

Distrito:

Este - Alcosa - Torreblanca

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 | 56 |
| 2. Misión, visión y principios rectores | 9 | 4.3. Plan de Acción | 56 |
| 3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla | 11 | 1. Línea de Estilos de Vida | 57 |
| 3.1. Fase Inicial | 12 | 2. Línea de Entorno Social | 61 |
| 3.2. Fase de Perfil de Salud | 16 | 3. Línea de Entorno Medioambiental | 66 |
| 3.3. Fase de Priorización | 18 | 4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas | 70 |
| 3.4. Fase de Plan de Acción | 19 | 5. Plan de Comunicación | 73 |
| 3.5. Fase de Implantación | 20 | 6. Bibliografía | 77 |
| 3.6. Evaluaciones | 22 | 7. Glosario de términos y acrónimos | 78 |
| 4. Documentos | | 8. ANEXOS | |
| 4.1. Perfil de Salud | 23 | Anexo 1: Ficha de Medidas | 80 |
| 4.1.1. Informe de Salud | 24 | Anexo 2: Checklist Implantación | 81 |
| 4.1.2. Análisis Técnico Sectorial | 49 | | |
| 4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía | 53 | | |



1. Marco normativo y conceptual

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

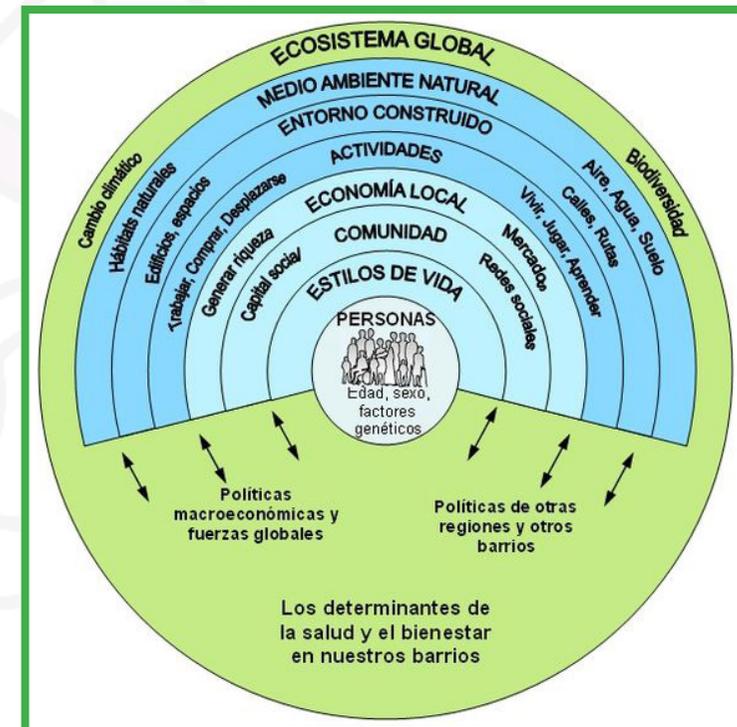
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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

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

(Wilkinson and Marmot, 2003)

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



Europa

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

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

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

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

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

España

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

Andalucía

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



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

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

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

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

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



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

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

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

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



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

Las **fases** son las siguientes:

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

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

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

2.2. Visión

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

2.3. Principios rectores

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



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

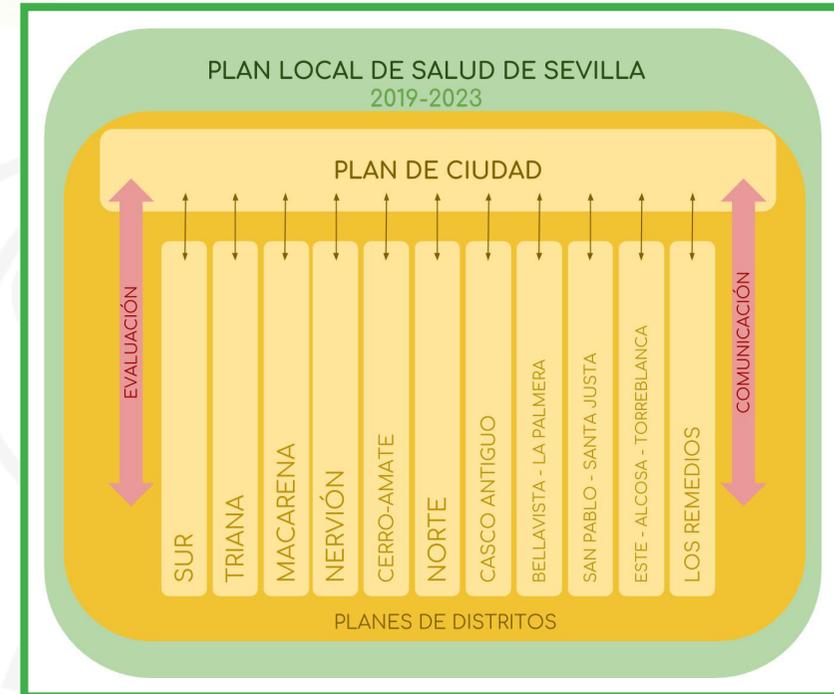
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla

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

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

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

Ilustración 3: Estructura del PLS de Sevilla.



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

Ilustración 4: Línea temporal de los principales hitos.



3.1. Fase Inicial

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

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



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

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

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

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

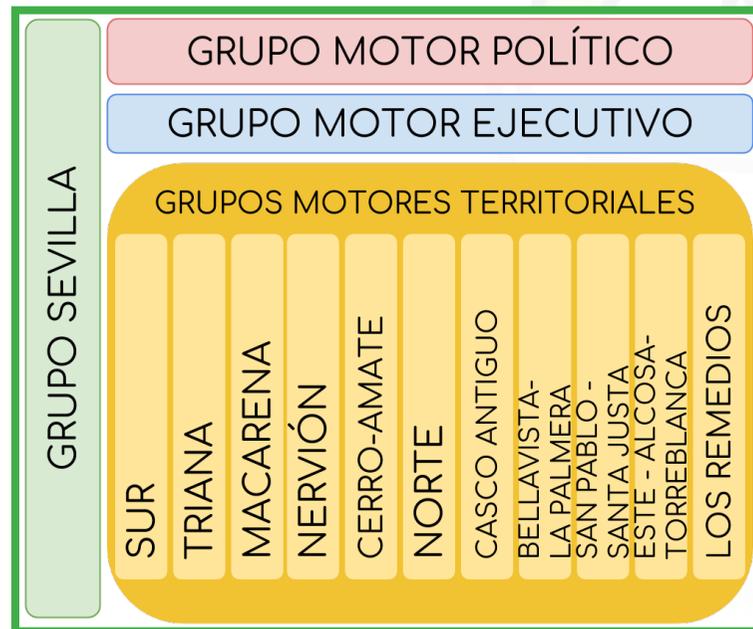


Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



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

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

| Miembros de los Grupos Motores Político y Ejecutivo | | |
|---|--|---|
| Área | Grupo Motor Político | Grupo Motor Ejecutivo |
| 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 Este - Alcosa - Torreblanca** está compuesto por profesionales técnicos¹ de las siguientes entidades.

| ENTIDADES |
|--|
| Unidad de Promoción de la Salud Este - Alcosa - Torreblanca (U.P.S.) |
| Servicio de Salud-Sección Promoción de la Salud |
| Servicios Sociales. U.T.S. Sevilla Este - Alcosa |
| Servicios Sociales. UTS Torreblanca |
| Centro Cívico Torreblanca |
| Distrito Este - Alcosa - Torreblanca |
| Instituto Municipal de Deportes (I.M.D) |
| Unidad de Gestión de Salud Pública. Sevilla |
| Centro de Salud Puerta Este |
| Centro de Salud M ^a Fuensanta Pérez Quirós |
| Centro de Salud Parque Alcosa |
| Centro de Salud Torreblanca |
| C.E.I.P. Maestro José Fuentes |
| C.E.I.P. Menéndez Pidal |
| I.E.S. Torreblanca |
| I.E.S. Pablo Picasso |

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, que es 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.

En este distrito, la metodología se ha adaptado, por petición del GMT debido a la existencia de una Zona Desfavorecida, **Torreblanca**. Las características de esta zona son tan diferentes del resto que ha sido tenida en cuenta de manera específica en cada una de las fases y documentos.

3.2.1. Taller de impulso inicial

En este primer taller se realizó el **6 de octubre de 2017 en el Centro Cívico Torreblanca**. El objetivo principal es la creación del GMT, que sus integrantes se conozcan y reciban una formación inicial sobre las bases metodológicas y conceptuales de la Acción Local en Salud. Se abordan los fundamentos de la estrategia RELAS, con la legislación relacionada y la metodología de elaboración de PLS.

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

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

3.2.2. Detección de necesidades sentidas

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

La técnica tiene los siguientes pasos:

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

Imagen del Taller de Impulso.



El 6 de noviembre de 2017 en el Centro Cívico Torreblanca se realizó un taller de formación sobre la técnica, en el que se organizó la tarea de realizar los grupos nominales ciudadanos. Las personas del GMT aprendieron la técnica de Grupos Nominales, con el objetivo de que estas mismas personas la utilicen con grupos ciudadanos (infancia, juventud, adultez, mayores) para reflejar los problemas y las necesidades sentidas por la ciudadanía del distrito.

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

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

3.3. Fase de Priorización

Para la priorización de los problemas identificados en el distrito, el equipo de coordinación técnica del PLS, elabora un listado con los problemas que se identifican en las distintas partes documento del Perfil de Salud: Informe de Salud, Análisis Técnico Sectorial y los Grupos Nominales. Se realiza entonces un taller el día 28 de Mayo de 2018 en el que participan las personas del GM del distrito, donde se explica la técnica de priorización y se aplica al listado de problemas ya elaborado.

Imagen del Taller de Priorización.



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

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

3.4. Fase Plan de Acción

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

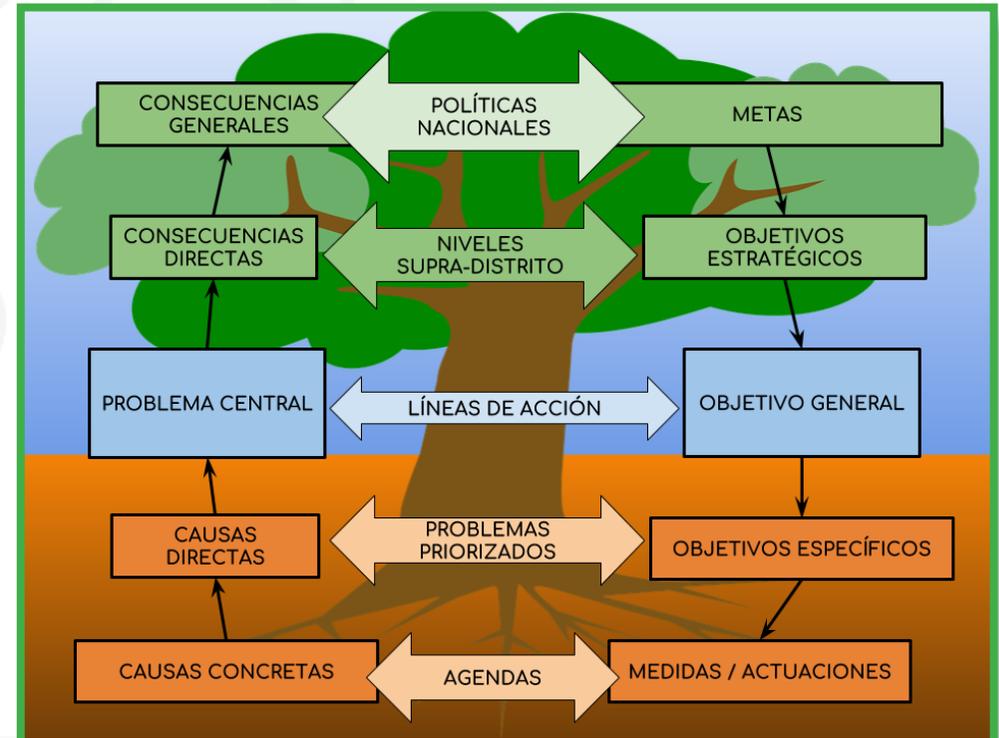
1. **Magnitud:** Cantidad de personas afectadas en el distrito (de 0 a 10).
2. **Severidad:** Impacto que tiene el problema sobre la persona a la que afecta (de 0 a 10).
3. **Facilidad:** Las medidas que se requieren son más o menos fáciles (de 0 a 10).
4. **Posibilidad:** Posibilidad, capacidad y competencias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

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

Se suman las puntuaciones de todos los 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 **16 de Noviembre de 2018**, donde se presentan las conclusiones del taller anterior (las priorizaciones), y la propuesta de borrador del plan de acción. A continuación se plantea realizar una dinámica llamada ‘Árboles de problemas y de soluciones’ donde las personas integrantes del GMT se dividen en 4 grupos de discusión y elaboran un análisis de los problemas priorizados y de las soluciones que se proponen, utilizando la figura de un árbol.

