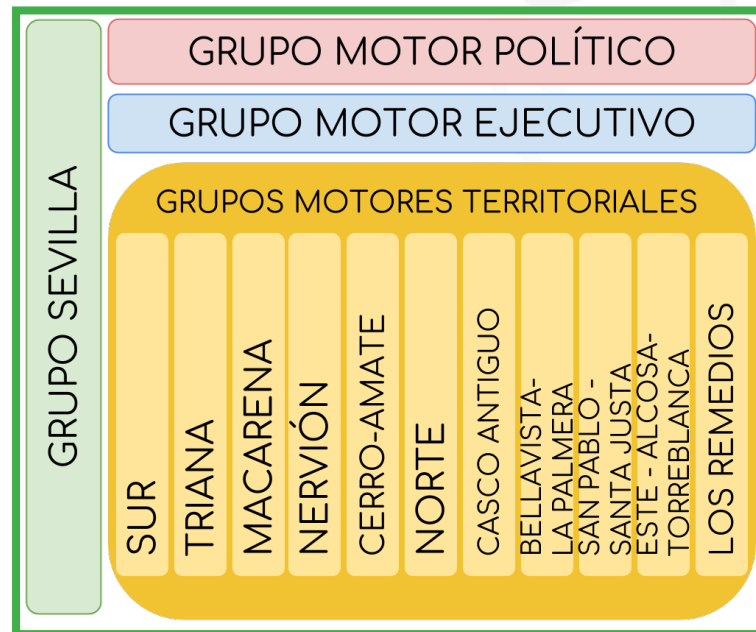


Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



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

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

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



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

Las funciones del GMT son:

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

Se ha tratado que estos grupos estén integrados por profesionales de diversas áreas municipales y autonómicas y de variadas disciplinas, es decir, interdepartamental e interdisciplinar. Así pues, en ellos están representados profesionales de diversos sectores: educación, salud, servicios sociales, deportes, participación ciudadana, etc. tanto de la administración local como autonómica.

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

ENTIDADES
Unidad de Promoción de la Salud Sur (U.P.S.)
Servicio de Salud - Sección Promoción de la Salud
Servicios Sociales (U.T.S.)
Zona de Transformación Social
Comisionado del Polígono Sur
Instituto Municipal de Deportes (I.M.D)
Servicio de la Mujer - Centro de Atención a la Mujer
Distrito Municipal
Unidad de Gestión de Salud Pública. Sevilla
Centro de Salud Polígono Sur Letanías
Centro de Salud El Porvenir
E.I. Gloria Fuertes
C.E.I.P. Almotamid
C.E.I.P. Manuel Canela
I.E.S. Romero Murube

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 **13 de junio de 2017 en el Centro Cívico Torre del Agua**. 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

La segunda sesión formativa denominada, “taller de formación en Grupos Focales” se realizó el día **20 de Junio de 2017 en el CC Torre del Agua**. En esta sesión formativa, las personas que componían el GMT del distrito Sur aprendieron la aplicación de la técnica de Grupos Focales. El objetivo era que las personas que integraban el GMT pudieran aplicarlas con distintos grupos poblacionales del distrito.

Imagen del Taller de Impulso.



Los grupos formados para detectar los problemas y necesidades de la ciudadanía fueron los siguientes: mayores, mujeres, jóvenes y comunidad educativa. El grupo formado por hombres fue realizado con la técnica de Grupo Nominal (GN).

El Grupo focal (GF) es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de la ciudadanía, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos.

La técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que las personas piensan, cómo piensan y por qué piensan de esa manera. El trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar lo que permite generar una gran riqueza de testimonios

Una de las figuras centrales en un GF es la persona que modera, en este caso fueron componentes del GMT, quienes han dirigido el diálogo basado en la guía de entrevista, previamente elaborada, y su función ha sido la de estimular la participación equitativa.

El GN es una técnica que permite libertad para priorizar temas, dando a todas las personas que participan las mismas oportunidades de opinar. Permite a un grupo de trabajo llegar a un consenso sobre la importancia que tiene algún tema, problema o solución.

Las personas que forman el GMT fueron las encargadas de organizar los “Grupos Focales de mayores, mujeres, jóvenes y comunidad educativa” y el “Grupo Nominal de hombres” e invitar a las personas que viven en el distrito a participar en la actividad. Ya que la finalidad última de los grupos consistía precisamente en detectar los problemas y las necesidades sentidas por la ciudadanía.

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 Focales y Nominales. Se realiza entonces un taller el día **18 de Mayo de 2018** en el que participan las personas del GM del distrito, donde se explica la técnica de priorización y se aplica al listado de problemas ya elaborado.

Imagen del Taller de Priorización.



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

3.4. Fase Plan de acción

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

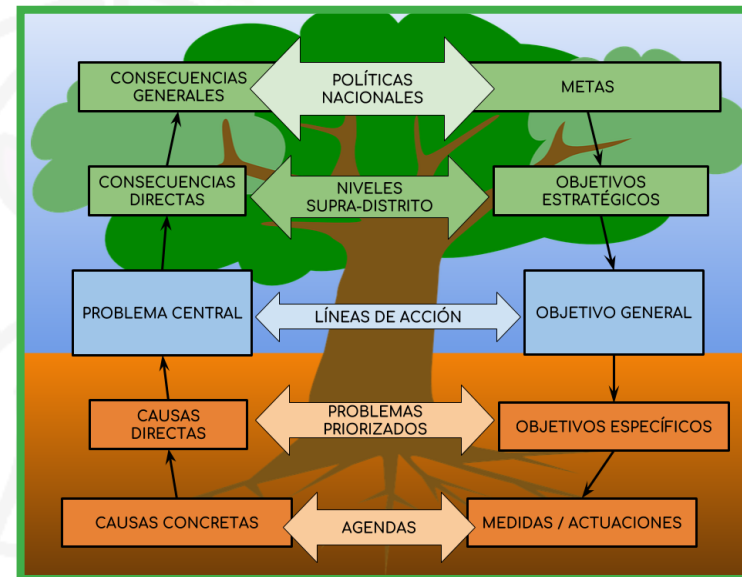
1. **Magnitud:** Cantidad de personas afectadas en el distrito (de 0 a 10).
2. **Severidad:** Impacto que tiene el problema sobre la persona a la que afecta (de 0 a 10).
3. **Facilidad:** Las medidas que se requieren son más o menos fáciles (de 0 a 10).
4. **Posibilidad:** Posibilidad, capacidad y competencias 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 10 de Octubre de 2018, donde se presentan las conclusiones del taller anterior (las priorizaciones), y la propuesta de borrador del plan de acción. A continuación se plantea realizar una dinámica llamada 'Árboles de problemas y de soluciones' donde las personas integrantes del GMT se dividen en 4 grupos de discusión y elaboran un análisis de los problemas priorizados y de las soluciones que se proponen, utilizando la figura de un árbol.

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

Taller Plan de Acción.



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

3.5. Fase Implantación

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

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

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

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

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

Ilustración 7: Esquema contenido de agenda.



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

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

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

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

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

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

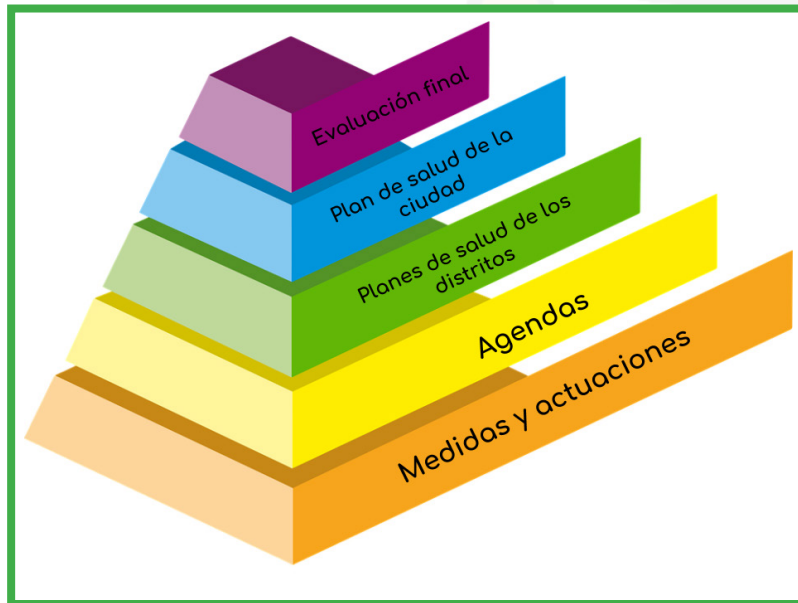
Estas medidas se incluyen en una Agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

3.6. Evaluaciones

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

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

Ilustración 8: Niveles de Evaluación.



Evaluaciones según los momentos:

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

Evaluaciones según los objetivos:

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

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

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

4. Documentos

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

4.1. Perfil de Salud

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

1. Informe de Salud

Incluye:

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

A. División administrativa

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

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



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

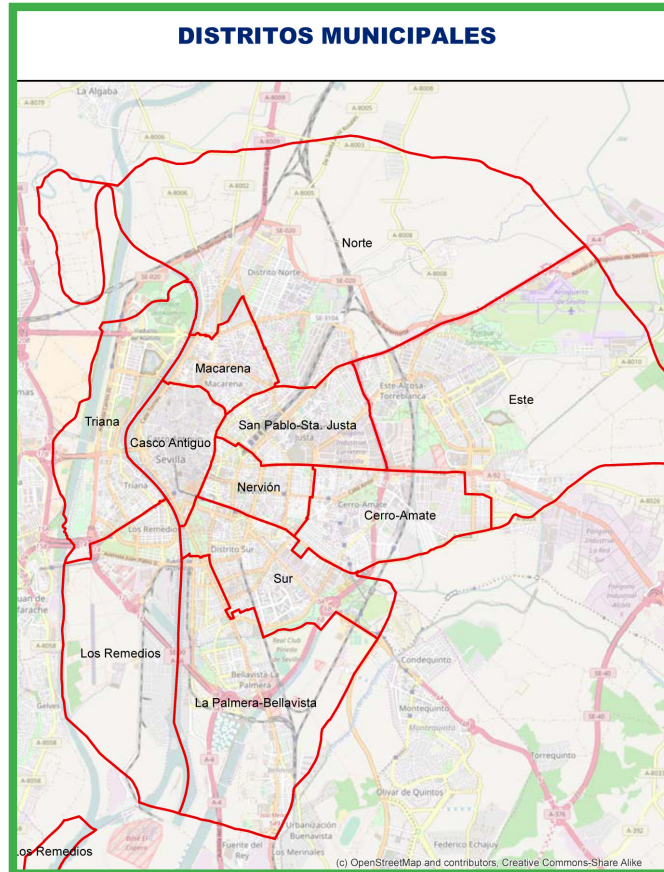
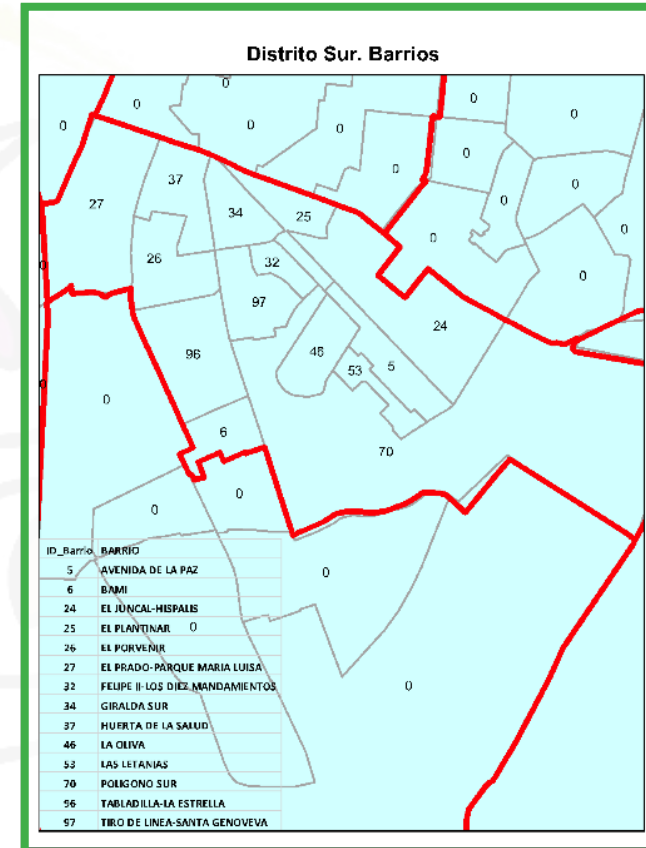


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



B. Datos socio-demográficos

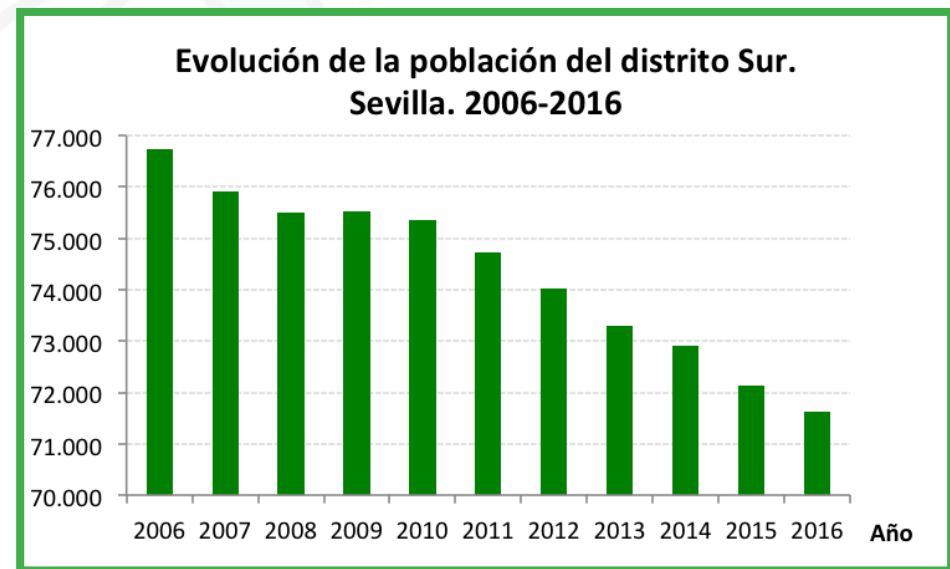
El distrito Sur tiene una población total de 71.630 habitantes (poco más del 10% del total de Sevilla). Su superficie no es muy extensa y su densidad de población aunque superior a la media de la ciudad no es llamativa.