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

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

3.5. Fase Implantación

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

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

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

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

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

Ilustración 7: Esquema contenido de agenda.



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

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

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

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

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

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

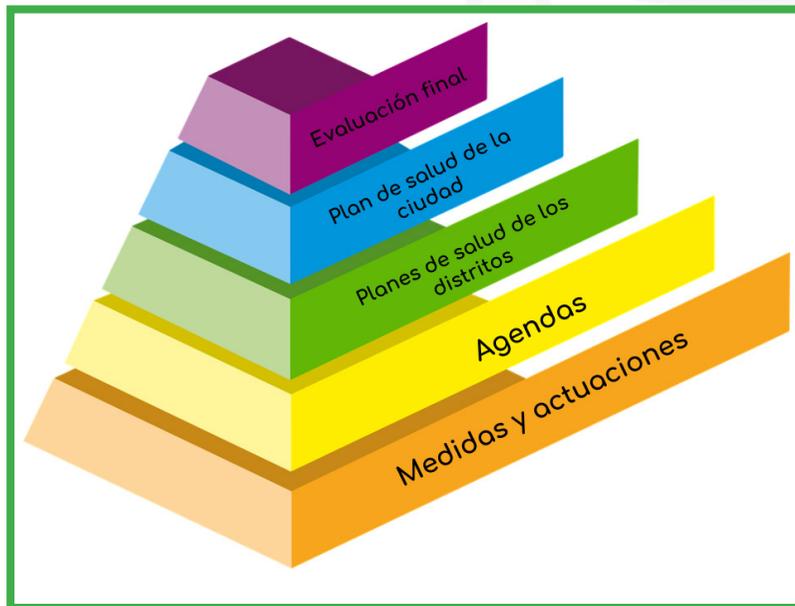
Estas medidas se incluyen en una agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

3.6. Evaluaciones

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

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

Ilustración 8: Niveles de Evaluación.



Evaluaciones según los momentos:

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

Evaluaciones según los objetivos:

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

4. Documentos

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

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

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

4.1. Perfil de Salud

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

1. Informe de Salud

A. División administrativa

Incluye:

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

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

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



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

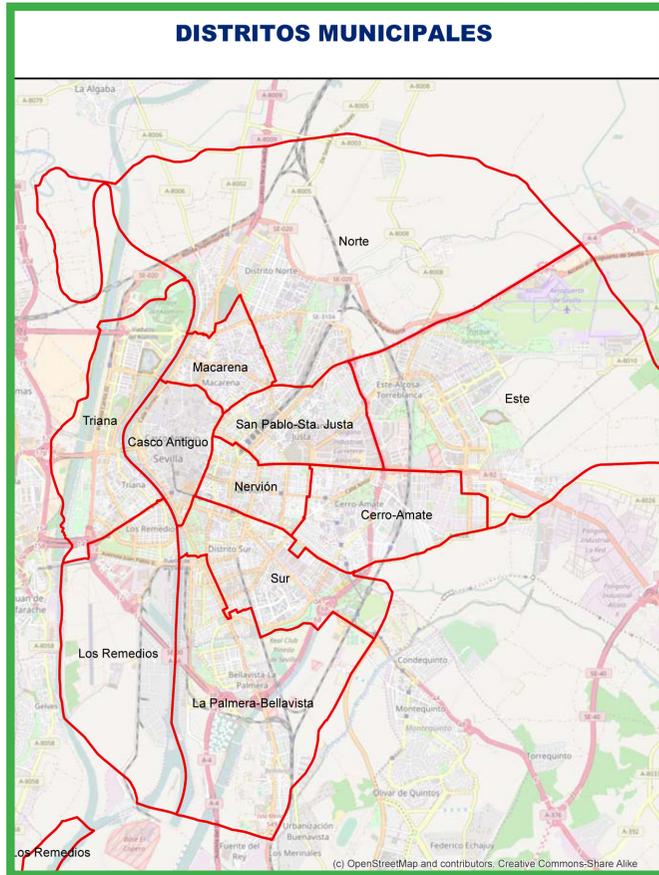


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



B. Datos socio-demográficos

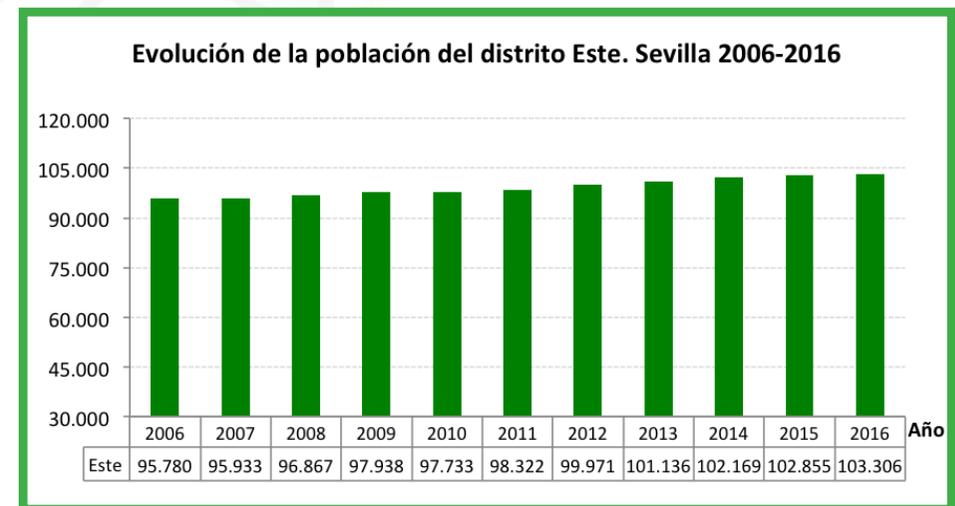
Este es el distrito más poblado con un total de 103.306 habitantes (casi el 15% del total de Sevilla). En superficie es el segundo distrito más extenso, después de Norte, resultando una densidad de población inferior a la media de la ciudad.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

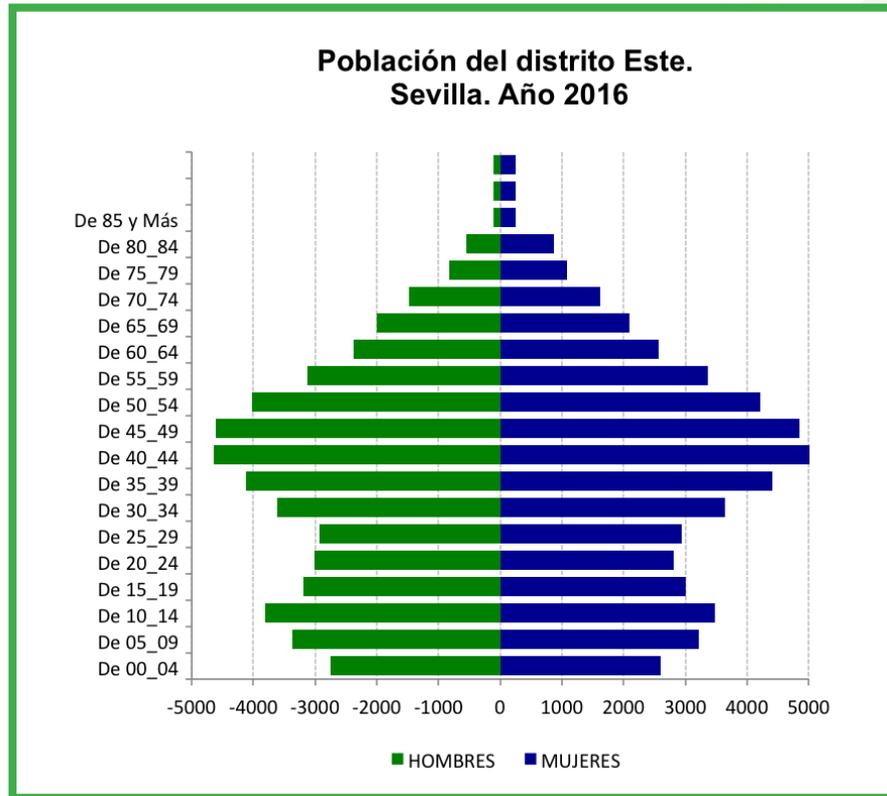
Este distrito, junto al de Bellavista - La Palmera, ha experimentado un importante crecimiento de población; tan solo en la última década ha aumentado en 7.526 habitantes, convirtiéndose en una de las zonas de expansión de la ciudad.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

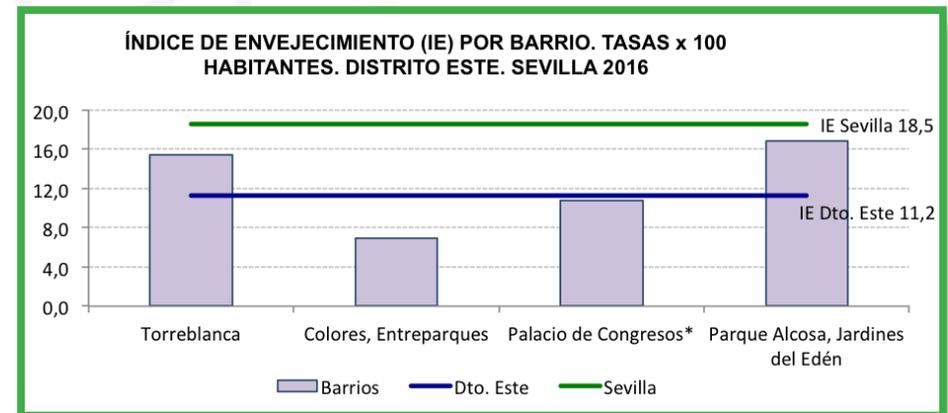


Entre los barrios destaca el más poblado, Colores - Entreparkes, donde el porcentaje de población menor de 16 años supera la media del distrito y a su vez el porcentaje de personas mayores de 64 años disminuye. Un tercio de las personas mayores de 64 años del distrito se encuentran en Parque Alcosa, Jardines del Edén.

Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

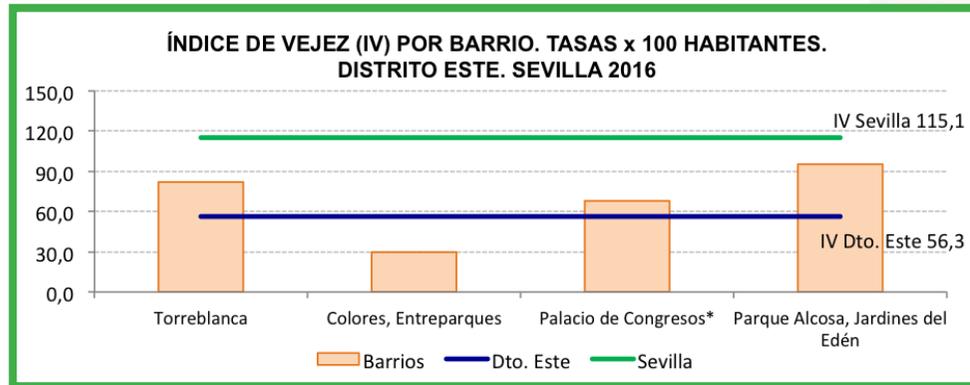


Este distrito es el segundo, después de Bellavista - La Palmera, con mayor porcentaje de población infantil (superando la media de la ciudad) y menor porcentaje de personas mayores (inferior a Sevilla).



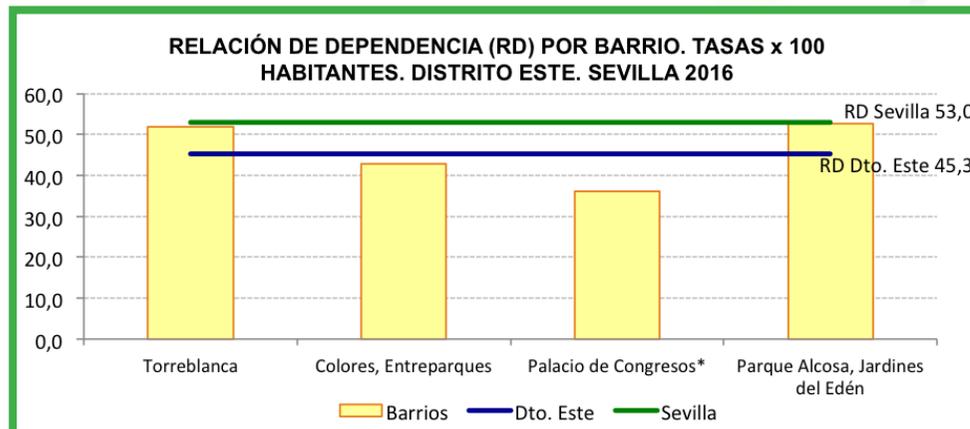
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

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.

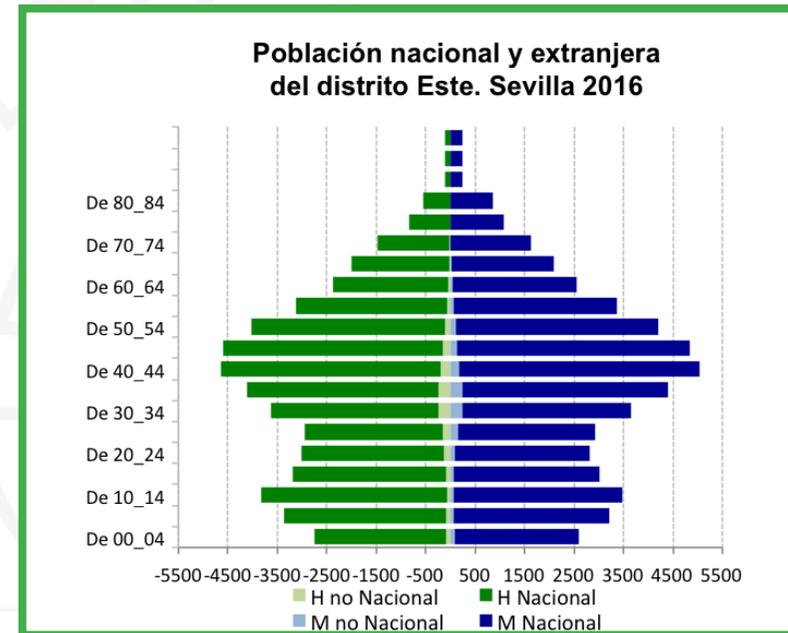
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la **población extranjera de la ciudad**, en el distrito Este - Alcosa - Torreblanca encontramos 3.296 personas de ambos sexos, es decir el **9,2%**, lo que hace que sea el cuarto distrito con más extranjeros de Sevilla, después de los distritos Macarena, Cerro - Amate y Casco Antiguo.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



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

La mayoría de la población extranjera en este distrito son **personas de Asia, Europa Occidental** (con mayor población masculina) y **América del Sur** (con mayoría femenina).

Más de la cuarta parte de la población extranjera del distrito es de origen asiático, concretamente de China. En **Palacio de Congresos, Urbadiez, Entrepuentes** llegan a alcanzar la mitad de la población no española con 455 habitantes. Por otro lado, en Torreblanca la mitad de las 681 personas de procedencia extranjera es del continente africano (158 de Marruecos y 174 del resto de países).

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

| Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito | | | | |
|--|----------------|----------------|--------------|------------------------------|
| Procedencia | Hombres | Mujeres | Ambos | % Extranjeros (Ambos) |
| Asia | 491 | 427 | 918 | 27,9 |
| Europa Occidental | 319 | 220 | 539 | 16,4 |
| América del Sur | 198 | 318 | 516 | 15,7 |
| Resto de África | 265 | 130 | 395 | 12,0 |
| Europa del Este | 158 | 175 | 333 | 10,1 |
| Marruecos | 177 | 139 | 316 | 9,6 |
| Resto de América | 65 | 147 | 212 | 6,4 |
| Otros | 46 | 21 | 67 | 2,0 |
| Total | 1719 | 1577 | 3296 | 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 este distrito, la agrupación de barrios ha sido la siguiente (datos 2011):

- Agrupación 30: “Palacio de Congresos - Urbadiez - Entreparques” - **nivel 2.**
- Agrupación 8: “Colores - Entreparques” - **nivel 3.**
- Agrupación 20: “Parque Alcosa - Jardines del Edén” - **nivel 4.**
- Agrupación 47: “Torreblanca” - **nivel 5.**

Los siguientes mapas recogen esta información, así como el índice basado en los datos de 2001 y los cambios producidos en el periodo analizado. Como vemos, “Colores - Entreparques” ha perdido un punto, mientras que el resto se ha mantenido en el mismo nivel de 2001.

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

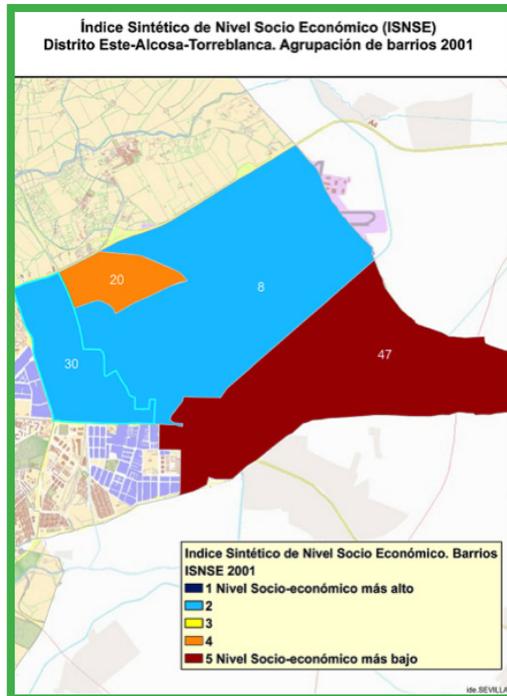


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.

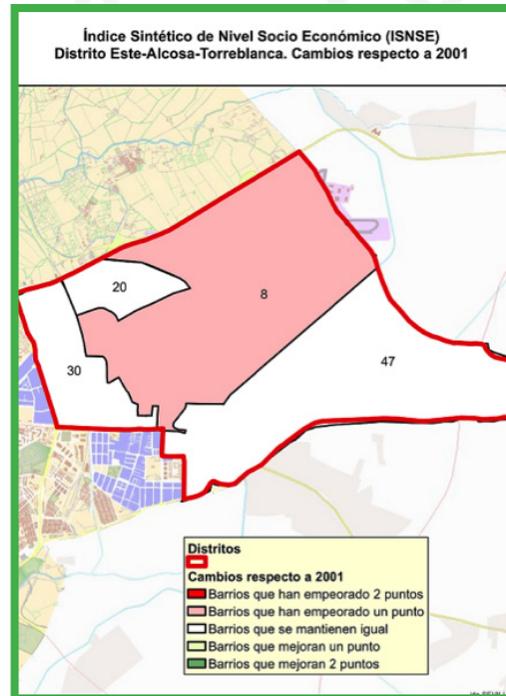
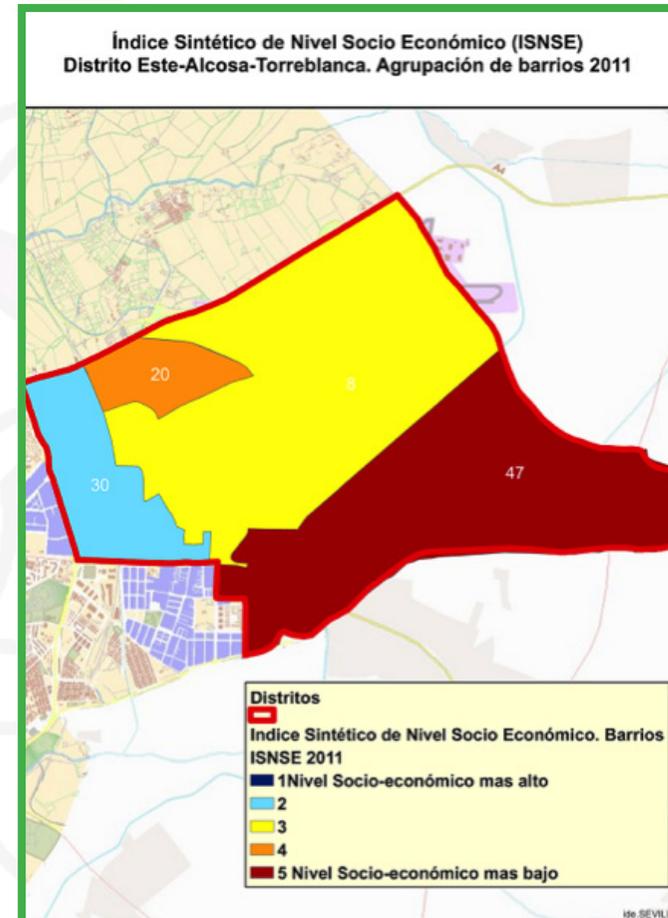


Ilustración 13: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



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 cuarta zona con menor renta media de toda España (tercera de Sevilla) está en este distrito.
- De las cinco zonas con menor renta media de España, tres están en Sevilla; y de las quince zonas con menor renta media, siete están en Sevilla.

Como vemos, el barrio **Torreblanca** de este distrito se encuentra entre los barrios con menor renta media identificados en dicho estudio.