La población del distrito ha disminuido, en 10 años, en algo más de 5.000 personas.

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

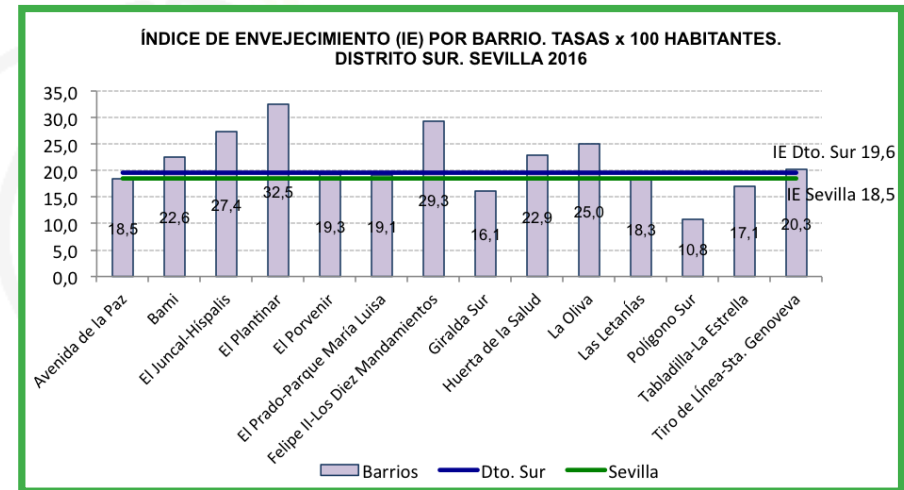
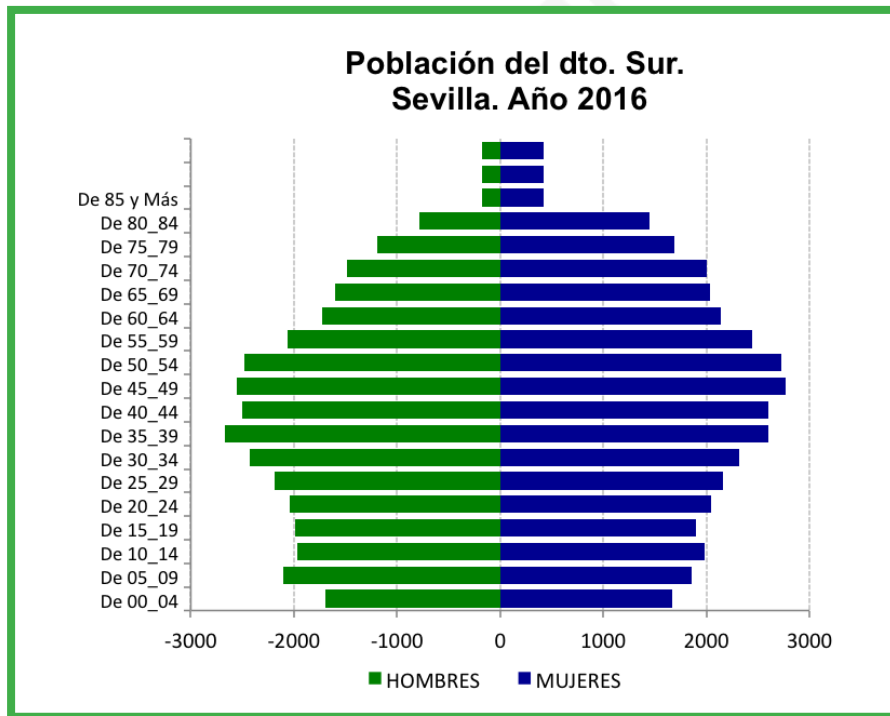
La población actual representada en la pirámide indica la misma tendencia que la ciudad, una población envejecida. El distrito Sur se caracteriza por tener 14 barrios muy diferentes, tanto en tamaño como en estructura de la población.

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

La cuarta parte de las personas mayores de 64 años del distrito se concentran en los barrios Polígono Sur y El Plantinar, pero con la diferencia de que dentro del barrio suponen el 10,78% y el 32,5% respectivamente.

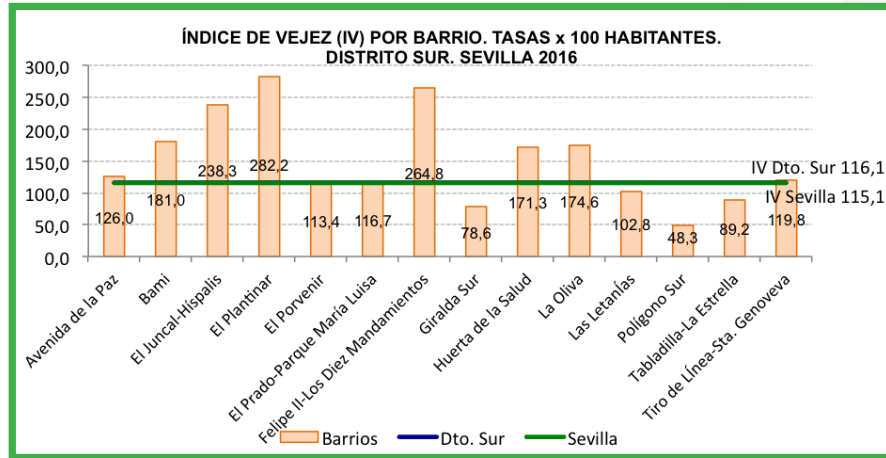
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



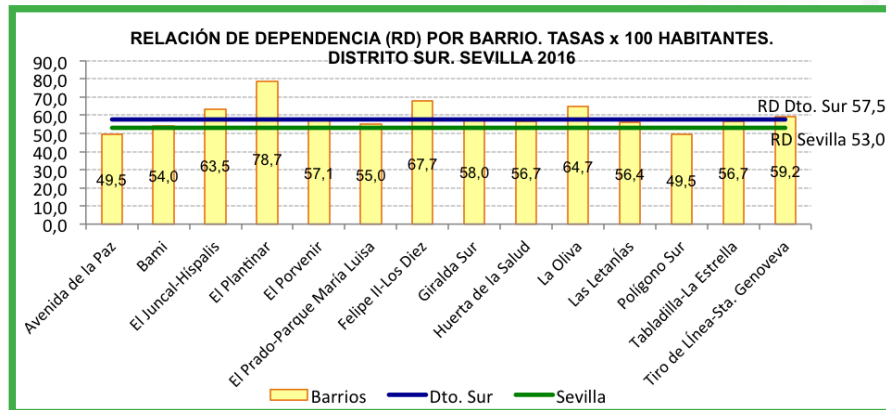
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

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.

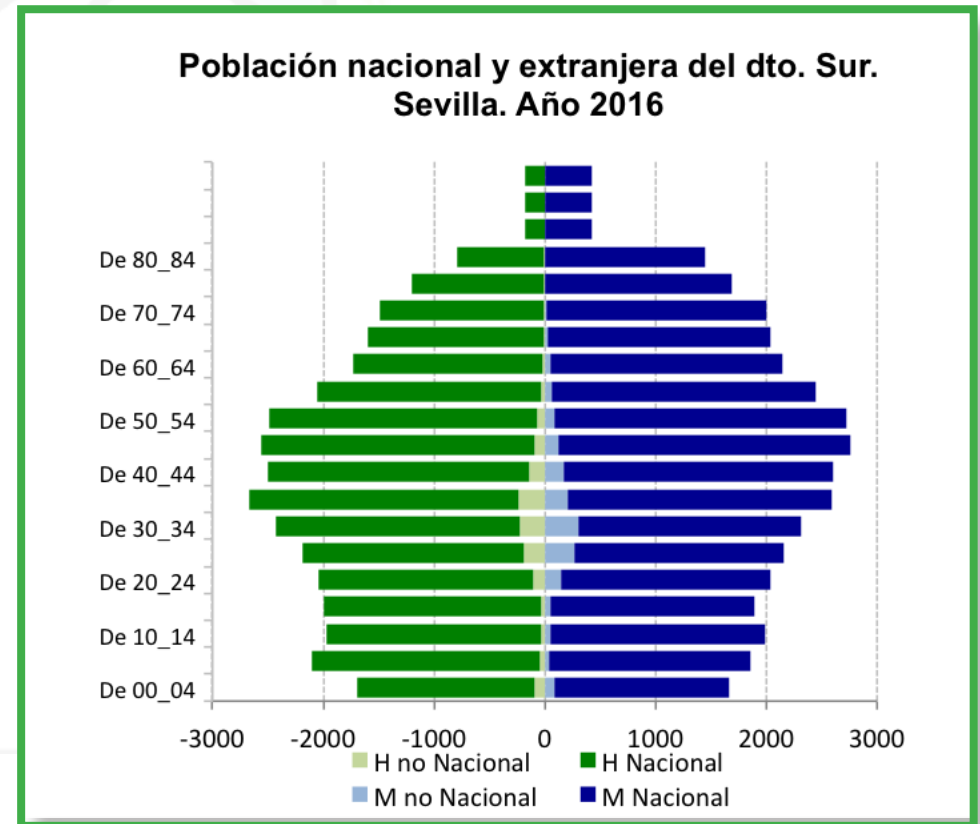
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la población extranjera de la ciudad, en el distrito Sur encontramos 3.044 personas de ambos sexos, es decir **el 8,5% del total de la población extranjera de la ciudad.**

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

La mayoría de la población extranjera en este distrito procede de África incluyendo Marruecos (con mayor población masculina) y de América del Sur (con mayoría femenina). La mitad de la población extranjera del distrito se concentra en el Polígono Sur (de procedencia africana), La Oliva, El Juncal - Híspalis y Bami.

Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito				
Procedencia	Hombres	Mujeres	Ambos	% Extranjeros (Ambos)
América del Sur	197	320	517	17,0
Resto de África	282	159	441	14,5
Europa Occidental	205	223	428	14,1
Resto de América	114	310	424	13,9
Marruecos	234	188	422	13,9
Asia	165	247	412	13,5
Europa del Este	146	228	374	12,3
Otros	16	10	26	0,9
Total	1359	1685	3044	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 Sur este Índice va desde el 1 (nivel socio económico más alto) al 5 (nivel socio económico más bajo) debido, sobre todo, a la población tan heterogénea que existe en este distrito.

- Agrupaciones 46 y 34: “Tabladilla - La Estrella” y “El Prado - Parque María Luisa - El Porvenir - Huerta de la Salud”, con **nivel 1**.
- Agrupación 12: “El Plantinar - El Juncal - Híspalis”, con **nivel 3**.
- Agrupación 15: “Giralda Sur - Felipe II - Los Diez Mandamientos - Tiro de Línea - Santa Genoveva”, con **nivel 4**.
- Agrupación 33: “Polígono Sur - Avenida de la Paz - Las Letanías”, con **nivel 5**.

En el mapa comparativo entre el ISNSE de 2001 y el de 2011, se observa que solo dos agrupaciones de barrios han cambiado en dicho periodo; la agrupación del “El Plantinar - El Juncal – Híspalis”, que lo hacen en un nivel (del 2 pasan al 3), sobre todo debido al aumento del paro, y el barrio de Bami (dentro de la agrupación 3) que lo hacen en dos puntos (pasa del nivel 1 al 3), también relacionado con el aumento del paro.

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

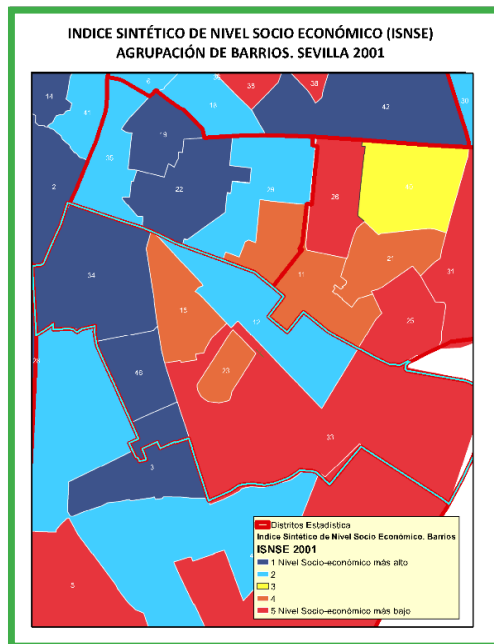


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.

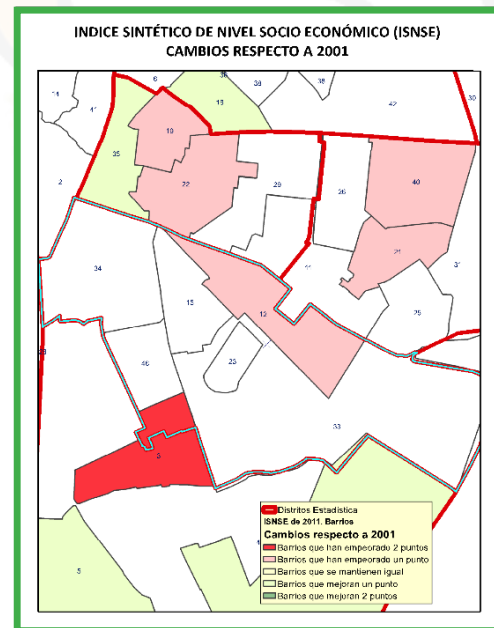
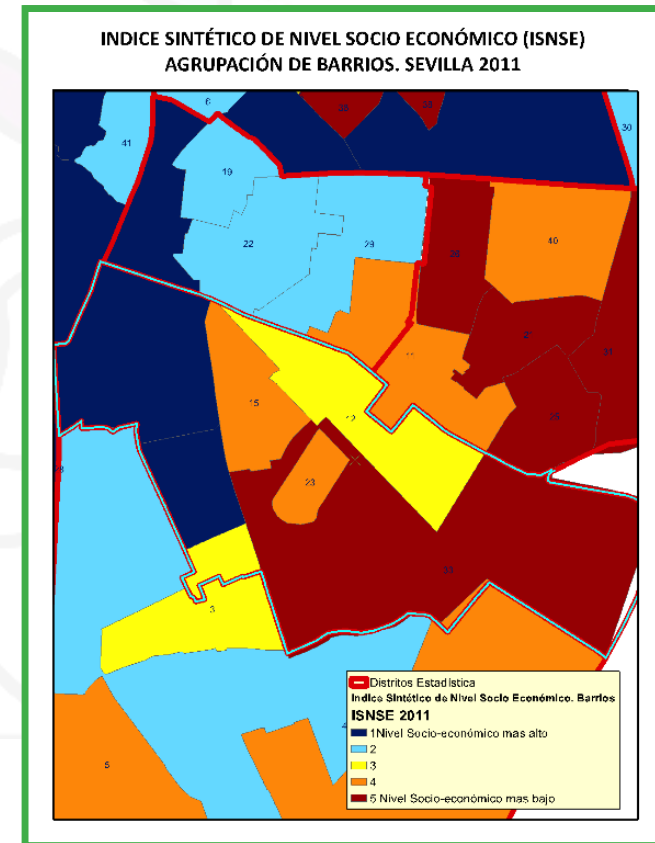


Ilustración 13: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



Estudio europeo sobre la renta neta media por hogar

El Instituto Nacional de Estadística participa en un estudio a nivel europeo cuyo objetivo es la recopilación de datos estadísticos comparables de contenido socioeconómico para conocer y medir la calidad de vida en determinado número de áreas territoriales relacionadas con el ámbito urbano.

Dado que dentro de las ciudades se dan importantes desigualdades, éstas se dividen en los llamados “Sub-City District” (SCD), con una población entre 5.000 y 40.000 habitantes para que sean comparables, y que pueden coincidir con la división administrativa de distritos o barrios. En España se definen para 16 ciudades con más de 250.000 habitantes.

En dicho estudio se indica que la zona con menor renta media de toda España está en esta ciudad.

En todas las zonas, salvo la que se corresponde con el Polígono Sur, las rentas medias anuales han disminuido.

De las quince zonas con menor renta media siete están en Sevilla, y de ellas una está en este distrito.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia

Sub-city District (SCD)	Renta 2014	Renta 2012	Distrito	Barrios
Sevilla SCD N° 4-E	12.307	12.614	Cerro - Amate	Los Pájaros Amate
Sevilla SCD N° 5-A	13.180	12.777	Sur	Polígono Sur
Sevilla SCD N° 9-A	14.662	14.841	Este	Torreblanca
Sevilla SCD N° 5-C	17.520	17.988	Sur	La Oliva Las Letanías
Sevilla SCD N° 2-B	17.918	18.165	Macarena	Polígono Norte Hermandades-La Carrasca La Barzola El Carmen El Rocío El Torrejón Los Príncipes-La Fontanilla León XIII-Los Naranjos
Sevilla SCD N° 4-B	18.226	18.547	Cerro - Amate	El Cerro La Plata
Sevilla SCD N° 8-A	18.486	18.823	S. Pablo - Sta. Justa	San Pablo A y B San Pablo C San Pablo D y E

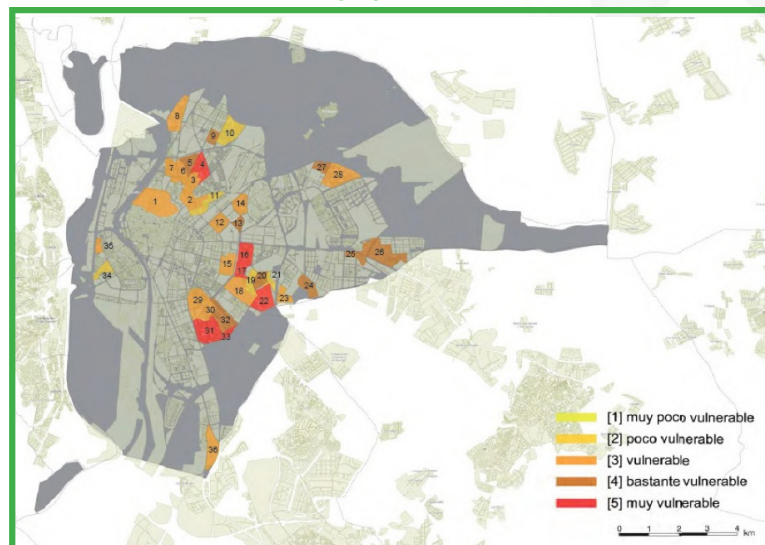
Barrios vulnerables

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

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

Como vemos en el plano, de los 25 barrios de la ciudad que son vulnerables según este estudio, cuatro se encuentran en el Distrito Sur.

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



Personas desempleadas en situación de vulnerabilidad

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

Este programa tiene una repercusión importante en zonas del municipio de Sevilla con fuerte presencia del desempleo.

En el informe de “Necesidades Sociales de los barrios de Sevilla” iniciado en 2017 por la Delegación de Bienestar Social y Empleo se concluye que la demanda atendida por el Centro de Servicios Sociales de Polígono Sur es la más alta de la ciudad, lo que se justifica, no por el número de población que atiende (30.338, la más baja de la ciudad) sino por la alta problemática social de la zona.

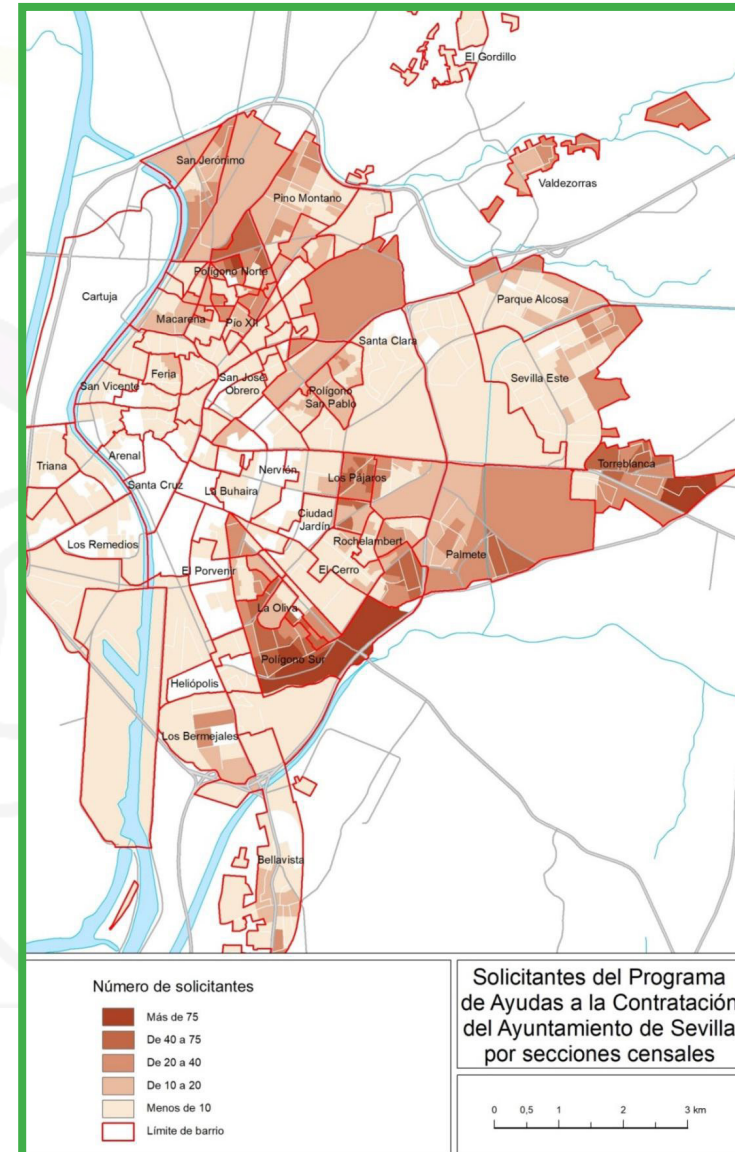
Destaca, por otro lado, un número importante de secciones censales con ningún caso de solicitudes, fundamentalmente en la zona sur del Casco Antiguo, Los Remedios, Santa Clara, San Bernardo, Buhaira, Nervión, El Porvenir, Bami, Heliópolis y Los Bermejales.

Fuente: Bitácora 2007-2016.

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

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

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



Absentismo Escolar

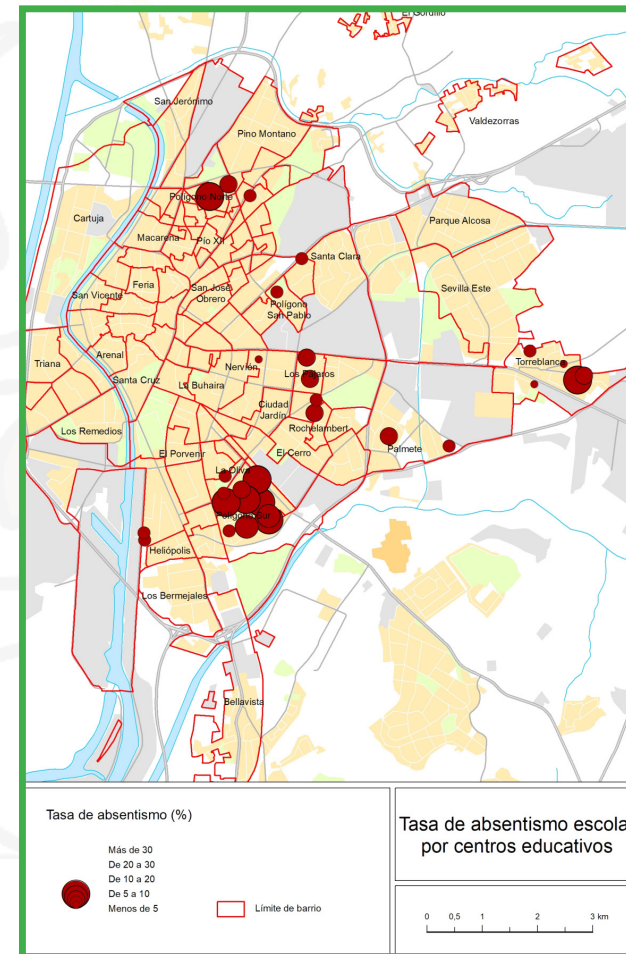
En el informe de “Necesidades Sociales de los barrios de Sevilla” iniciado en 2017 por la Delegación de Bienestar Social y Empleo se recoge el absentismo escolar de la ciudad, y es el Polígono Sur la zona de Sevilla donde el absentismo de la población escolar, de Primaria y ESO, es más elevada.

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

De una población escolarizada de 2.185 menores el 20,2% es absentista. En el mapa se representa el absentismo por centros escolares.

Ilustración 16: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.



Personas en situación de dependencia

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

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

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

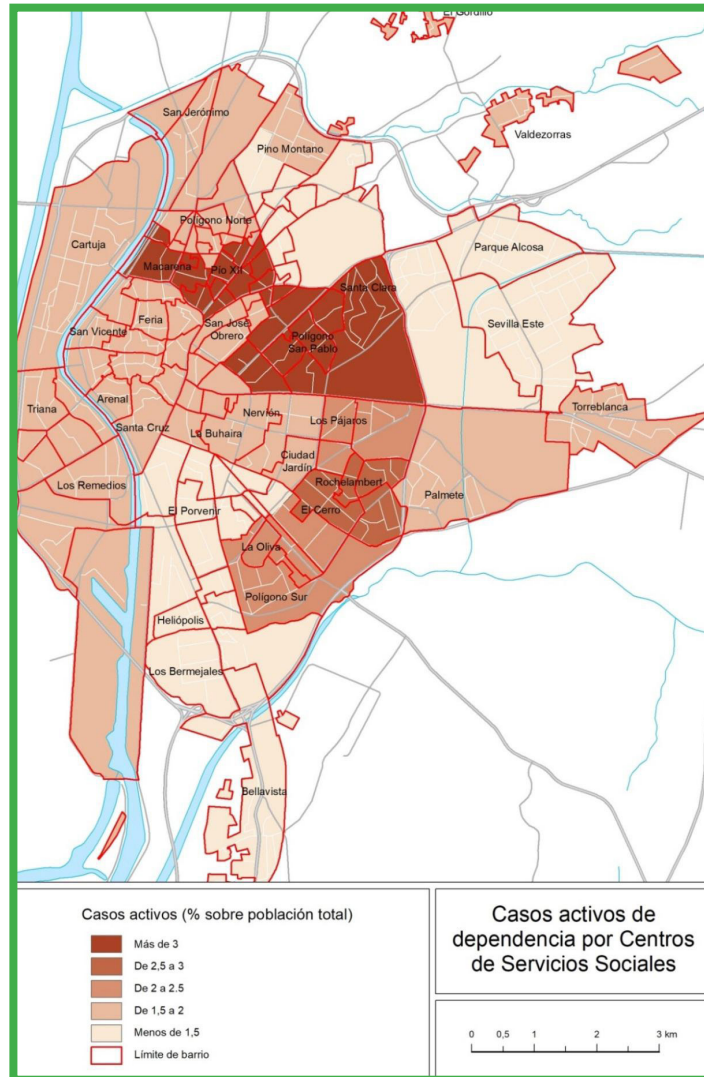
Debemos destacar casos que aunque no suponen un número absoluto muy elevado, sí resultan significativos en cuanto al porcentaje respecto de la población. En este grupo estarían Cerro - Su Eminencia, 2,6%, Tres Barrios - Amate, 2,2%, o **Polígono Sur, este último registra un número significativamente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

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

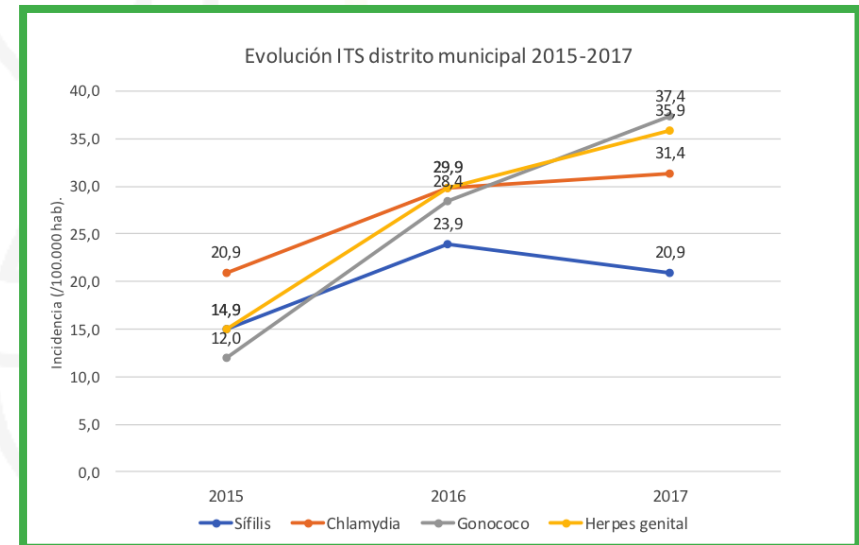
Ilustración 17: Distribución geográfica de los casos de dependencia activos.