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 Polígono Norte Hermandades - La Carrasca La Barzola |
| Sevilla SCD N° 2-B | 17.918 | 18.165 | Macarena | 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 |

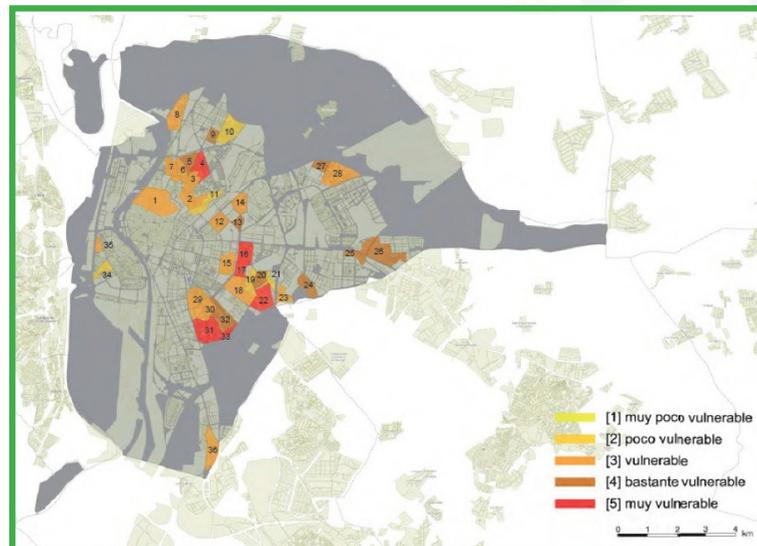
Barrios vulnerables

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.

En el caso del distrito Este - Alcosa - Torreblanca este estudio ha identificado como vulnerables 4 zonas, denominadas en el estudio “Torreblanca Este”, “Torreblanca Oeste”, “Alcosa Este” y “Alcosa Oeste”.

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, 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.

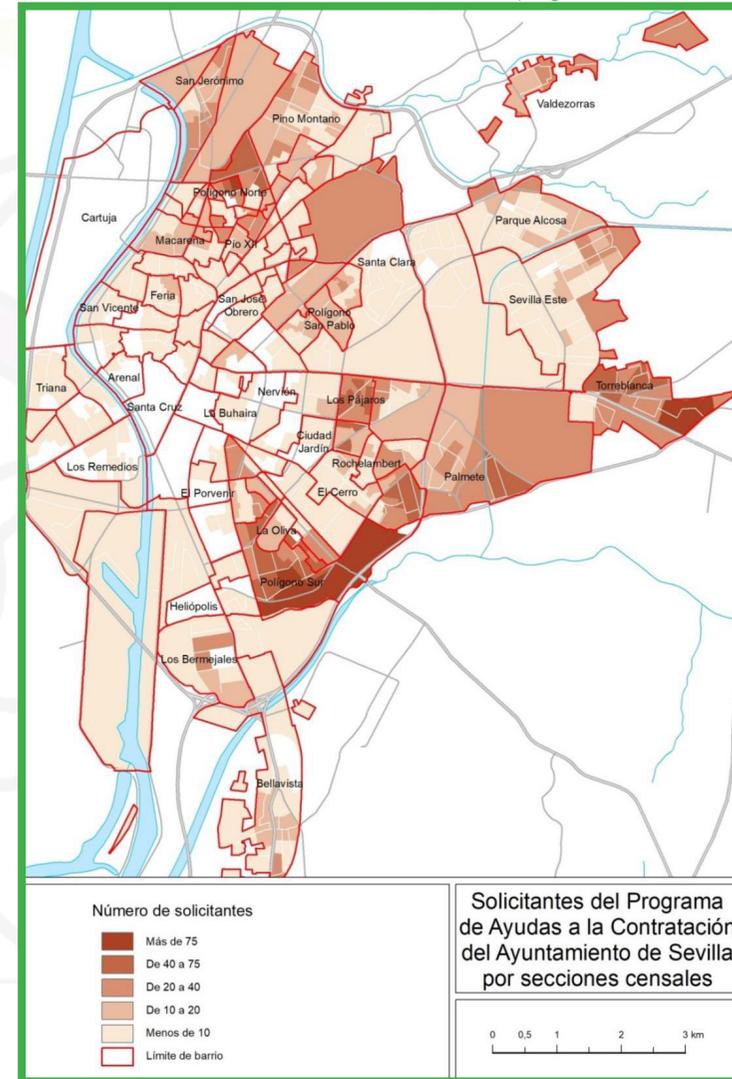
Este programa tiene una repercusión importante en zonas del municipio de Sevilla con fuerte presencia del desempleo.

Fuente: Bitácora 2007–2016.

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

| Barrios con mayor número de solicitantes de PACAS (2016) | | | |
|--|--|----------------------------|--------------|
| Distrito | Barrio | % del total de solicitudes | % de mujeres |
| Sur | Polígono Sur | 12,1% | 52% |
| Este - Alcosa - Torreblanca | Torreblanca | 11,6% | 55% |
| Cerro - Amate | Los Pájaros | 8,2% | 55% |
| Norte | Barriada Pino Montano | 4,7% | 55% |
| Cerro - Amate | Palmete | 4,5% | 61% |
| Cerro - Amate | La Plata | 4,0% | 52% |
| Este - Alcosa - Torreblanca | Colores - Entreparques | 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 el siguiente mapa con datos absolutos y se contabilizan una serie de secciones censales con más de 75 casos en el Polígono Sur, Torreblanca y Polígono Norte.



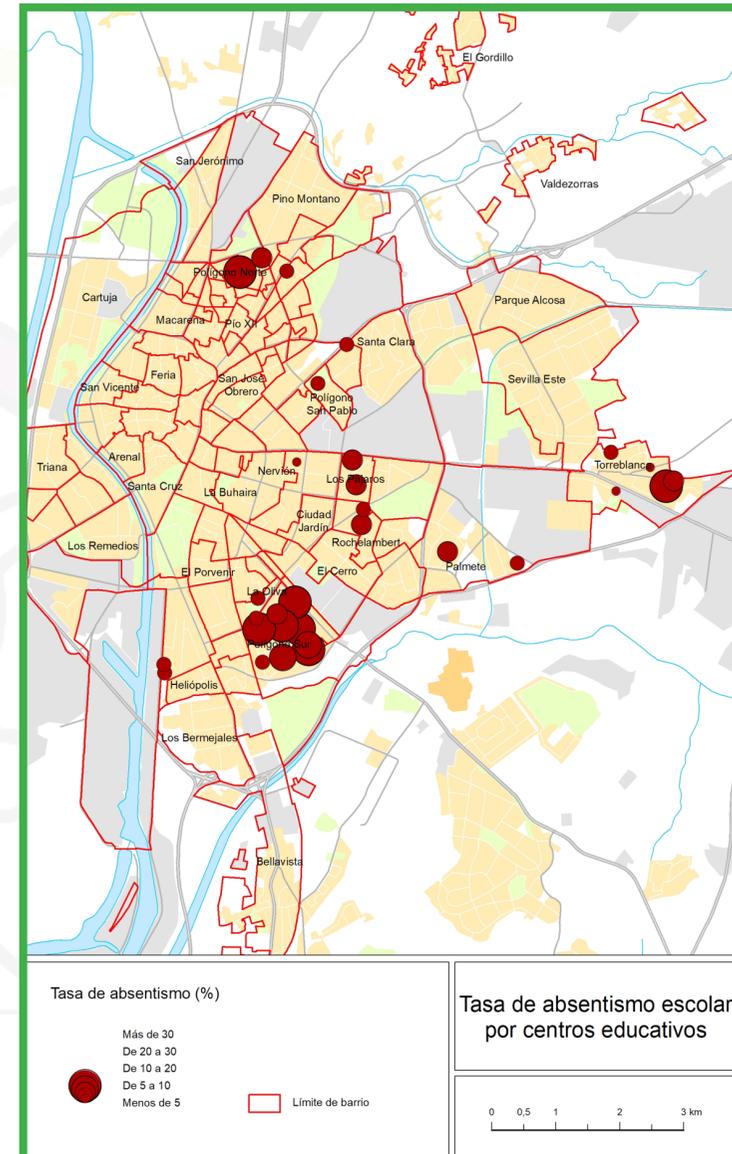
Absentismo Escolar

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

Ilustración 16: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.



Personas en situación de dependencia

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

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

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

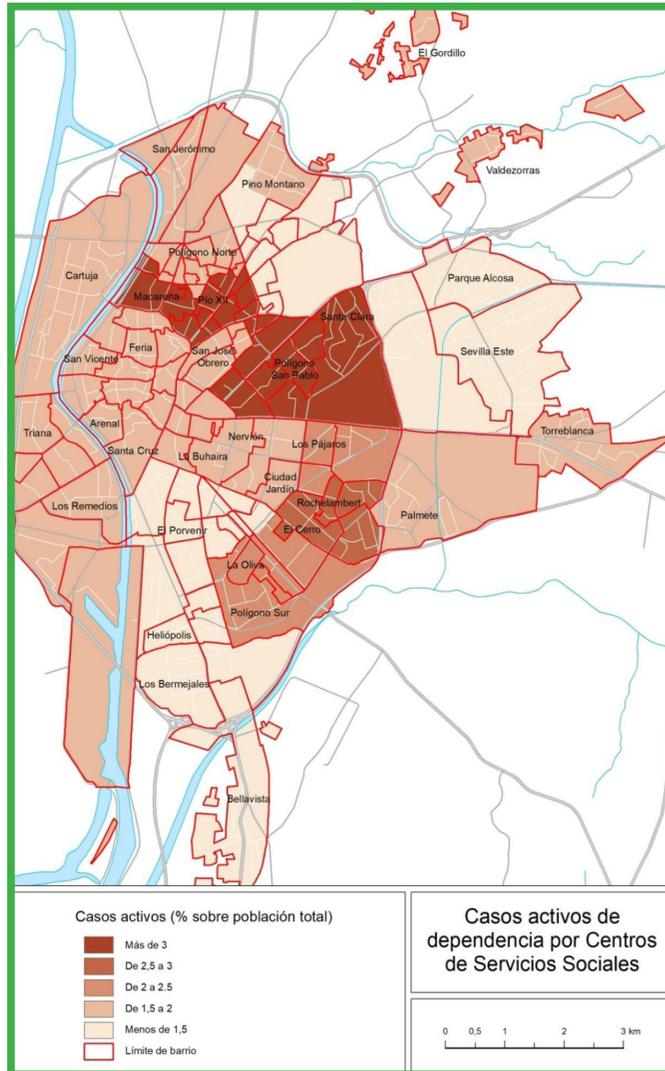
Debemos destacar casos que aunque no suponen un número absoluto muy elevado, sí resultan significativos en cuanto al porcentaje respecto de la población. En este grupo estarían Cerro - Su Eminencia, 2,6%, Tres Barrios - Amate, 2,2%, o Polígono Sur, este último registra un número significativamente menor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

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

| Casos de dependencia activos desde 2007 a 2016 | | | |
|--|-------------------------------------|---------------|----------------|
| Distrito | Centro de Servicios Sociales | Casos Activos | % de población |
| San Pablo - Santa Justa | San Pablo - Santa Justa | 1784 | 4,4% |
| Macarena | Macarena | 1469 | 3,8% |
| Cerro - Amate | Cerro - Su Eminencia | 1072 | 2,6% |
| Cerro - Amate | Tres Barrios - Amate | 684 | 2,2% |
| Sur | Polígono Sur | 643 | 2,1% |
| Casco Antiguo | Casco Antiguo | 1082 | 1,8% |
| Triana y Los Remedios | Triana - Los Remedios | 1300 | 1,7% |
| 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 Este - Alcosa - Torreblanca las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas. Se puede observar en la figura 1 un incremento de la incidencia de todas las ITS desde 2015. De mayor a menor incidencia en el último año descrito identificamos chlamydia, seguida de infección gonocócica, herpes genital, y sífilis, y alcanzando cada una de estas tres enfermedades valores muy superiores a los identificados en Sevilla ciudad.

Encontramos diferencias por UGC de cada una de estas enfermedades. Destaca la UGC Torreblanca que presenta las tasas más altas de notificación de sífilis, chlamydia y herpes genital en UGC Mercedes Navarro, e infección gonocócica en Puerta Este.