D. Morbilidad

En el distrito Sur las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas. Se puede observar en la figura 1 un incremento de la incidencia de todas las ITS en 2016 con disminución posterior en 2017 de sífilis. De mayor a menor incidencia en el último año descrito identificamos infección gonocócica, herpes genital, chlamydia y sífilis, alcanzando cada una de estas enfermedades valores muy superiores a los identificados en Sevilla ciudad.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Encontramos diferencias por UGC de cada una de estas enfermedades. Destaca la UGC El Juncal que presenta las tasas más altas de notificación de chlamydia, sífilis e infección gonocócica, siendo el herpes genital más incidente en Polígono Sur.

Dentro de las **enfermedades inmunoprevenibles** destaca la Hepatitis A por presentar una incidencia en 2017 de 17.9 por 100.000 habitantes, seguido de Parotiditis (16.9 por 100.000 habitantes) y de tos ferina (14.9 por 100.000 habitantes en 2015).

La **tuberculosis** en este distrito presenta en promedio una incidencia similar a Sevilla ciudad, aunque con grandes diferencias, destacando mayores valores en CS. Polígono Sur.

Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

UGC/CAP	Vacunación completa a los 2 años	Vacunación con 2 dosis TV
Polígono Sur - Las Letanías	88,0%	93,4%
Porvenir	98,0%	98,3%

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 (PQI 16)**. 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).

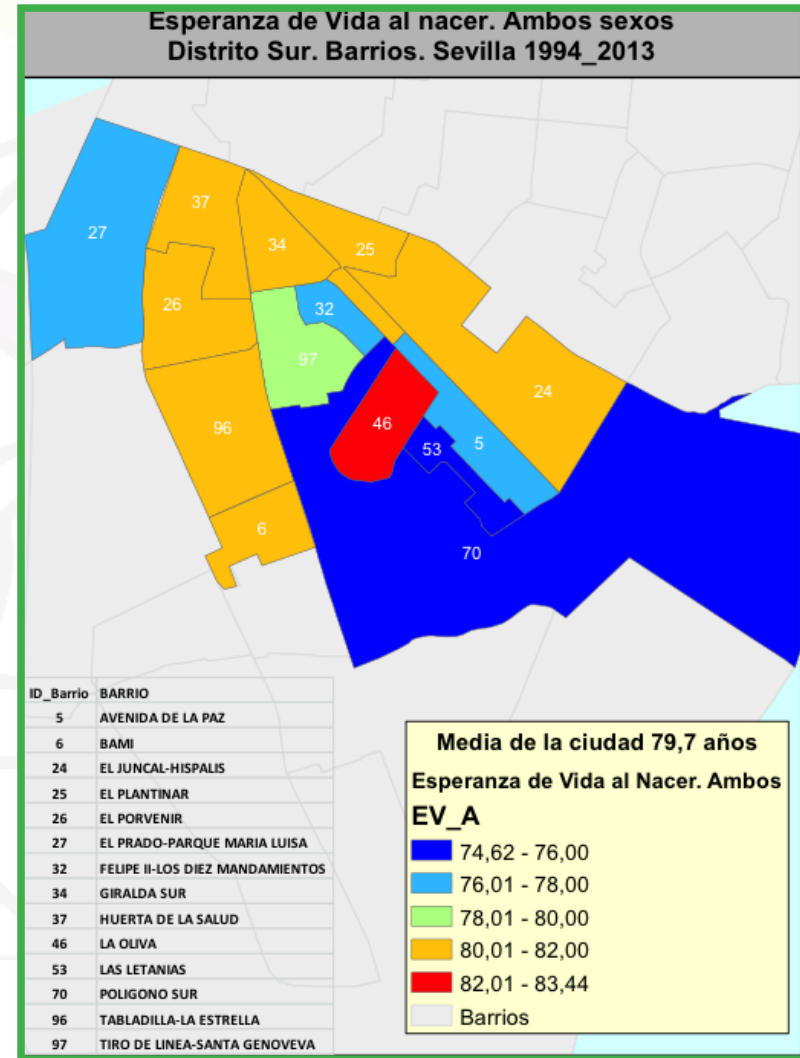
Polígono Sur presenta un riesgo claramente elevado de ingresos por amputaciones de miembros inferiores en diabéticos (cuatro veces por encima de la media) y en Las Letanías el doble que la media. También se da un mayor riesgo de ingresos por insuficiencia cardiaca en Polígono Sur.



E. Mortalidad

La **esperanza de vida al nacer** del conjunto del Distrito Sur está cercana a la media de la ciudad. Entre sus barrios hay importantes diferencias, como se observa en el mapa siguiente, donde Polígono Sur y Letanías tienen una diferencia de entre 6 y 8 años menos de esperanza de vida respecto al barrio de la Oliva.

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



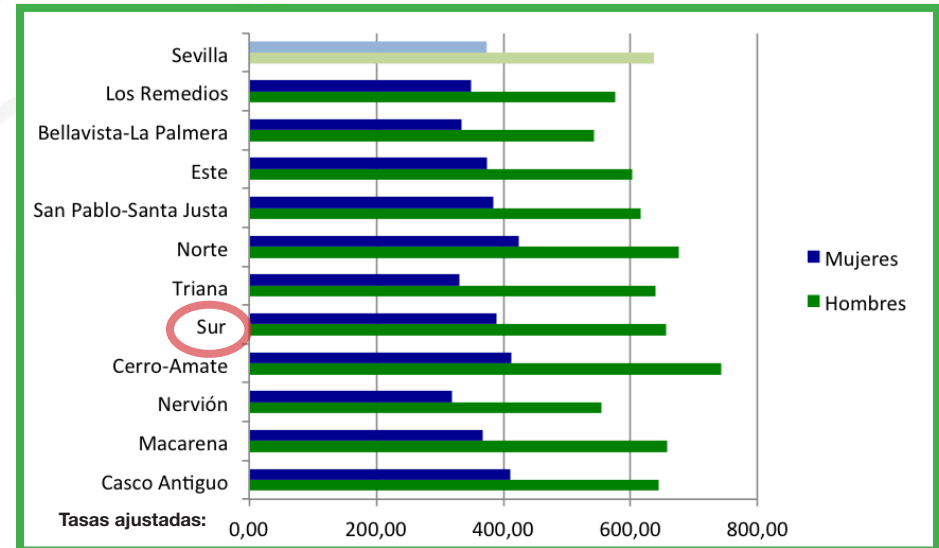
El distrito Sur es el que tuvo una **mayor mortalidad infantil** en el periodo de 2011 a 2014, con una cifra de 6,26 defunciones por 1000 nacidos vivos. El distrito que menos defunciones infantiles tuvo fue Los Remedios con 2 defunciones por 1000 nacidos vivos. La tasa de la ciudad se situó en 3,8 defunciones por 1000 nacidos vivos. Es importante comentar la alta variabilidad que existe de este indicador, entre distintos periodos del cálculo de la mortalidad infantil, debido al número tan pequeño de defunciones infantiles por distrito.

En **mortalidad por todas las causas**, el distrito Sur está por encima de la media de la ciudad. Ocurre lo mismo para las **enfermedades infecciosas**, donde ocupa el tercer lugar en las tasas más elevadas.

Podemos decir que, en general, los indicadores de mortalidad el distrito Sur se encuentra por encima de la media de la ciudad en la mayoría de los grupos de causas, pero hay que tener en cuenta que en este distrito se encuentran tres barrios que presentan los peores indicadores de mortalidad de toda la ciudad de Sevilla.

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.

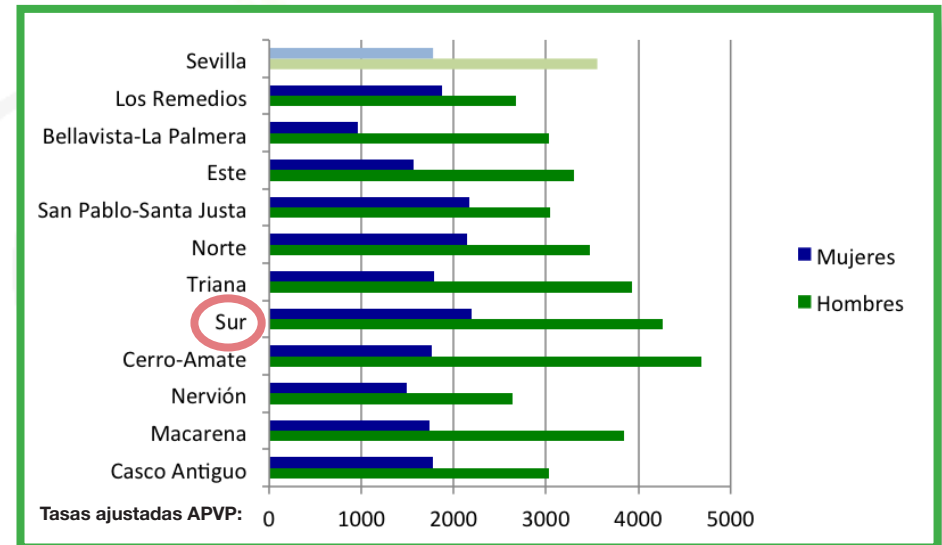
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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 de este distrito, dicho indicador se sitúa por encima de la media de la ciudad en su conjunto.

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. En el periodo 2011-2014, para este distrito dicha tasa se encuentra por encima de la media de la ciudad en su conjunto.

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

Fuente: IECA. Elaboración propia.

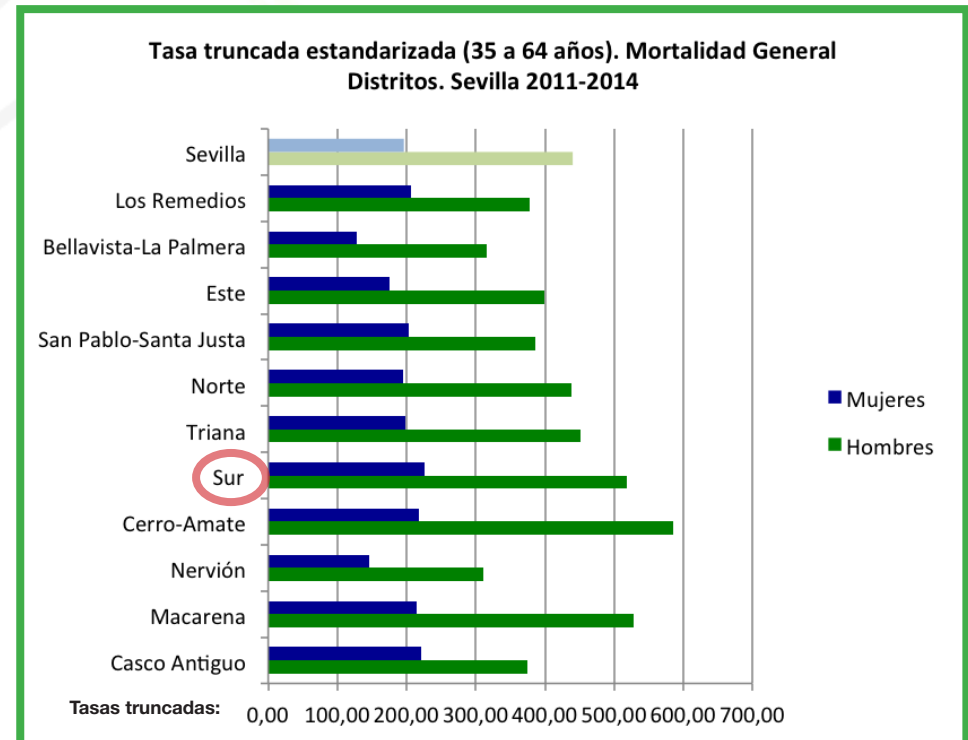
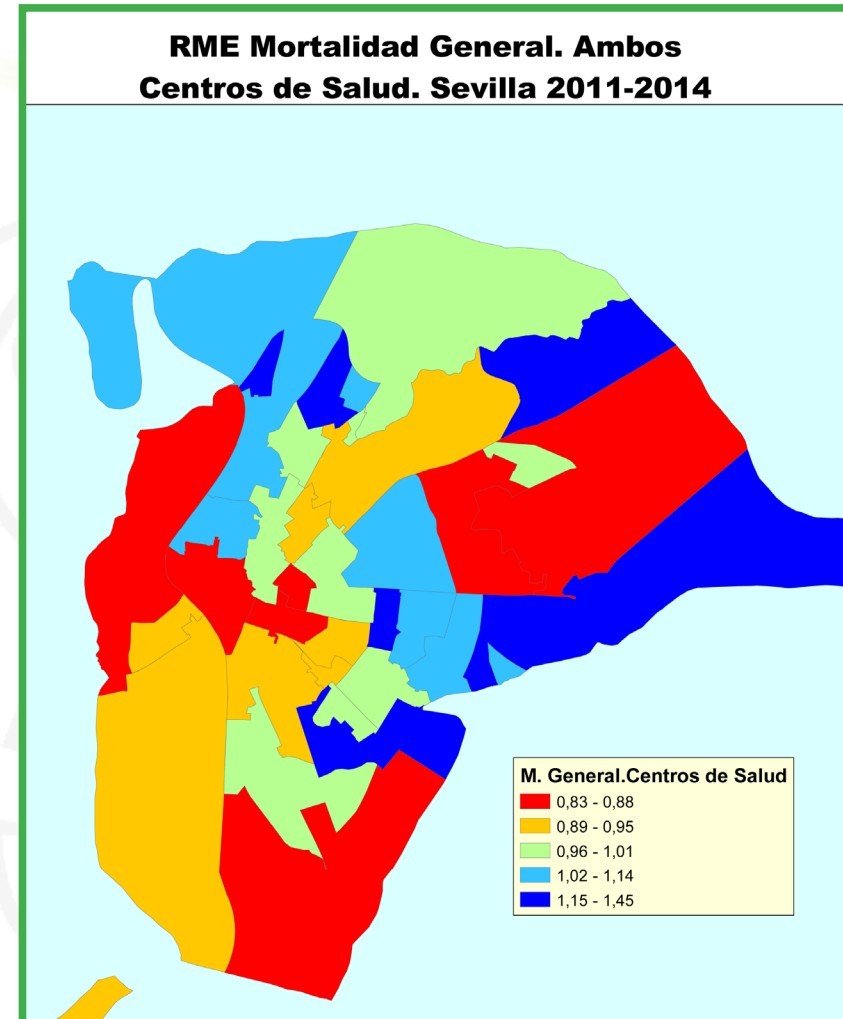


Ilustración 19: Distribución geográfica de la RME Mortalidad General por centros de salud.