Dentro de las **enfermedades inmunoprevenibles** destaca la Hepatitis A por presentar un repunte de incidencia en 2017 (23.8 por 100.000 habitantes), seguido de Parotiditis (12.8 por 100.000 habitantes) y Tosferina (11 por 100.000 habitantes en 2015). Presentan en general una incidencia inferior a Sevilla ciudad, salvo ENI que presenta una incidencia ligeramente superior.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

| UGC/CAP | Vacunación completa a los 2 años | Vacunación con 2 dosis TV |
|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Mª Fuensanta Pérez Quirós | 94,7% | 96,9% |
| Puerta Este "Dr. Pedro Vallin" | 92,1% | 95,2% |
| Torreblanca | 95,5% | 96,2% |
| Alcosa "Mercedes Navarro" | 96,3% | 95,7% |

La **tuberculosis** en este distrito presenta una incidencia ligeramente superior a Sevilla ciudad, destacando mayores valores en C.S. M. Navarro y Torreblanca (promedio 2015-17).

Indicadores de Calidad Preventivos (PQI)

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

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

Podemos observar en este distrito municipal diferencias por CS, presentando la población de Torreblanca mayor riesgo de ingresos prevenibles por las tres causas PQI5, PQI16 y PQI8 (de mayor a menor Razón Estándar).

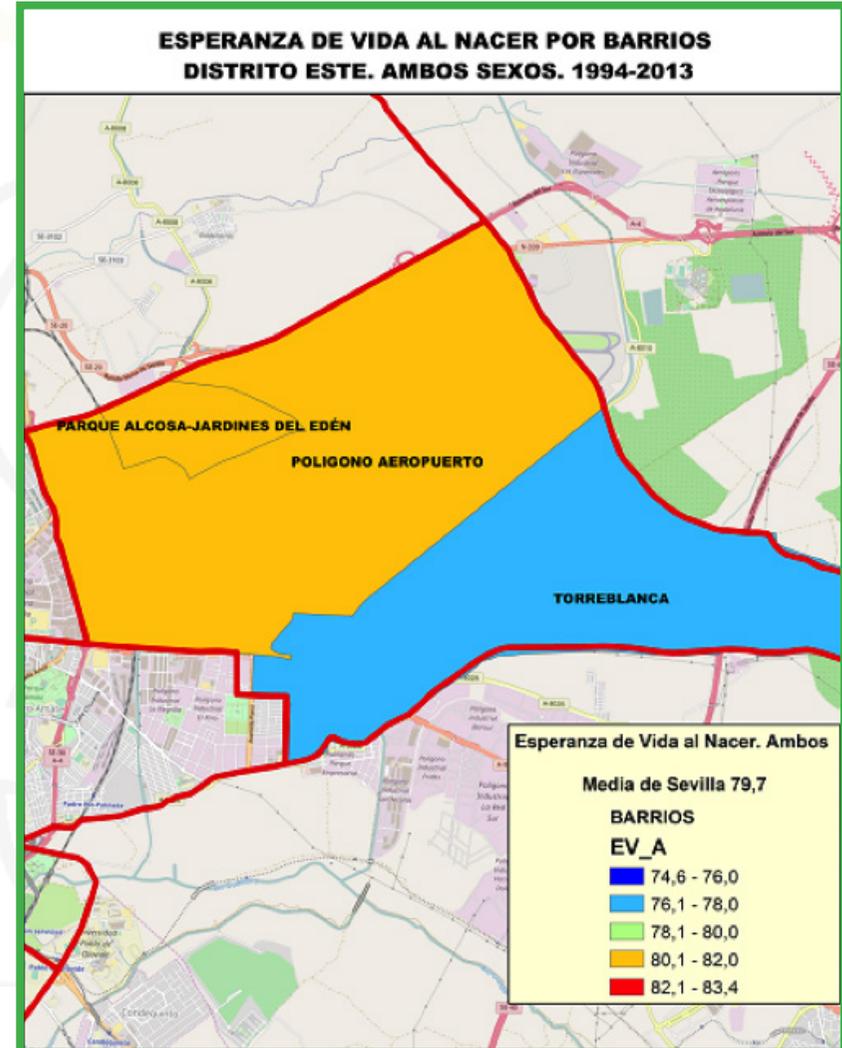
Todos los C.S. a excepción de Puerta Este presentan un riesgo mayor a ingresos por PQI8.

E. Mortalidad

El distrito Este - Alcosa - Torreblanca, en el periodo 2011-2014, ha registrado una **esperanza de vida al nacer** para ambos sexos de 81,4 años, cifra similar a la del conjunto de la ciudad; ocurre lo mismo al analizar estos datos por sexo.

Por barrios, y analizando los datos del periodo 1994-2013 para ambos sexos, se observa que para todos los barrios la esperanza de vida al nacer se sitúa en 80-82 años, salvo para Torreblanca con 4 puntos menos.

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



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

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

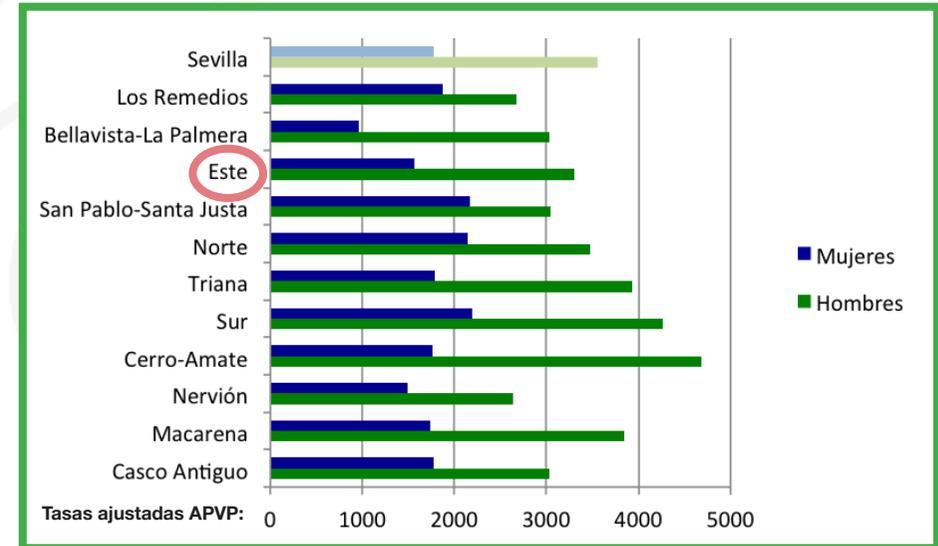
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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

En el caso del distrito Este - Alcosa - Torreblanca, este indicador se sitúa, tanto para hombres como para mujeres, por debajo del valor para 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).

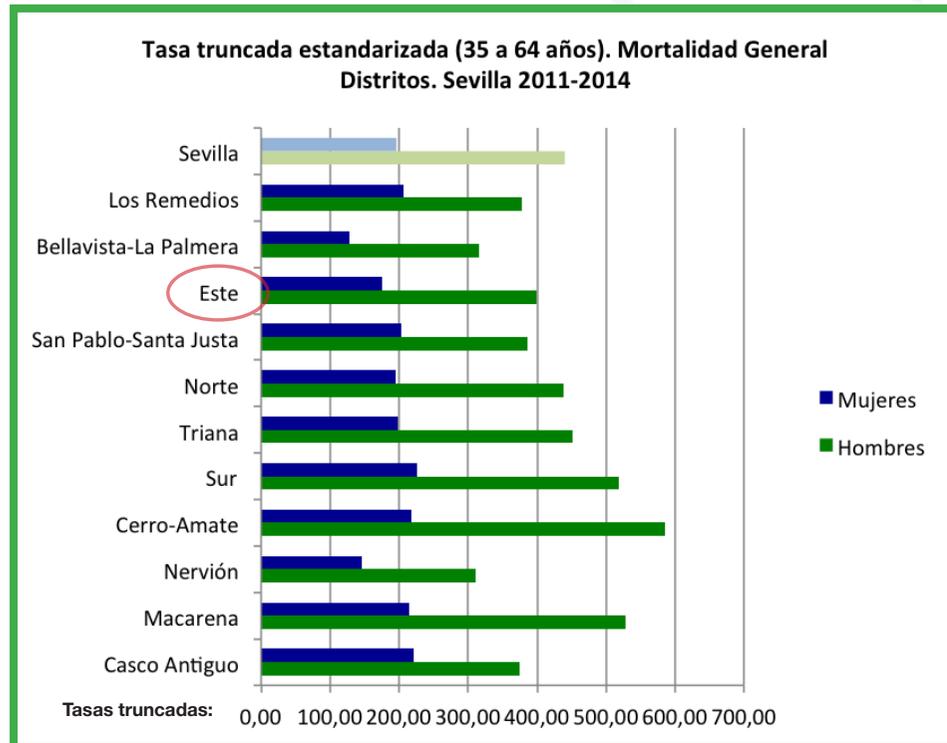
Fuente: IECA. Elaboración propia.



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, tanto para hombres como para mujeres, por debajo de la media de la ciudad.

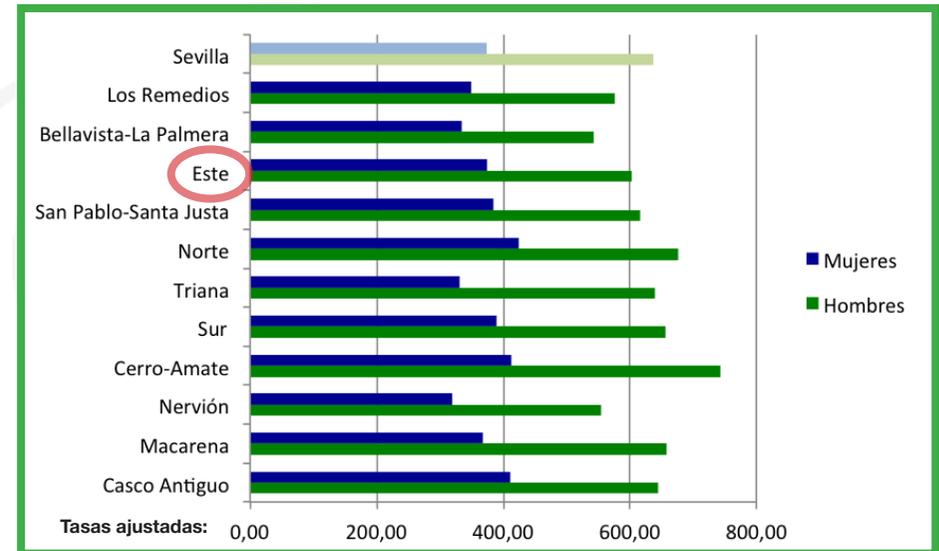
En la siguiente gráfica se muestra la Tasa Truncada por 100.000 habitantes de mortalidad general, por todas las causas, en los distritos de Sevilla (2011-2014).

Fuente: IECA. Elaboración propia.



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

Fuente: IECA. Elaboración propia.

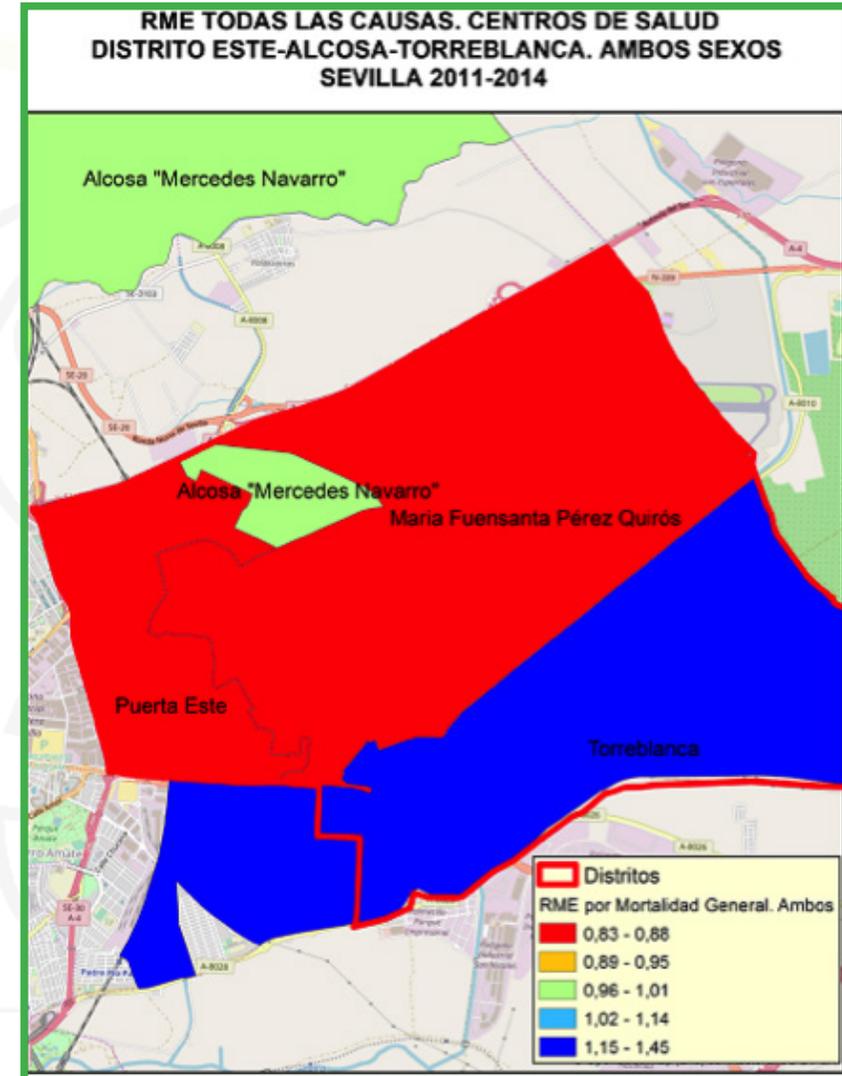


Para el análisis de la mortalidad por áreas más pequeñas que el distrito (centros de salud y barrios) utilizaremos el indicador **Razón de Mortalidad Estandarizada (RME)**. Este indicador relaciona las muertes observadas, en cada una de las zonas territoriales estudiadas, con las esperadas para esa zona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

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

Como se muestra en los siguientes mapas, la RME por barrios es, tanto para la mortalidad general como para los principales grupos de causas, menor o igual que 1 en todo el distrito salvo en Torreblanca. Al analizar estos datos por centro de salud observamos este mismo patrón.

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



F. Entorno Medioambiental

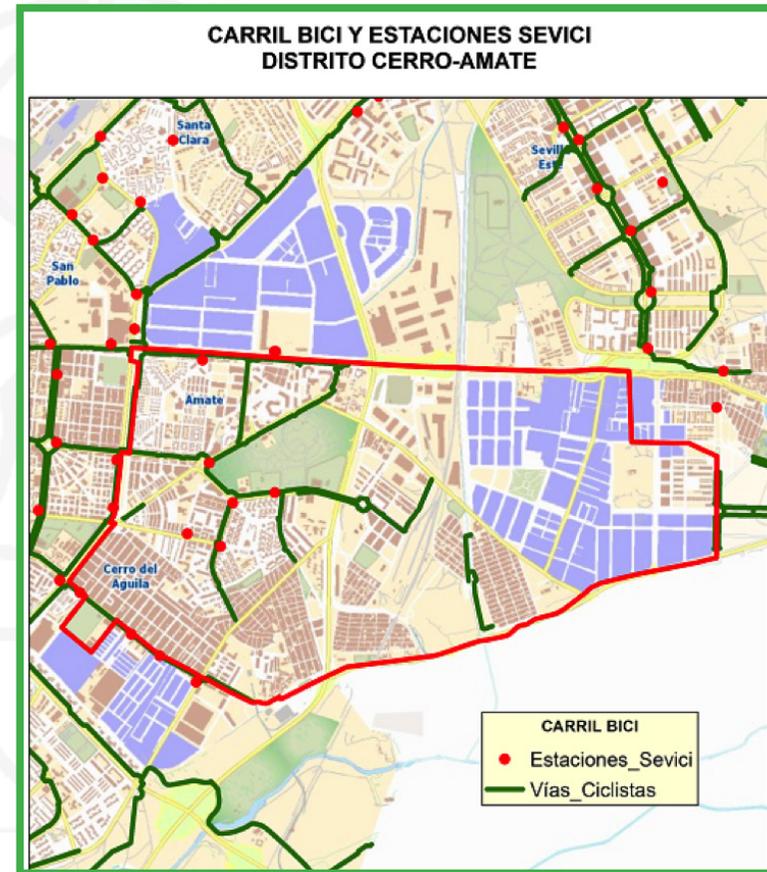
Zonas verdes: A partir de los datos de parques y jardines por distritos recogidos en la siguiente tabla, calculamos que el distrito Este - Alcosa - Torreblanca cuenta con 17,8 m² de zonas verdes por habitante, una cifra superior a la media de la ciudad, que se sitúa en 14 m²/Hab., y superior al mínimo establecido por las recomendaciones de la OMS (10 - 15 m²).

*Fuente: Servicio de Parques y Jardines, Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.
Publicado en El Anuario Estadístico de la ciudad de Sevilla, 2014.*

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

Carril bici y red de bicicletas: En este distrito el carril bici solo llega a una parte del mismo, con una amplia extensión del distrito sin vías ciclistas ni estaciones del servicio de préstamo de bicicletas.

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



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

Algunos de los **recursos municipales**, educativos y sanitarios del distrito Este – Alcosa – Torreblanca, se localizan en el siguiente mapa.

Ilustración 21: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.

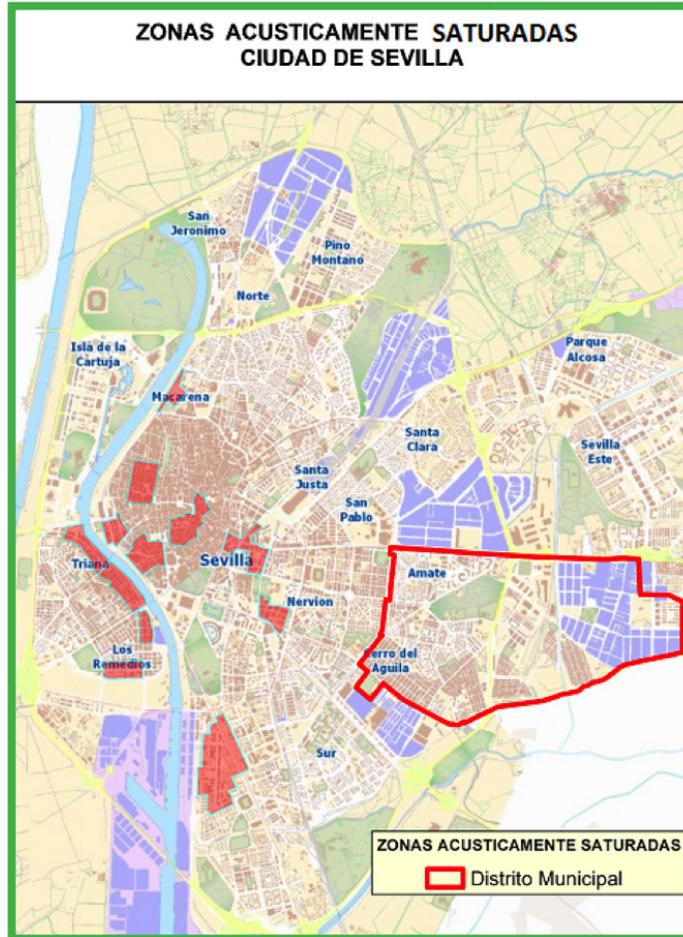
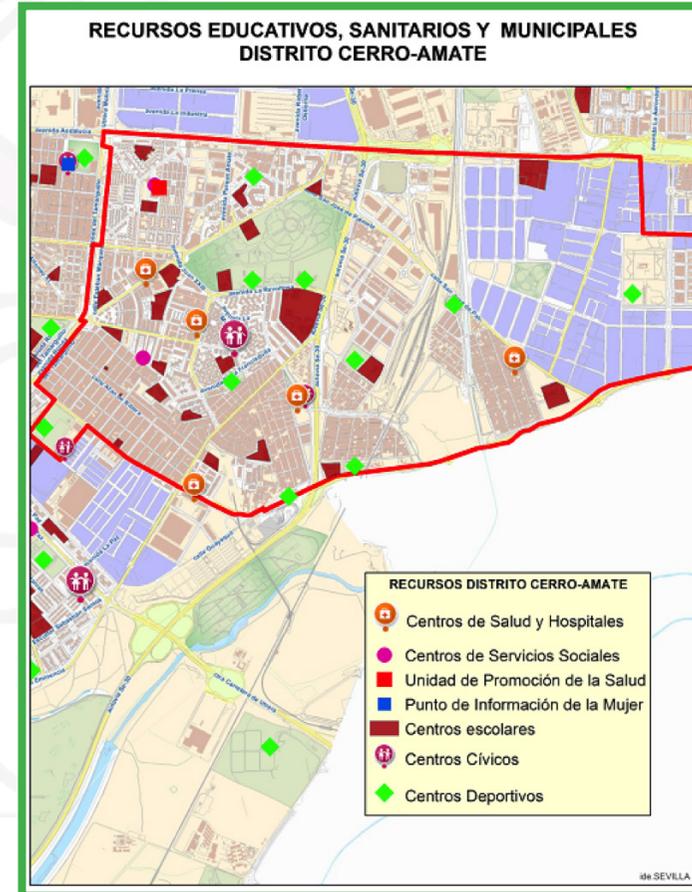


Ilustración 22: Distribución geográfica de los recursos existentes en el distrito.