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

A continuación, presentamos dos mapas con la RME por Centros de Salud del distrito para el periodo de 2011 a 2014



F. Entorno Medioambiental

Zonas verdes: El número de m² de parques y jardines del distrito Sur es el más alto de la ciudad (20,87 m²), muy por encima de los metros recomendados por la Unión Europea (entre 12 y 15 m²). Si añadimos el resto de elementos considerados zonas verdes, se sitúa en segundo lugar, después del distrito Este - Alcosa - Torreblanca.

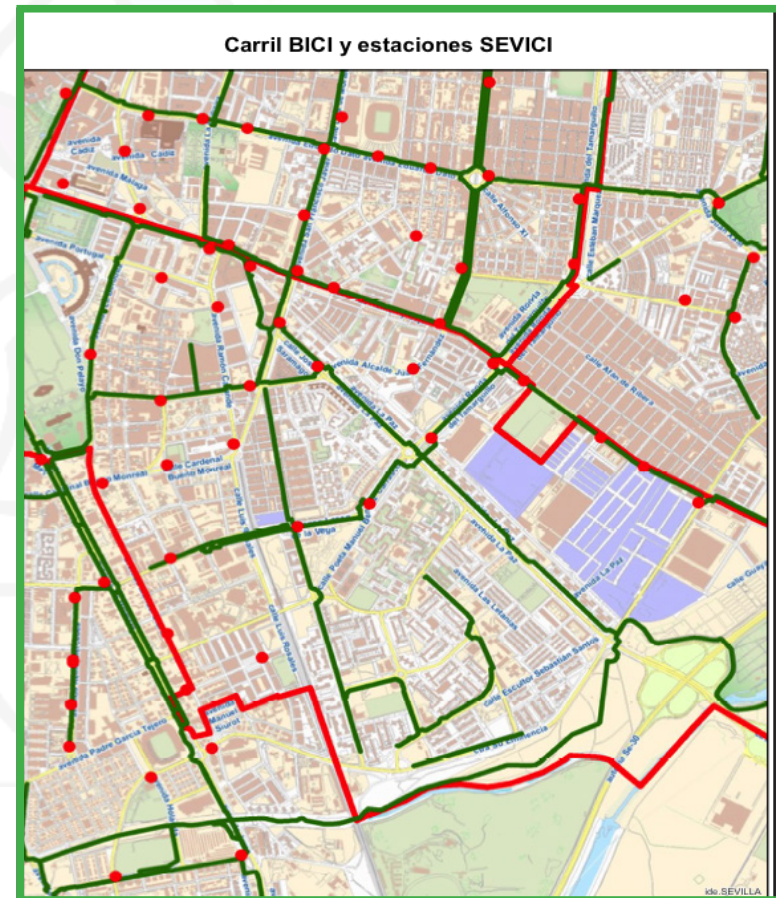
Fuente: Servicio de Parques y Jardines, Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

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. Ocurre lo mismo en el resto de la ciudad.

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



Zonas acústicamente saturadas: Como puede observarse en el siguiente mapa, en el distrito Sur no hay zonas acústicamente saturadas.

Distintos **recursos municipales**, educativos y sanitarios se localizan en el siguiente mapa.

Ilustración 21: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.

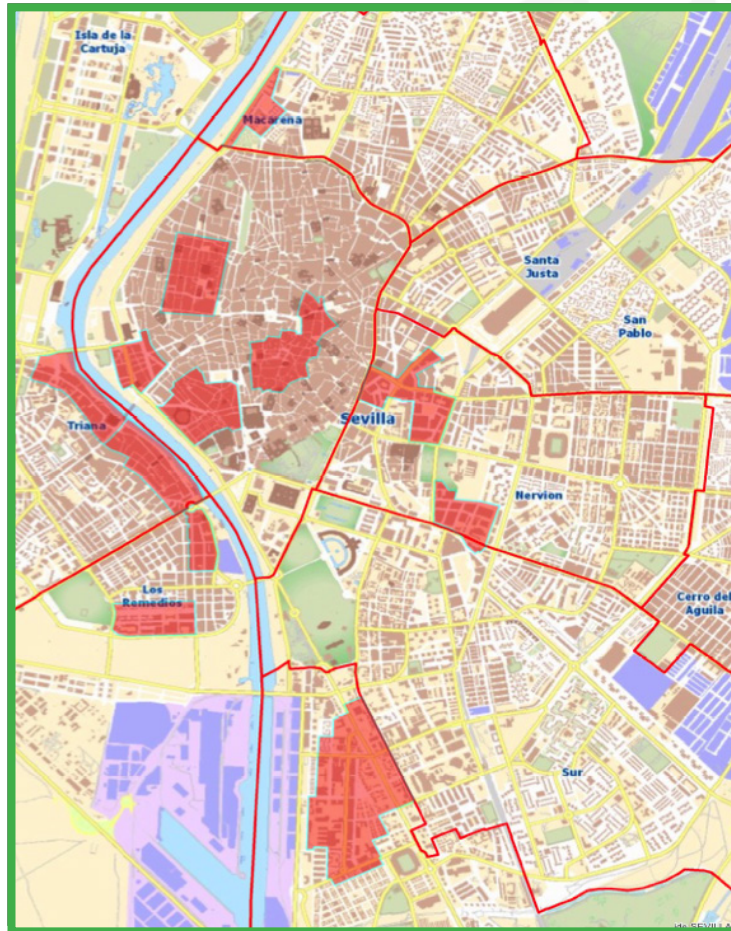
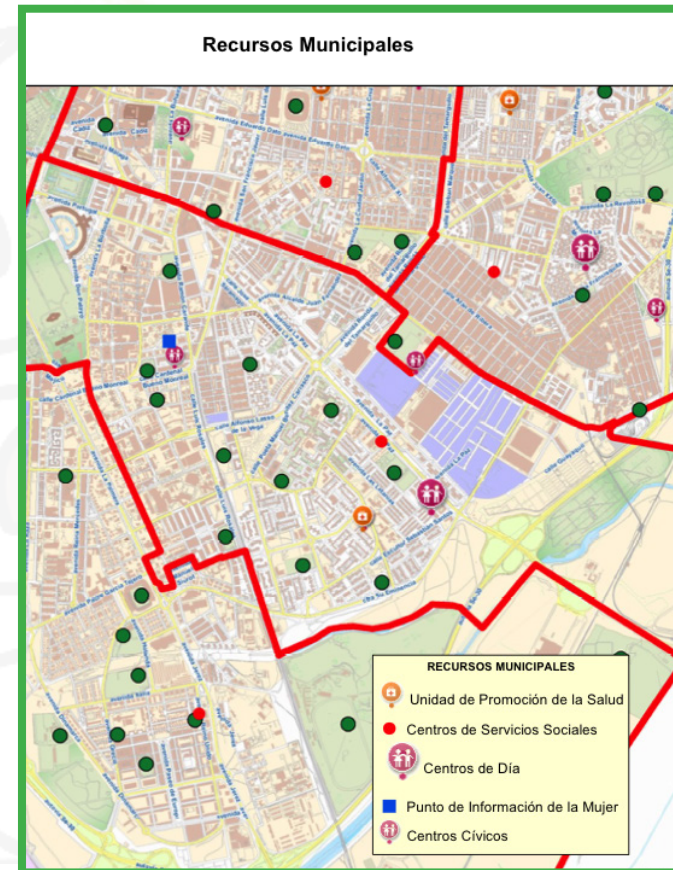


Ilustración 22: Distribución geográfica de los recursos existentes en el Distrito.



G. Estilo de vida

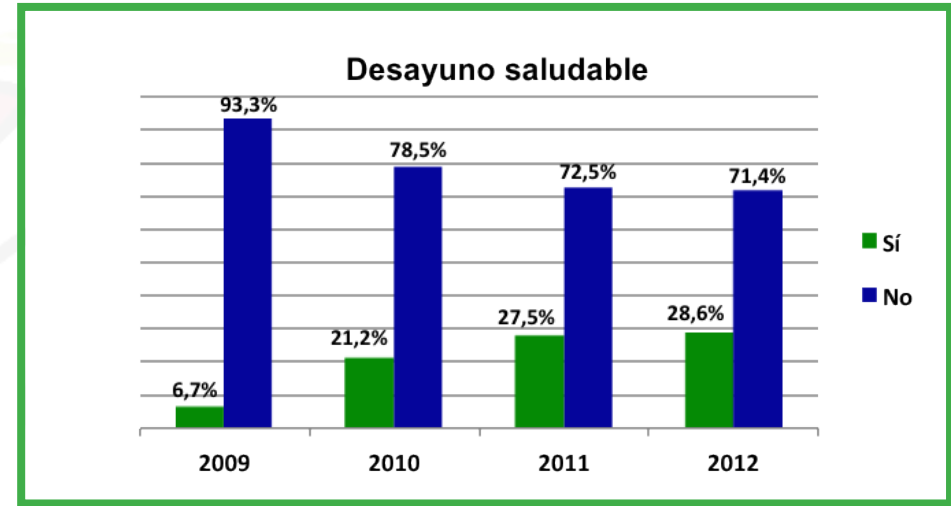
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

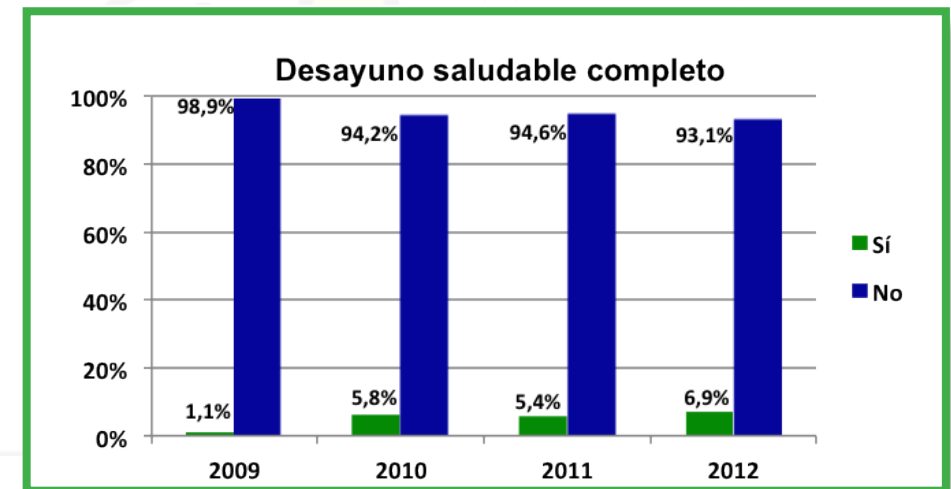
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

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

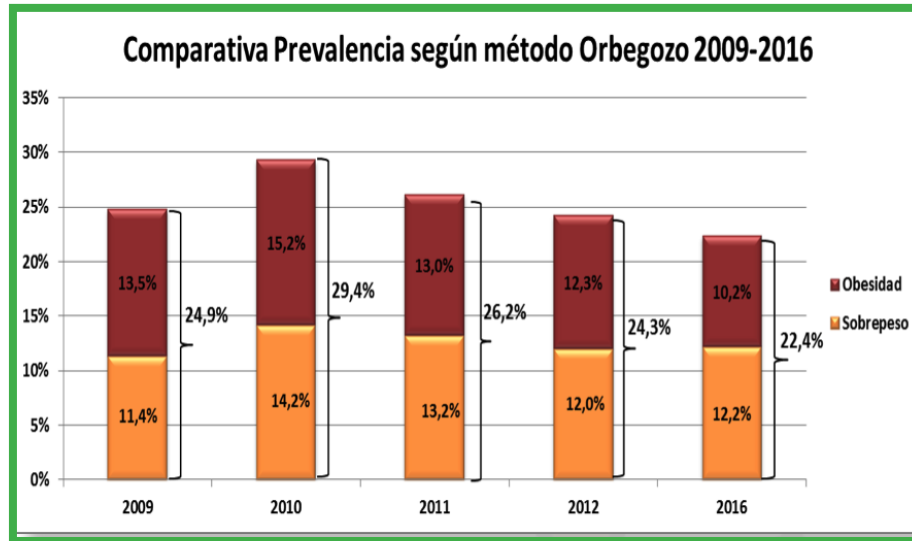
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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



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



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

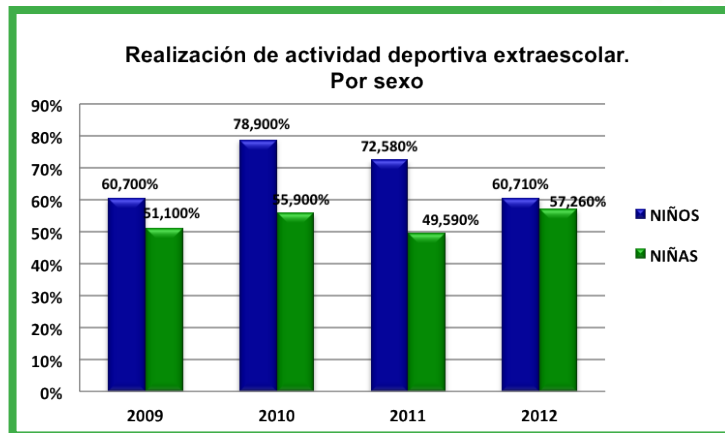
Respecto a la población infantil y adolescente de Andalucía, en el año 2011, el 18,2% no realizaba actividad física -niñas (20,7%), niños (15,8%)-. Según aumentó la edad de la población disminuyó el sedentarismo. Desde 1999 la población sedentaria ha disminuido: de un 20,2% en 1999 a un 18,2% en 2011.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

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

Embarazos no deseados: IVEs.