G. Estilo de vida

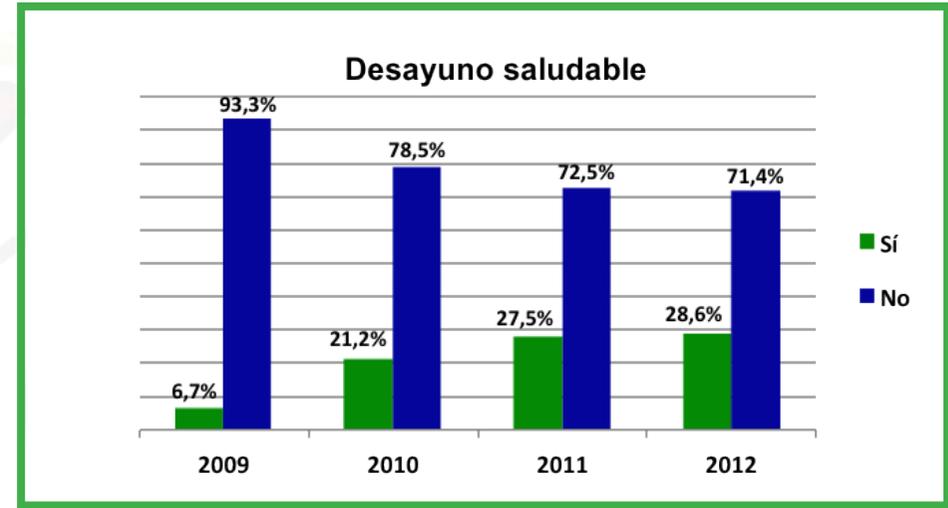
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

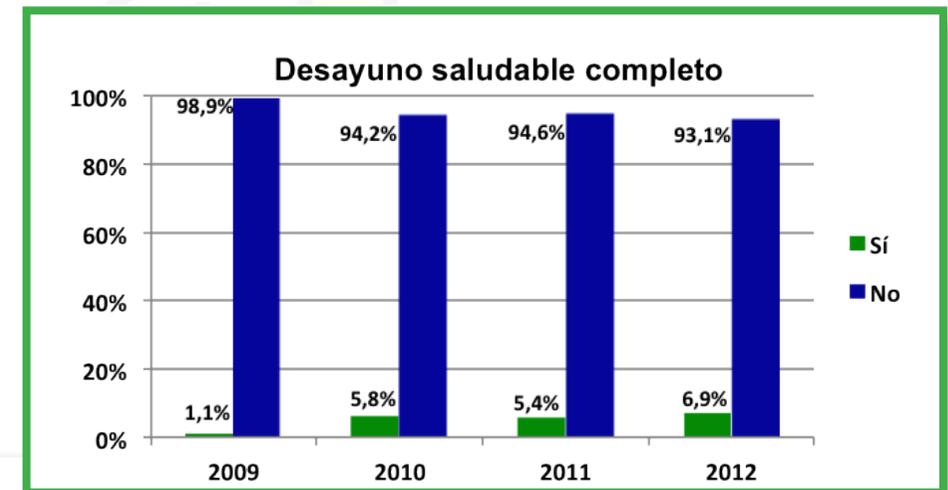
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

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

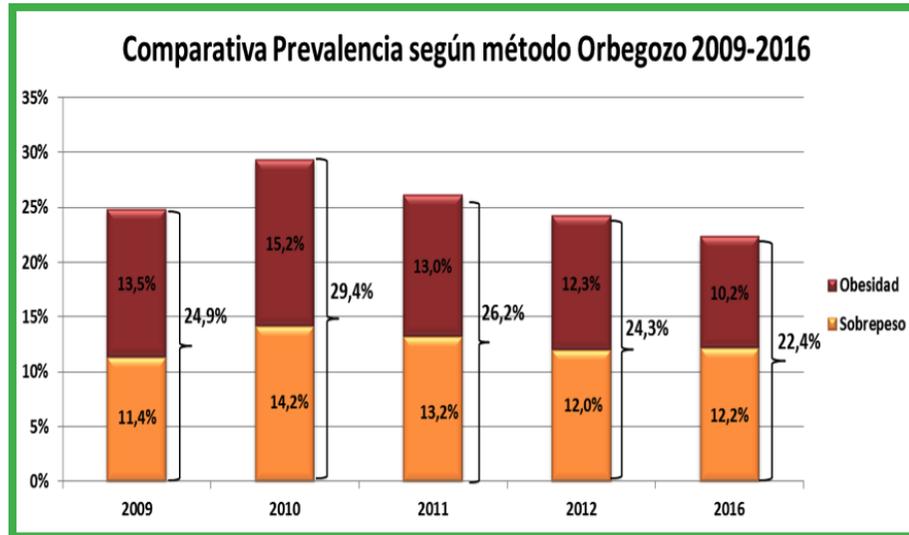
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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



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



Sobrepeso y obesidad infantil

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

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

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

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

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

Actividad física

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

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

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

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

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



Sexualidad

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

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

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

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

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

2. Análisis Técnico Sectorial

2.1. Problemas y debilidades

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

Estilos de Vida

Falta de hábitos de alimentación saludables.

Alta frecuencia de patología dual, consumo de tóxicos y patología mental grave.

Alta incidencia de casos de pediculosis, reiterados.

Alta prevalencia de casos de obesidad por hábitos alimenticios inadecuados.

Alto índice de consumo de sustancias tóxicas: drogas y alcohol.

Alumnado asiste a clase sin desayunar.

Ausencia de planificación familiar.

Embarazos no deseados.

Embarazos prematuros.

Importantes problemas en la salud bucodental.

Inicio del consumo de tóxicos a edades muy tempranas.

Malos hábitos de vida y escasa predisposición al cambio.

Malos hábitos dietéticos.

Estilos de Vida

Malos hábitos higiénicos en la población más excluida.

Muchos casos de mujeres con trastornos de ansiedad en contexto con conflictos familiares.

Muchos casos de salud mental como consecuencia del consumo de drogas cronicado.

Negatividad y resistencia al cambio.

Normalización del consumo de opiáceos.

Entorno Social

Alto índice de absentismo escolar.

Carencia de actividades deportivas orientadas a personas mayores.

Escasez de valores sociales.

Personas mayores viviendo en soledad con un alto nivel de dependencia.

Poca o nula implicación de padres y madres en la comunidad educativa.

Abandono escolar.

Acciones delictivas.

Bajo nivel educativo y formativo.

Entorno Social

Casamientos a temprana edad.

Escasa formación educativa. Falta de instrucción.

Escasez de recursos educativos. La población infantil acude a centros educativos de Sevilla Este (no por falta de plazas sino para evitar los centros del barrio con población en exclusión).

Existencia de grupos mafiosos y consecuencias de ajustes de cuentas.

Importante brecha digital.

Inseguridad ciudadana.

Marcado rol de género, desventaja de la mujer para incorporarse al mercado de trabajo y a la formación por su rol de cuidadora de toda la familia.

Muchos casos de violencia de género, con o sin denuncia.

Personas mayores que carecen de redes sociales de apoyo.

Pocas entidades deportivas.

Problemas de convivencia.

Problemas de soledad y dependencia.

Aumento de conductas disruptivas, agresividad, ansiedad, depresión, enfermedades mentales.

Delincuencia.

Entorno Social

Falta de comunicación interpersonal, solidaridad, etc.

Inexistencia de planificación activa de personas mayores.

No hay centros de adultos y sí demanda de alumnado.

Entorno Medioambiental

Domicilios sin ascensores.

Insuficientes centros educativos de infantil y primaria públicos.

Insuficientes instalaciones públicas para actividades de la población (centros cívicos o similares).

Insuficientes líneas de autobuses.

Riesgo de accidentes.

Ausencia de zonas verdes en zonas urbanizadas.

Carencia de espacios para dotaciones lúdicas y deportivas.

Escasa limpieza. Suciedad en las calles.

Falta de equipamientos en general.

Viviendas irregulares, Infraviviendas. No adaptadas a las personas mayores y/o dependientes.

Entorno Medioambiental

Aumento de accidentes de tráfico.

Como consecuencia de los recintos cerrados que forman las urbanizaciones, las prácticas deportivas son inexistentes fuera de este ámbito.

Deficientes infraestructuras.

Insuficiente red de comunicación entre barrios, y zona centro.

Insuficientes centros deportivos públicos (solo hay uno) que fomentan la gestión privada de actividades en cada barrio, y provoca falta de interacción social entre barrios.

Servicios Sanitarios

Alta incidencia de enfermedad mental leve, del tipo depresión, ansiedad, somatizaciones, y escasos recursos destinados a estas personas.

Escasa adherencia al calendario vacunal.

Múltiples demandas de atención en salud mental pediátrica.

Desigualdades Socioeconómicas

Mujeres muy jóvenes con muchos hijos e hijas a su cargo.

Altos índices de desempleo o precariedad en el trabajo.

Desempleo.

Desigualdades Socioeconómicas

Economía sumergida.

Personas dependientes sin apoyo familiar, con economías muy precarias.

Personas más marginales no salen fuera del barrio.

Poca adherencia a los tratamientos de los pacientes crónicos por motivos económicos, culturales o físicos.

Bajo nivel socio-económico.



2.2. Fortalezas y activos

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

| Orden | Fortalezas |
|-------|--|
| 1 | Centros educativos. |
| 2 | Centros de salud cercanos. |
| 3 | La implicación de profesionales sanitarios. |
| 4 | Dinamización del Centro Cívico. |
| 5 | Coordinación de profesionales del ámbito de la salud en Torreblanca: mesa de salud. |
| 6 | Programa de hábitos de vida saludable en centros educativos y centros de salud. |
| 7 | Centros deportivos municipales. |
| 8 | Asociaciones de mayores, Cáritas, parroquias. |
| 9 | Talleres de educación para la salud para todos los grupos de edad. |
| 10 | Coordinación de otros profesionales de distintos sectores: mesa de empleo, educación, intervención social y participación ciudadana. |
| 11 | Servicios sociales comunitarios. |
| 12 | Ley de Dependencia: personas que cuidan. |

| Orden | Fortalezas |
|-------|---|
| 13 | Asociaciones para mejorar el ámbito de la salud: AFITOR, huertos, plataforma Torreblanca unida. |
| 14 | Nuevo Centro de Salud de Torreblanca. |
| 15 | AMPAS. |
| 16 | Las Hermanas de la Cruz. |
| 17 | Multitud de asociaciones y ONGs. |
| 18 | Centros Cívicos municipales. |
| 19 | Trabajos para elaboración del plan integral de Torreblanca. |
| 20 | Parques y zonas verdes. |
| 21 | Población joven y dinámica. |
| 22 | Centro de tratamiento de adicciones. |
| 23 | Colaboración del C.I.S. con Centro Cívico y C.E.I.P. |
| 24 | Disponibilidad de huertos familiares. |
| 25 | Asociación de vecinos de Parque Alcosa. |
| 26 | Centros comerciales. |
| 27 | Carril bici. |
| 28 | Hermandades. |

3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía

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

| Necesidades Sentidas Grupo de Menores | |
|---------------------------------------|--|
| 1º | Fábrica de detergente implica mayor contaminación. |
| 2º | Mal uso de las papeleras. Tiran las cosas al suelo. |
| 3º | Más iluminación en los parques y en las carreteras. |
| 4º | Más pasos de peatones entre grandes calles y avenidas. |
| 5º | Mayor atención policial después de una llamada por robo. |
| 6º | Carreteras viejas y mal asfaltadas y con baches. |
| 7º | Mucha dependencia a las máquinas de videojuegos. |
| 8º | Inicio precoz del tabaco con edades a partir de once años. |
| 9º | Personas sin hogar. |
| 10º | Mayor limpieza de las calles. |

| Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes | |
|---------------------------------------|--|
| 1º | Mucha contaminación acústica. |
| 2º | Muchos baches en las carreteras. |
| 3º | Poca comunicación para los desplazamientos. |
| 4º | Falta de vigilancia policial. |
| 5º | Pocas fuentes de agua públicas. |
| 6º | Venta de drogas. |
| 7º | Poca iluminación en las calles. |
| 8º | No hay estación de bicis en las puertas de los colegios. |
| 9º | Contaminación atmosférica. |
| 10º | Excrementos de perros. |

| Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas | |
|--|---|
| 1º | Falta de seguridad en el parque. |
| 2º | Parques exclusivos para menores y no para perros. |
| 3º | Falta de acceso a ascensores para personas mayores en sus viviendas. |
| 4º | Mucho ruido y falta de presencia policial. |
| 5º | Línea de metro para agilizar el transporte. |
| 6º | Comisaría de policía creación. |
| 7º | Mayor vigilancia en el barrio. |
| 8º | Mas limpiezas en los contenedores y personas que echan las basuras fuera de él. |
| 9º | En la plaza de Gomila han puesto bolardos que generan peligro de caídas. |
| 10º | Malas experiencias en la atención sanitaria. |

| Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores | |
|--|--|
| 1º | Acercar centros de especialidades sanitarias al barrio. |
| 2º | Edificio insalubre frente al palacio de congresos. |
| 3º | Falta de vigilancia policial. |
| 4º | Presencia de roedores. |
| 5º | Insuficientes servicios de urgencias. |
| 6º | Existencia de barreras arquitectónicas: mal pavimento y acerado en mal estado. |
| 7º | Deficitarias líneas de transportes públicos para el barrio y comunicación con los recursos de la ciudad. |
| 8º | Falta de inversión en el sistema público y en el entorno y en los estilos de vida. |
| 9º | Falta de servicios de podología y fisioterapia. |
| 10º | Problemas de acceso a los centros sanitarios de referencia. |

| Necesidades Sentidas Grupo de Torreblanca | |
|---|---|
| 1º | Incivismo y mala convivencia entre vecinos y vecinas. |
| 2º | Absentismo escolar. |
| 3º | Excrementos de perros. |
| 4º | Arreglos de calles desde hace cincuenta años que no tienen mantenimiento alguno. Tuberías de amianto. |
| 5º | Calles peatonales que pasan coches. |
| 6º | Mal servicio policial. |
| 7º | Conductores circulan muy rápidos sin respetar las señales de tráfico. |
| 8º | No hay conexión de carril bici entre Torreblanca y Sevilla Este. |
| 9º | Arrojan las basuras fuera de los contenedores y en las calles. |
| 10º | Suciedad en el terreno frente a la calle Álamo utilizado como vertedero. |