Infecciones de transmisión sexual.

Consumo excesivo de psicofármacos.

Por consumo de alcohol, y otras posibles adicciones no saludables se producen conductas inapropiadas en las posibles relaciones del adolescente, en lo social, en lo afectivo sexual.

Uso inadecuado de las nuevas tecnologías (juegos, vídeos violentos).
Adicción a las redes sociales y whatsapp.

Alcoholismo. Consumo abusivo de alcohol los fines de semana, en la vía pública, con aceptación por el entorno familiar.

Tabaquismo.

Consumo de sustancias tóxicas, adictivas e ilegales.

Malos hábitos alimenticios: nulo consumo de frutas y verduras, alimentación con exceso consumo de azúcares y alto porcentaje de alumnado que asiste al colegio sin desayunar.

Excesivo tiempo de uso de carros, parques y tumbonas de descanso, y como consecuencia falta de estimulación para los y las menores.

Estilos de Vida

Sedentarismo. Abuso en la utilización del tiempo dedicado a “OCIO PASIVO” empleándose en el “juego de maquinitas”.

Escasa higiene: no aseo diario o mal aseados, poca o ninguna higiene bucodental, pediculosis.

Hábitos posturales incorrectos.

Malos hábitos de sueño.

Entorno Social

Soledad. Aislamiento social. Poco uso / falta de redes sociales de apoyo.

Sobrecarga en personas que cuidan.

Mala gestión de los recursos existentes (económicos y sociales).

Escasa participación familiar en el desarrollo de los programas de salud.

Violencia de género, incluidas algunas costumbres o ritos de la etnia que se aceptan y se normalizan como cultural.

Venta y consumo de sustancias tóxicas.

Inseguridad ciudadana.

Dejación de funciones parentales.

Conductas violentas.

Entorno Social

- Consumo de alcohol en su entorno próximo con aceptación familiar y social.
- Familias que tienen y ven en casa películas de contenido “sexual inadecuado” para la edad y etapa madurativa de nuestro alumnado.
- Escasa participación familiar.
- Bajas expectativas de formación del alumnado por parte de las familias.
- Escasa preocupación y vigilancia por parte de la familia de la salud del menor (salud bucodental, pediculosis...).
- Falta de material escolar.
- Bodas en alumnado menor de edad (chicas).
- Inseguridad ciudadana.
- Dedicación a tareas delictivas.
- Maltrato infantil.
- Madres adolescentes que repiten malas prácticas de crianza de sus hijos e hijas de sus referentes familiares.
- Poca colaboración de las familias.
- Desconfianza de las familias hacia el personal educativo que atiende a sus hijos e hijas.
- Poca empatía de las familias con el profesorado, reforzando las malas conductas del alumnado.

Entorno Social

- Falta de participación en los centros por parte de progenitores/tutores y tutoras.
- Conductas violentas entre alumnado y profesorado.

Entorno Medioambiental

- Falta de entornos urbanos que generen salud.
- Inseguridad vial. Accidentes de tráfico.
- Exceso de desplazamientos en vehículos a motor.
- Riesgo de accidentabilidad a nivel de tráfico y movilidad.
- Insalubridad: plagas de roedores e insectos.
- Pavimento en malas condiciones.
- Aislamiento y soledad de las personas mayores en sus hogares, por infraestructura de los edificios.
- Escasas zonas de sombra y fuentes en espacios públicos.
- En Polígono Sur no hay servicio de SEVICI.
- Dejar excrementos de perros y/ mascotas varias en la vía pública sin limpiar de inmediato, por quien lleva el animal a su cargo.
- Insalubridad en el barrio y en los hogares.



Servicios Sanitarios

Bajas coberturas en vacunaciones infantiles.

Desigualdades Socioeconómicas

Falta de recursos económicos.

Prostitución.

Desempleo.

3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía

A continuación exponemos los resultados de los problemas y necesidades sentidas por la ciudadanía residentes en el distrito Sur, esta información ha sido recogida a través de la agrupación de personas mayores, jóvenes, mujeres y el ámbito educativo mediante la utilización de la técnica de Grupos Focales.

Las opiniones recogidas han sido transcritas literalmente y de forma íntegra.

Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes

Mejorar alimentación controlando la venta de productos alimenticios en ventanas y bajos.

Se aprecian también como problemas de salud entre los jóvenes el consumo excesivo de alcohol y de drogas.

Servicios de Atención a la Mujer más cercano y accesible en el territorio.

Dar seguridad para que los autobuses entren en Polígono Sur a cualquier hora.

Mayor difusión de los recursos para estudiantes y jóvenes a través de cartelería y/o anuncios.

Solucionar los incidentes de vandalismo: basuras, destrozos contra el mobiliario urbano, etc.



Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes

Mejorar la seguridad. Cuando se llama a la Policía tarda mucho en llegar, hay casos de tiroteos y es frecuente que lancen piedras.

Mejorar el estado de las instalaciones deportivas y facilitar el acceso a los jóvenes (los precios son caros, hay poca información sobre cómo usarlas o que actividades se desarrollan en ellas, faltan pistas en la calle de uso libre).

Faltan determinados tipos de instalaciones deportivas: pistas de baloncesto, gimnasios libres para hacer deporte, zonas señalizadas para correr, piscinas públicas cubiertas.

Mejorar en temas de medioambiente: faltan árboles, sobra contaminación y ruido.

Deben mejorarse los accesos y las comunicaciones dentro del Distrito y con otras zonas.

Poca información sobre el alquiler de bicicletas (SEVICI), no hay un bono joven ni bastantes estaciones para coger/soltar la bicicleta.

Mejorar el trazado del carril bici, es peligroso circular o patinar donde no hay. Hacen falta más kilómetros y hacerlo más seguro.

Instalar fuentes en la calle con libre acceso para beber.

Agua con mal sabor en algunas zonas del Polígono Sur.

Eliminar la sensación de peligrosidad en los barrios mejorando la iluminación, el mantenimiento de los edificios, los cruces para peatones y coches.

Poner más contenedores de basuras.

Poco espacio público (priman coches y edificios sobre las personas) y sobre todo para jóvenes faltan lugares de ocio para reunirse o pasar el rato.

Construir la comisaría de policía de Polígono Sur para que haya más seguridad.

Faltan parques infantiles y zonas de juegos para la población de menores. Los que hay están en la periferia del Polígono Sur.

Se necesitan zonas para perros.

Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes

La mala situación económica genera deterioro de relaciones familiares y sociales.

Facilitar los accesos a la primera vivienda.

Bajar de precio el billete univiaje de TUSAM para aquellos que no usen bonobús.

Aumentar la oferta de Escuelas Taller (cocina, repostería, pintura...).

Ampliar los perfiles para acceder a cursos y oportunidades laborales.

Falta de puestos de trabajo. Hacer más accesibles los planes de trabajo. Se sienten excluidos por los perfiles solicitados.

Necesidades Sentidas Grupo de Mayores

Existe en la zona del Polígono Sur una concentración de personas con adicciones que son atraídas por las Asociaciones específicas que están allí establecidas.

Soledad y pobreza como problemas principales y en aumento en las personas mayores de estos barrios.

Desarraigo social, familiar y vecinal de personas ancianas que tienen que abandonar su casa, su barrio e ir a residencias fuera de su entorno y lugar de vida.

Hasta la fecha el centro de día prometido está cerrado.



Necesidades Sentidas Grupo de Mayores

Problemas de seguridad en el barrio.

Deterioro de barrios como La Oliva o Las Letanías.

Tiro de Línea, Santa Genoveva que evidencian problemas y dificultades para las personas mayores, como levantamiento de aceras, falta de bancos de asiento, excrementos y orinas de perros por toda la zona, basuras extraídas del contenedor por parte de personas indigentes.

Edificios deteriorados en su infraestructura (canaletas, zonas comunes, etc.).

Los árboles no se podan y las raíces se están extendiendo levantando el pavimento y metiéndose en las casas.

El polen de los árboles afecta a la salud de las personas mayores (alergias, asma...), especialmente cuando caen al suelo por el peligro que entraña para el riesgo de caídas.

Concentración de aguas fecales incontroladas en el Polígono Sur.

La rotura insistente de las marquesinas de los autobuses, dejan a la población a la intemperie de vientos y lluvia que ocasionan enfriamientos y otro tipo de enfermedades.

El Polígono Sur es un barrio aislado del resto de la ciudad, entre muros.

La ausencia de ascensores en los edificios de estos barrios, las barreras arquitectónicas y la distancia al Centro de Salud representan un grave problema de accesibilidad a los servicios en este sector de población, que suele concentrar un aumento considerable de pérdida de autonomía y de movilidad.

Se ha evidenciado un bajo consumo de medicamentos porque las personas mayores no pueden pagar las medicinas.

Necesidades Sentidas Grupo de Mayores

Establecen como problema importante la demora de las citas de especialidades médicas que provocan largos períodos de espera y que la población sufre asistiendo a las urgencias del Hospital. “Servicio en el que no son bien tratados porque el motivo de la asistencia no está prescrito por el Médico de Familia, sino por la espera de especialista”.

Existe una cierta discriminación y, por tanto, un trato diferente desde el colectivo de la medicina por la edad de la persona a tratar, no prestándole la misma importancia a las patologías propias de las personas mayores.

Existe un gran porcentaje de personas que viven de pensiones bajas, concretamente pensiones no contributivas y que no pueden pagar servicios básicos como la luz o el agua.

Divergencias socioeconómicas entre barrios del distrito municipal Sur: barrios con mayor índice de pobreza frente a barrios con mayor poder adquisitivo y mejor infraestructura.

Necesidades Sentidas Grupo de Mujeres

Se hacen pocas referencias a dolencias físicas. Se posicionan en rol de cuidadoras con expresiones referidas a otros.

Es claramente identificado el “rol de la mujer” como cuidadora y responsable de los cuidados familiares.

De forma transversal está presente en el resto de los apartados que es la mujer la que identifica las alertas en salud.

Se identifica claramente la responsabilidad de la mujer, pero no compartida con su entorno familiar. La pérdida del espacio personal, los esfuerzos permanentes de la mujer para mantener el equilibrio familiar a costa de su propio espacio, de sus pérdidas.

Hacen referencias a la salud mental como base de todo destacando la importancia del entorno laboral para la inestabilidad emocional con marcado perfil de cuidadoras profesionales (SAD).

Expresión clara y directa de la toma de decisiones por parte de la mujer (en solitario) en cuestiones de salud.

Hay queja manifiesta por parte de todas las asistentes, en relación a las deficiencias de su entorno y las malas condiciones de salubridad.

Se refiere como importante, seguir con los talleres, cursos de auto cuidados, relajación que se realizan en centro de salud Las Letanías.

Necesidades Sentidas Grupo de Mujeres

Hospital sucio en urgencias, porque no hay personal suficiente y “somos muy sucios”.

Muestran preocupación tanto por la falta de seguimiento en procesos crónicos, como por la larga lista de espera para consultas.

Incompatibilidad horaria. No adaptación de servicios a horario de trabajo.

Fuera del centro de salud, los servicios, y citas muy lentas y tarde.

En atención domiciliaria falta de revisiones periódicas sin necesidad de ser avisados.

Con comentarios de la lentitud o falta de respuesta e implicación de las instituciones competentes (Ayuntamiento, Junta de Andalucía). Igualmente se identifica la responsabilidad que asumen las mujeres como tal para la búsqueda de soluciones: “las que nos reunimos para solucionar algo somos las mujeres de la familia”.

Necesidades Sentidas Grupo de Ámbito Educativo

Hábitos alimentarios inadecuados, en general, por modelos parentales deficitarios; las familias no comen con los hijos e hijas o no toman la misma comida.

Ausencia de desayuno antes de ir al colegio.

Prolongación del beikost, por encima de la edad recomendada.

Ingesta abusiva de hidratos de carbono (bollería industrial, bebidas azucaradas).

Consumo excesivo de bebidas estimulantes.

Falta de actividad física.

Incumplimiento del calendario vacunal.

Hábitos higiénicos inadecuados bucodental; escasa limpieza.

Pediculosis. Como consecuencia, rechazo de la población afectada, incluso casos de bullying.

No utilizar gafas (por vergüenza).

Malos hábitos de sueño. Los y las menores descansan de forma insuficiente de noche y muchas veces en la cama de los padres.

El colectivo de 11-16 años, fundamentalmente, presentan falta de descanso nocturno por uso excesivo de pantallas (smartphones, videojuegos). Esto a su vez origina un bajo rendimiento académico.

Necesidades Sentidas Grupo de Ámbito Educativo

Como consecuencia de la cantidad de tiempo que pasan usándolas, se detecta que muchos adolescentes y jóvenes “no quieren salir”, sustituyendo el contacto personal con el virtual. Además, se objetiva un Síndrome de abstinencia y agresividad, si pasan tiempo sin conectarse o por ausencia de wifi. La cantidad de horas invertidas en esta actividad desplaza a otras áreas de crecimiento (práctica de deportes, reuniones grupales “en persona” donde se ponen en juego las habilidades sociales y la competencia emocional).

Adicciones al tabaco desde Primaria, alcohol, botellonas y a otras sustancias. Se comunica un resurgimiento del porro y cierta normalización de las cachimbas.

Insuficiente educación afectivo-sexual: embarazos tempranos (de riesgo).

Trastornos mentales: infantilismo de las personas adultas jóvenes, con dependencias afectivas. Se señala una “falta de periodo de tránsito”; La orientadora percibe un cambio brusco de trato entre la infancia y la adolescencia, cuando ya se considera “mayor”, sin asignarle responsabilidades progresivamente.

Necesidades Sentidas Grupo de Ámbito Educativo	Necesidades Sentidas Grupo de Hombres
Dificultad de los y las menores de bajar a jugar a la calle (plazas, jardines...) con seguridad, por el miedo de la familia al ambiente, que nadie quiere para sus hijos e hijas.	1 Necesidad de trabajo. Empleo.
Aumento de los malos tratos entre iguales y de conductas sexistas en adolescentes.	2 Salubridad - Limpieza.
Alumnado con tantos y variados problemas, que a menudo pierden clase por el intento de conversar con ellos fuera, para ayudarlos y que, a la larga, pierden múltiples contenidos curriculares.	3 Trabajar Educación para la Salud desde la Infancia.
Convivencia de grupos heterogéneos en las clases, en las que hay que prestar más atención al alumnado menos aventajado, en muchas ocasiones, en detrimento del más motivado y atento.	4 Necesidad de trabajo estable.
	5 Apoyo psicológico a personas con necesidades (Soledad).
	6 Entorno Social Marginación Pobreza. Combatir la pobreza asumida.
	7 Patologías mental y polimedicación.
	8 Educación desde el hogar.
	9 Necesidad de espacios limpios y saludables.
	10 Impunidad ante actitudes públicas insanas.



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. Escasez de actividades e iniciativas de promoción y prevención de la salud por parte de las entidades públicas presentes en el distrito Sur.
	2. Problemas de drogadicción en la población general.
	3. Carencia de hábitos de alimentación saludable entre la población general.
Entorno Social	1. Sobrecarga de las mujeres cuidadoras de personas dependientes.
	2. Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada.
	3. Existencia de absentismo escolar.
Entorno Ambiental	1. Problemas de accesibilidad a las viviendas en ciertos barrios/edificios del Distrito (Pisos-cárcel).
	2. Identificación de situaciones de insalubridad en ciertos puntos del distrito (plagas de roedores e insectos).
	3. Problemas de suciedad en espacios públicos.
Desigualdades Socioeconómicas	1. Existencia de personas sin hogar que pernoctan en espacios públicos del distrito.
	2. Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito.
	3. Alta tasa de desempleo entre la población del distrito.

4.3. Plan de Acción

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

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

1. Informe de Salud.
2. Sesiones de trabajo del GMT.
3. Grupos Focales y 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

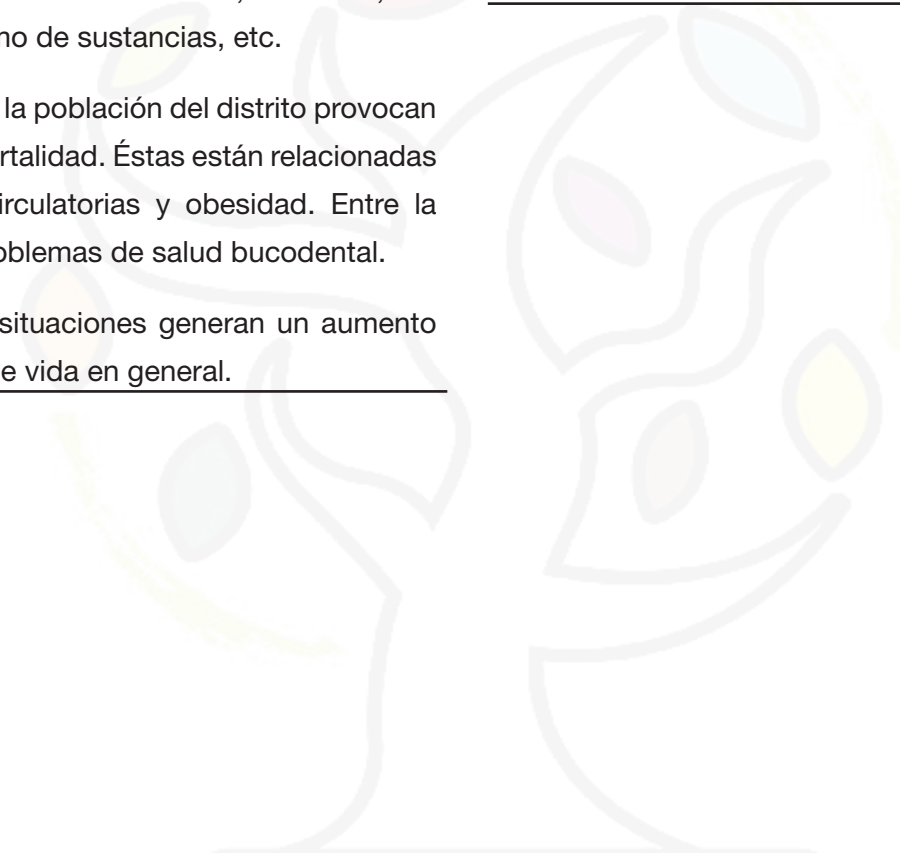
El estilo de vida de una persona está compuesto por todas aquellas conductas y hábitos que abarca. Supone, por lo tanto, una gran diversidad de aspectos como: la alimentación, la actividad física, el sueño, las relaciones afectivo-sexuales, el consumo de sustancias, etc.

Los estilos de vida perjudiciales entre la población del distrito provocan un incremento de las tasas de morbimortalidad. Éstas están relacionadas con: diabetes, enfermedades cardiocirculatorias y obesidad. Entre la población infantil, se producen más problemas de salud bucodental.

Las dificultades derivadas de estas situaciones generan un aumento del absentismo laboral y baja calidad de vida en general.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

La mejora de los hábitos de vida, que implica hacer elecciones saludables en el día a día, ayuda a reducir la morbilidad cardiocirculatorias e incrementa la calidad de vida de las personas que viven en el Distrito.



Escasez de actividades e iniciativas de promoción de la salud por parte de las entidades públicas presentes en el distrito Sur

Las personas trabajadoras del distrito identifican una escasez de acciones e iniciativas de promoción de la salud por parte de las entidades públicas. En el distrito Sur, las actividades no cubren las necesidades de la población, entre otras causas, porque hay una escasez de espacios deportivos y porque la oferta existente es limitada (homogénea).

Si a esto se une una deficiente difusión de las acciones, debida a la falta de una red coordinada, se genera una situación de escasa participación de la ciudadanía en general, especialmente baja en Polígono Sur. Esto crea un círculo vicioso entre oferta y demanda, ya que desde las entidades públicas dejan de ejecutar actividades debido a su poca participación y demanda. Ello desmotiva a la población, retroalimentando el círculo y dando como consecuencia una carencia de iniciativas.

Objetivo General 1.1 - Promover la oferta de actividades e iniciativas saludables por parte de las entidades públicas presentes en el distrito

Indicador	Tasa de personas beneficiadas.
Definición	La tasa anual de personas que se benefician de actividades e iniciativas saludables desarrolladas por las instituciones del distrito vinculadas al PLS muestra una tendencia creciente para 2023.
Cálculo	Sumatorio anual de personas beneficiarias (por grupos de edad) directas y/o indirectas en las distintas actividades saludables / total de la población censal (por grupos de edad) del distrito.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Implicar a los colectivos beneficiarios de las actividades en el diseño de las mismas. • Aprovechar y mejorar las infraestructuras que existen en los barrios y abrirlas a la ciudadanía (ejemplo: centros educativos, centros sociales). • Crear una base de datos con todos los recursos y actuaciones de promoción de salud existentes en el distrito.

Problemas de drogadicción en la población general

En el distrito hay un problema de consumo de drogas, legales e ilegales, entre la población general. Hay diversos patrones según los grupos poblacionales y las distintas zonas del barrio, siendo este problema más acuciado en el Polígono Sur.

El inicio de consumo de sustancias tóxicas como la cachimba o las bebidas energéticas a edades muy tempranas (educación primaria) es una de las causas que provocan esta situación. Originada, en mayor medida, por: la falta de implicación de los padres y madres, quizás al carecer de tiempo y/o motivación, o por desconocimiento del daño real que este consumo inicial implica.

Como agravante se puede añadir la carencia de estructuras de trabajo intersectorial coordinado (mesas de trabajo) que tengan una continuidad en el tiempo.

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

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo de medidas de prevención del consumo de drogas 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"> • Implicar a los colectivos beneficiarios de las actividades en el diseño de las mismas. • Poner en marcha una estructura de intervención comunitaria intersectorial sostenida en el tiempo.

Carencia de hábitos de alimentación saludable entre la población general

La población del distrito mantiene hábitos de alimentación poco o nada saludables. Se da un aumento considerable del consumo de alimentos procesados y nutricionalmente pobres.

Todo ello es debido a tres grandes factores. Por un lado, el tipo de trabajo precario, muy frecuente en ciertas zonas del distrito, suele conllevar un horario que limita las posibilidades de tener tiempo para comprar y cocinar. Por otro, las familias de nivel socioeconómico más bajo consumen productos más económicos, que normalmente son de peor calidad. A todo esto, se suma que la publicidad sobre alimentación y productos procesados (y comida rápida) está creando una percepción engañosa sobre la alimentación. Como consecuencia genera una valoración positiva de la misma. Este fenómeno se identifica especialmente entre la comunidad de etnia gitana, donde se observa un aumento importante del consumo de comida rápida preparada (cadenas de comida barata). Entre la población menor, esta situación se agrava por su mayor vulnerabilidad ante los mensajes publicitarios, que sumado a una educación familiar basada en ‘darles lo que quieren’, le lleva a consumir alimentos poco saludables de forma diaria.

Objetivo General 1.3 - Promover hábitos de alimentación saludable entre la población del distrito

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo de medidas de fomento de hábitos de alimentación saludable que beneficien al menos al 50% de la población del distrito para 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"> Desarrollar intervenciones destinadas a potenciar el espíritu crítico de pensamiento desde edades tempranas ante la publicidad.



Línea de Acción 2: Entorno Social

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

En el caso de Distrito Sur es una realidad compleja y con carencias. Las malas relaciones entre iguales, independientemente de los grupos de edad, propician el aislamiento social. Este fenómeno se concentra en personas mayores. Las relaciones sociales precarias producen trastornos del estado de ánimo, promueven el sedentarismo y por lo tanto, favorecen un estilo de vida poco saludable.

Se incluyen aquí también las normas que rigen nuestras relaciones; cuando las normas establecidas no se cumplen se da una alteración del orden social, lo que también tiene consecuencias: inseguridad ciudadana.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

Un entorno social positivo fortalece el tejido social, lo que favorece las relaciones interpersonales en general, y particularmente entre iguales, generando un mayor bienestar entre la ciudadanía.

Sobrecarga de las mujeres cuidadoras de personas dependientes

Uno de los mayores problemas que afectan a la población femenina de este distrito es la sobrecarga de las mujeres cuidadoras informales de personas dependientes. El colectivo femenino es, en la mayoría de las ocasiones, el que desempeña el papel de cuidadoras dentro de la familia. Esto es debido principalmente a la cultura patriarcal dominante que establece el rol de cuidado en las mujeres. Esta realidad se agrava por la falta de recursos públicos para personas dependientes que necesitan cuidados, porque la necesidad recae forzosamente en la familia. Una de las causas y consecuencias de esta situación es que las mujeres se enfrentan a mayores dificultades para acceder a un empleo propio, cronificando su rol de cuidadoras.

Objetivo General 2.1 - Fomentar medidas para contrarrestar los diversos problemas derivados del rol de cuidadora de las mujeres del distrito

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"> • Promover el cumplimiento y dotación de la ley de dependencia. • Aumentar la oferta de actividades de formación para el empleo para mujeres cuidadoras. • Aumentar la oferta de actividades de formación para el ocio para mujeres cuidadoras. • Aumentar los recursos de ayuda a domicilio. • Fomentar la creación de redes de voluntariado de apoyo a dependientes. • Dotación económica para las cuidadoras.



Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada

Actualmente hay un elevado porcentaje de personas mayores que viven en situación de soledad no deseada. Una de las causas es la situación de pobreza en la que se encuentran, al depender únicamente de sus pensiones no contributivas, como fuente única de ingresos. Esto resulta limitante a la hora de poder contratar servicios de cuidados o compañía. Por otro lado, suelen carecer de redes de apoyo ya sean familiares o sociales, para convivir. En gran medida se debe a los cambios en las estructuras familiares con la incorporación de las mujeres al mercado laboral, y, por tanto, la reducción de cuidadoras familiares.

Las personas mayores ven reducidas sus redes sociales por la pérdida de iguales y la escasa posibilidad de renovación de las mismas. En el distrito, las oportunidades de socialización de este colectivo están limitadas y, además, en muchos casos se siente desmotivado para participar en las que existen.

La situación se agrava cuando hay alguna dificultad de movilidad. La falta de ‘compañía’ para salir, y el miedo a sufrir algún accidente o caída, lleva a la comunidad de mayores a salir menos de casa con las pérdidas de relaciones sociales y red vecinal que eso implica.

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

Indicador	Cobertura 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 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"> • Aumentar los programas de envejecimiento activo. • Incrementar la oferta y diversidad de ocio y tiempo libre para personas mayores adaptadas a sus intereses. • Mejorar la accesibilidad de las viviendas. • Adaptación de los transportes públicos a las necesidades de las personas mayores (aumentar la frecuencia del servicio). • Realizar acompañamiento a actividades sociales a través de programas de voluntariado.



Existencia de absentismo escolar

Alrededor del 20% del absentismo escolar de Sevilla se concentra en Polígono Sur. Hay identificados alrededor de 500 menores absentistas. La principal carencia en este aspecto es la falta de intervención por parte de la fiscalía de menores como último paso de intervención en estos casos. Lo que anula todo el trabajo realizado hasta llegar a este paso, último en el protocolo de intervención sobre absentismo escolar.

Entre las causas que generan este problema se identifican factores de diversa índole. Por un lado, se señala como una causa frecuente, los embarazos en adolescentes o mujeres muy jóvenes. Que, además, abandonan los estudios para quedarse al cuidado de los menores. Por otro lado, las unidades familiares presentan hábitos de vida que no favorecen la asistencia a clase, como levantarse tarde, y valoran poco la importancia de la educación de los y las menores.

En la base está la falta de expectativas de los progenitores y de la población menor de un futuro profesional. Además de la sobrevaloración de las actividades económicas y/o laborales irregulares, en comparación con las legales (es más fácil y se gana más dinero). La desmotivación se agudiza al llegar a la formación postobligatoria y encontrar que hay una falta de recursos, de tránsito o de formación profesional, relacionados con los intereses reales del alumnado del polígono. Éste último está muy centrado en la restauración.

Hay una pérdida de valores sociales y de convivencia debido a la cultura del individualismo. Ésta se encuentra promovida desde los medios de comunicación y los nuevos canales de divulgación, como son los youtubers, los nuevos modelos conductuales y culturales. El escenario empeora en ciertas zonas, donde se concentran familias en riesgo de exclusión social, con estilos de vida menos saludables, que sufren situaciones vitales estresantes y presentan un nivel educativo y cultural más bajo, dándose más conflictos de convivencia y vecinales.

Objetivo General 2.3 - Fomentar la prevención el absentismo escolar

Indicador	Tasa de absentismo.
Definición	La tasa de menores absentistas muestra una tendencia decreciente para el año 2023.
Cálculo	Nº de absentistas / Nº alumnado.
Fuente	Registro absentismo.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las ofertas de formación profesional. • Hacer campañas publicitarias para favorecer una imagen positiva de la educación y la escuela. • Sacar la escuela a la calle. • Intervención por parte de la fiscalía de menores.

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 los aspectos físicos que los componen. Por esto, si no es de calidad, se producen consecuencias negativas para la sociedad que los habita.

Por un lado, aumenta la morbilidad, y por otro, se reduce el uso de los espacios públicos. Cuando las personas no quieren salir de sus viviendas y disfrutar de los entornos de su distrito se produce un aislamiento social. Esto provoca efectos negativos en toda la población: el colectivo menor no disfruta de actividades de juego, las personas adultas no crean redes, debilitándose el tejido social, y la comunidad mayor termina en situaciones de enclaustramiento. Este escenario hace que las personas en general tengan peor salud mental, pero también física, ya que no favorece la realización de actividades cotidianas saludables, como pasear, ir andando o en bicicleta a los sitios o jugar. La mayor frecuencia de enfermedades implica una pérdida de horas laborales por causa de dichas enfermedades, conllevando problemáticas familiares asociadas, y empeoramiento de la calidad de vida.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

Si se mejora la calidad del entorno medioambiental y físico del distrito, la población hará un mayor uso de los espacios públicos y realizarán mejor sus actividades cotidianas. Esto conlleva una socialización más eficaz, lo que significa mayor calidad de vida y salud bio-psico-social.

Problemas de accesibilidad a las viviendas en ciertos barrios/ edificios del distrito (Pisos-cárcel)

Uno de los aspectos problemáticos del entorno son los obstáculos físicos o de diseño que dificultan la accesibilidad a los edificios. Esta situación se da, sobre todo, en las construcciones más antiguas, cuya planificación no incluía la diversidad de necesidades de movilidad que existen. La consecuencia más conflictiva es, que una gran proporción de las personas que los habitan son mayores. Además, tienen problemas o limitaciones de movilidad, creándose, por tanto, situaciones de encierro. Este fenómeno se conoce como ‘Pisos-cárcel’

Objetivo General 3.1 - Promocionar la habilitación de la accesibilidad en las viviendas que carecen de ellas

Indicador	Porcentaje de viviendas habilitadas.
Definición	El número de viviendas en las que se habilita la accesibilidad es de al menos el 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de viviendas habilitadas} / N^{\circ} \text{ de viviendas registradas como inaccesibles}) \times 100$.
Fuente	Registro de EMVISESA.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Exigir el cumplimiento de la normativa relacionada con la accesibilidad de los edificios. • Informar de las subvenciones y ayudas que hay disponibles y los beneficios fiscales en las comunidades.



Identificación de situaciones de insalubridad en ciertos puntos del distrito (plagas de roedores e insectos)

Hay puntos concretos identificados que suponen focos de insalubridad porque son el origen de las plagas de roedores e insectos que se han detectado.

Éstos, son el resultado de la suma de tres factores. Por un lado, la existencia de infraestructuras (alcantarillado, parques, solares...) en mal estado en ciertos lugares del distrito. Por otro lado, las conductas incívicas de la ciudadanía, que utiliza estos espacios como vertederos. Y, por último, la lentitud de las administraciones para dar respuestas a problemas concretos. Eso es debido, en gran medida a la débil coordinación y comunicación entre las distintas administraciones que tienen responsabilidades en la gestión y cuidado de estos espacios.

Objetivo General 3.2 - Promocionar la eliminación de los puntos de insalubridad

Indicador	Porcentaje de puntos de insalubridad.
Definición	El porcentaje de puntos, identificados desde la administración como insalubre, peligrosos para la salud pública, se reduce al menos en un 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de puntos eliminados} / N^{\circ} \text{ de puntos identificados}) \times 100$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar por parte de la policía local los puntos de venta en la calle. • Organizar grupos educativos, junto con la vecindad, que actúen sobre la limpieza, pintura, etc. (iniciativa ya implementada que tuvo mucho éxito)



Problemas de suciedad en espacios públicos

Hay un problema de suciedad en los espacios públicos del distrito en general, particularmente dañino en ciertas zonas como el Polígono Sur.

Las conductas incívicas, de ensuciar los espacios públicos, se ven, en cierto modo, promovidas por la confianza en los servicios de limpieza. Esto genera un fenómeno perverso, las personas tiran basura en los espacios públicos porque lo limpian los servicios de limpieza. Lo que lleva a tener que aumentar la frecuencia del recurso y se refuerza la idea de que los servicios están para eso. El círculo vuelve a empezar.

En un grado mayor de inconsciencia ciudadana, se encuentran aquellas personas que desarrollan conductas vandálicas: destruyendo los contenedores de basura, generando situaciones problemáticas de insalubridad, malos olores e interrupción del servicio normalizado de recogidas de basuras.

Por otro lado, existe una lentitud de respuesta por parte de las autoridades cuando estos actos incívicos y/o vandálicos son detectados y notificados, habiendo deficiencias en el cumplimiento de la normativa de control de la suciedad.

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

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Las medidas desarrolladas para reducir la suciedad afectan anualmente 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"> • Educación desde la población menor y en todas las edades de forma continuada. • Implementar medidas coercitivas cuando se detecten incumplimiento de la ley. • Soterrar los contenedores.



Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas

La existencia de desigualdades socioeconómicas significa que hay una parte de la ciudadanía que no tiene 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.

En Polígono Sur existe una situación extrema, ya que es donde se acumulan los índices de pobreza y exclusión más altos.

Por un lado, la marginalidad de estas personas que viven en una situación de vulnerabilidad económica se relaciona con la estigmatización y desconfianza sistemática que sufren por parte del resto de la sociedad. Esto provoca serios problemas de salud mental derivados del estrés mantenido que padecen. Cuando se entra en un estado de marginalidad, es muy complicado volver a una situación normalizada, por lo que en ocasiones se observa un ‘acomodamiento’ a percibir ayudas y no hay esfuerzo por buscar trabajo.

En las economías debilitadas, es más frecuente que se consuman productos más baratos, que normalmente son de peor calidad, tanto en alimentación como en otros aspectos, incluido el ocio. Esto se agrava en Polígono Sur, donde hay una gran actividad de economía sumergida.

Todos estos factores hacen que la población económicamente más frágil tenga unos peores niveles de salud en general.

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

Favorecer nivel socioeconómico de la población previene las situaciones de exclusión social, mejorando la salud mental, los niveles de estrés y la autoestima de las personas. Además, el incremento del nivel de poder adquisitivo ayuda a que aumente la calidad de los productos consumidos y las opciones de ocio elegidas. Con todo lo anterior, la salud general de la población progresa a niveles mayores.

Existencia de personas sin hogar que pernoctan en espacios públicos del distrito

La falta de recursos económicos mínimos y la carencia de una red de apoyo social (desarraigo familiar) lleva a algunas personas a pernoctar en los espacios públicos del distrito. En algunas ocasiones, estas situaciones se agravan con complicaciones como: problemas de drogadicción, trastornos mentales o problemas de readaptación social (por ejemplo, tras salir de la cárcel).

Los recursos existentes para responder son pocos (sólo hay uno en el Polígono Sur) y están muy concentrados geográficamente en otra zona de la ciudad. Las ayudas o redes asistenciales que se pueden solicitar son, en muchos casos, desconocidas por la población afectada.

Objetivo General 4.1 - Favorecer soluciones habitacionales para las personas sin hogar que pernoctan en espacios públicos del distrito

Indicador	Media de personas en situación de 'sinhogarismo' registradas en el distrito.
Definición	La media del número de personas en situación de 'sinhogarismo' registradas en los distintos servicios de atención al colectivo se reduce en relación al dato de 2018.
Cálculo	Sumatorio de los datos de los distintos registros / Nº total de registros.
Fuente	Registros de servicios sociales, comedor, albergue y centros de salud.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de espacios de acogida. • Aumentar los programas de inserción social.



Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito y alta tasa de desempleo entre la población del distrito

Según el Índice Sintético de Nivel socioeconómico, elaborado por el Observatorio de Salud, en este distrito se establece un nivel muy bajo para ‘Polígono Sur’, ‘La Oliva’ y ‘Las letanías’.

Las dificultades socioeconómicas son un factor con especial peso en las desigualdades, y, por consiguiente, en los problemas de salud de la población. Estos niveles son especialmente bajos y frecuentes entre la vecindad del Polígono Sur. Aunque también hay personas que tienen estos problemas en otras zonas. La causa fundamental de la situación es la falta de empleo, o la precariedad del mismo.

Entre la multitud de factores que están detrás de la alta tasa de desempleo del Distrito Sur, resalta la falta de formación para el empleo que tiene la población. Concentrándose principalmente este problema entre la comunidad del Polígono Sur, aunque sea un factor presente en un grado menor en el resto de barrios del distrito.

En Polígono Sur, esta situación es más grave dada la alta tasa de abandono escolar. Producida en parte por la desvalorización de las familias por la escolaridad y la alta frecuencia de casos de familias desestructuradas.

Los recursos para la formación que se ofertan desde las administraciones públicas no son aprovechados por la población que podría beneficiarse de ellos.

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 programas de empleo protegido. • Fomentar la creación de cooperativas laborales. • Adaptar la oferta formativa a los perfiles que demanda el mercado y las características de las personas demandantes. • Aplicación real de la ley sobre el absentismo para mejorar el nivel formativo. • Control y seguimiento de las ayudas sociales para evitar el mal uso de las mismas.



5. Plan de comunicación

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

5.1. Comunicación interna

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

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

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

5.2. Comunicación externa

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

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

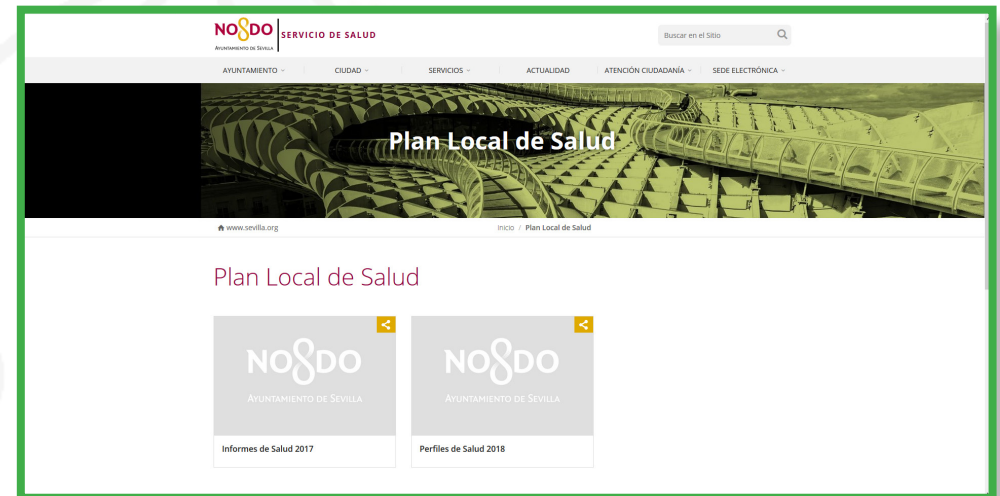
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

Ilustración 23: Logotipo del PLS de Sevilla.



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



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

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

**BASADO EN
LOS DETERMINANTES
DE LA SALUD**

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

Por lo tanto...

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

MICHAEL MARMOT

INTERSECTORIAL

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

PARTICIPATIVO

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

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



DELEGACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO

Dirección General de Salud Pública y Protección Animal

Servicio de Salud

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

**RED
ACCION
LOCAL DE
SALUD**

**PLAN
LOCAL DE
SALUD**

2019 - 2023



SALUD LOCAL

SEVILLA

NO8DO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo



Ilustración 25: Cara posterior del folleto editado para el PLS de Sevilla

PLAN LOCAL DE SALUD DE SEVILLA

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

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

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

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

WWW.REDLOCALSALUD.ES

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

Esto significa...



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



Cuidar nuestro entorno.
Creando espacios públicos agradables, que favorezcan el ejercicio físico y las relaciones sociales, y promoviendo el buen uso de los 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

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS PLANES DE SALUD

2023

ELABORACIÓN DE AGENDAS Y SUS EVOLUCIONES

FEBRERO 2019

APROBACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD Y SUS DISTRITOS

OCTUBRE 2018

ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

MAYO 2018

PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

PERFILES DE SALUD

GRUPOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

OCTUBRE 2017

FORMACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES SENTIDAS POR LA CIUDADANÍA

JUNIO 2017

CREACIÓN Y FORMACIÓN INICIAL DE LOS GRUPOS MOTORES

INFORMES DE SALUD

ACUERDO DE COLABORACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE SALUD

2016



6. Bibliografía

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

7. Glosario de términos y acrónimos

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

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

8. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Medidas

DATOS:

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

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

Anexo 2: Checklist Implantación

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