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. Malos hábitos de alimentación entre la población del distrito. |
| | 2. Malos hábitos de alimentación en escolares. |
| | 3. Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar. |
| | 4. Tabaquismo: Inicio de consumo precoz en Torreblanca. |
| Entorno Social | 1. Insuficiente inversión e implicación por parte de las distintas administraciones públicas. |
| | 2. Absentismo escolar. |
| | 3. Escasez de valores sociales para la convivencia en comunidad. |
| | 4. Abandono escolar en Torreblanca. |
| | 5. Desigualdades de género en Torreblanca. |
| Entorno Ambiental | 1. Puntos de insalubridad y plagas de roedores. |
| | 2. Problemas de suciedad en la vía pública. |
| | 3. Carencias en el mobiliario urbano: fuentes de agua potable. |
| | 4. Inseguridad vial por mal uso de las vías públicas en Torreblanca. |
| Desigualdades Socioeconómicas | 1. Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito: bajo nivel de instrucción y alta tasa de paro. |
| | 2. Personas sin hogar pernoctando en espacios públicos del distrito. |
| | 3. Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito: rentas bajas. |

4.3. Plan de Acción

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

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

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

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

Línea de Acción 1: Estilos de Vida

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

La existencia de malos hábitos entre la población del distrito eleva las tasas de morbimortalidad relacionadas con diabetes, enfermedades cardiopulmonares, problemas neurológicos, trastornos psicológicos y problemas sociales. Este escenario propicia la aparición de baja autoestima y aislamiento social, favoreciendo el surgimiento de dependencias a sustancias y aumentando el peligro de una escalada en el consumo.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

La mejora de los hábitos de vida favorece la reducción de enfermedades y del gasto sanitario, así como, el incremento de la calidad de vida de la ciudadanía. Por otro lado, con la reducción de los índices de marginación por consumo de sustancias, disminuye la delincuencia asociada a la misma. Suponiendo todo ello un aumento general del bienestar de las personas que viven en el distrito.



Malos hábitos de alimentación entre la población del distrito y en escolares

Los malos hábitos alimenticios se deben, por un lado, a una falta de educación sobre la importancia de tener una alimentación saludable.

La ciudadanía muestra poco interés en aprender y es muy difícil que acudan a charlas o actividades de formación y sensibilización en este tema, ya que no se presta la necesaria atención y no se le da la suficiente importancia.

Por otro lado, las familias carecen de tiempo para cuidar su dieta (planificación, compra y preparación). La accesibilidad de ciertos productos de alimentación que no son saludables, ultra procesados, en máquinas de vending y comercios, los hacen muy tentadores y cómodos.

Dos variables que intervienen también son: la influencia de otras culturas, donde se dan rutinas de alimentación menos saludables, y el impacto del marketing de marcas de alimentos que fomentan esos malos hábitos y el consumo de productos poco saludables.

Objetivo General 1.1 – 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"> • Promover campañas que relacionen una actividad atractiva (excursiones, talleres, meriendas, etc.) con campañas de promoción e información sobre alimentación saludable, para hacerlo más atractivo. • Campañas de concienciación e información sobre el consumo de alimentos ultra procesados. |

Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar

La población menor está muy influida por las nuevas tecnologías, dedicando mucho tiempo de ocio a estar delante de pantallas, actividad muy sedentaria, en detrimento de juegos al aire libre y activos. A esto se une el poco interés e implicación familiar en facilitar que se ocupe ese tiempo de esparcimiento en acciones más activas. Predomina un modelo de conducta parental muy sedentario.

Por otro lado, se encuentra la sobreprotección por parte de las familias. Se observa una alta limitación de la población menor en su independencia. Pierden autonomía debido al miedo a los peligros que pueda haber en la calle. Por lo que fomentan actividades sedentarias donde el colectivo está controlado en casa.

Objetivo General 1.2 - Promover la actividad física entre el alumnado de educación obligatoria del distrito

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para reducir el sedentarismo entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ² del distrito. |
| Cálculo | Si / No. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Abrir los espacios educativos para su uso por las tardes para actividades deportivas. • Mantener y ampliar las ‘mini olimpiadas escolares’ y las actividades multideporte realizadas en espacios públicos del distrito en horarios de fines de semana. • Promover encuentros deportivos y de ocio en familia que potencien la confianza y seguridad sobre la independencia de los menores. • Caminos escolares. |

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



Tabaquismo: Inicio de consumo muy precoz en Torreblanca

Se observa un inicio precoz del tabaquismo entre la población menor de Torreblanca, comenzando a consumir en edades tan tempranas como los 6 años.

El auge del uso de cachimbas entre menores muy jóvenes es una de las puertas de entrada a este consumo. A lo que se suma la facilidad de acceso al tabaco y el bajo control en su venta por parte de las autoridades.

Objetivo General 1.3 - Promover medidas para la prevención del tabaquismo entre la población de alumnado de primaria de Torreblanca

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para prevenir el tabaquismo entre todos los escolares de todos los centros educativos de primaria de Torreblanca. |
| Cálculo | Si / No. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Mayor control sobre la accesibilidad al tabaco por parte de la población menor. • Sensibilización de menores y familiares sobre los efectos nocivos del consumo. • Mayor intervención y de una forma más intensiva en aquellas zonas de Torreblanca más desfavorecidas o donde se identifiquen los inicios más prematuros en el consumo. |

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. Ejemplo de ellas son, la pérdida de valores sociales de convivencia, la falta de socialización y la carencia de implicación social por parte de la sociedad. Por un lado, esto merma las probabilidades de que la comunidad traslade las necesidades y problemática del distrito a las autoridades competentes. Y por otro, propicia el abandono y la desidia en el propio proyecto vital, lo que es especialmente dramático entre la población más joven, que no tiene expectativas de futuro y ni sobre su formación.

Entran aquí también las normas que rigen nuestras relaciones; cuando las ya establecidas no se cumplen se da una alteración del orden social, provocando consecuencias como la inseguridad ciudadana.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

Un entorno comunitario positivo fortalece el tejido social, ayudando a que las necesidades de la población del distrito sean más conocidas por las administraciones públicas a través de sus representantes sociales. Además, propicia la revitalización de los barrios, con más vida social en las calles y espacios públicos. Con todo esto, se reducen las enfermedades asociadas como la depresión, pérdidas de capacidad cognitiva, etc. Consiguiendo una mejora de la calidad de vida de la ciudadanía.



Insuficiente inversión e implicación por parte de las distintas administraciones públicas

Desde el punto de vista de las personas trabajadoras del distrito se valora como insuficiente la inversión que se hace desde las administraciones públicas en esta zona. Una razón que se argumenta es el uso de los guetos existentes (Torreblanca) como forma de contención de la problemática social, para que el resto del barrio y la ciudad no se vean afectados.

Aunque el distrito cuenta con ciertas zonas que tienen mayor problemática que otras, la financiación desde el gobierno local es la misma aquí que en el resto. No se tiene en cuenta la realidad existente y la diversidad de situaciones que se generan. Existe un centralismo en la planificación política general de la ciudad que no tiene en cuenta las necesidades y problemáticas de las periferias siendo además las zonas más vulnerables.

Objetivo General 2.1 – Fomentar medidas para la mejora de las inversiones por parte de las distintas administraciones

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Recursos. |
| Definición | El presupuesto anual desde las administraciones públicas aumenta para el 2023. |
| Cálculo | Sumatorio de las partidas presupuestarias destinadas desde los distintos niveles administrativos (Ayuntamiento, Junta de Andalucía, Estado, UE). |
| Fuente | Memorias de servicios sociales |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Crear soluciones e intervenciones estables en el tiempo, blindado a posibles cambios políticos. • Conseguir la implicación de los distintos niveles de la administración. |



Absentismo y abandono escolar en Torreblanca

El alto porcentaje de absentismo y abandono escolar que se da en el distrito se centra en la zona de Torreblanca. La escuela está muy apartada de las necesidades e intereses de las familias del barrio, por lo que no se implican. No tienen expectativas sobre el futuro profesional de sus menores tras finalizar los estudios, por lo que, no fomentan la importancia de la educación.

Desde el sistema educativo no se aporta soluciones porque no hay recursos suficientes. Cuando los hay no son adecuados, en gran medida, porque la administración no se implica. Los recursos específicos para trabajar en absentismo son precarios, externalizados e intermitentes. Están supeditados a subvenciones que se adjudican a asociaciones o entidades sociales, dependientes de las mismas, y no mantenidas en el tiempo.

Objetivo General 2.2 - Fomentar medidas para prevenir el absentismo y abandono 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"> Plan de intervención educativo específico, adaptado a las necesidades de la población de Torreblanca, con recursos propios y de carácter permanente. Estabilidad en los programas de prevención. |

Escasez de valores sociales para la convivencia en comunidad

Hay una pérdida de valores sociales y de convivencia, quizás debido a la cultura del individualismo. Promovida desde los medios de comunicación y los nuevos canales de divulgación. Destacar el protagonismo que está adquiriendo actualmente la figura del youtuber, nuevo modelo conductual y cultural. Este escenario empeora en ciertas zonas donde se concentran familias en riesgo de exclusión social, con unos estilos de vida menos saludables, situaciones vitales estresantes y nivel educativo y cultural más bajo. Generándose, por tanto, más conflictos de convivencia y vecinales.

Objetivo General 2.3 - Fomentar los valores sociales y la convivencia

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para promover los valores sociales y la convivencia entre todos los escolares de todos los centros educativos de Torreblanca. |
| Cálculo | Si / No. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Promover desde la infancia la cultura de la participación. • Generar lugares de encuentro a través de actividades deportivas donde se trabaje los valores sociales de cooperación y convivencia. |

Desigualdades de género en Torreblanca

Las desigualdades de género están presentes en todas las esferas y zonas del distrito, pero sus consecuencias se agudizan en las zonas más desfavorecidas. Particularmente problemáticas son las situaciones de machismo que se dan entre las personas de etnia gitana que viven en zonas concretas del barrio de Torreblanca. Las intervenciones han sido puntuales y no continuadas por lo que, al no abordarse de una manera específica adaptada a la realidad de la comunidad, la situación se mantiene cronificada.

Objetivo General 2.4 - Fomentar la igualdad de género

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Razón anual del sexo de las personas beneficiarias. |
| Definición | La razón de hombres y mujeres receptoras de las medidas realizadas tiende al 1. |
| Cálculo | N° de mujeres beneficiarias / N° de hombres beneficiarios. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Plan específico de prevención de violencia de género adaptado a las necesidades específicas de Torreblanca. • Implicación de todo el tejido asociativo en campañas e intervenciones de promoción de la igualdad de género. |

Línea de Acción 3: Entorno Medioambiental

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

Entre los efectos se encuentra: el aumento de la morbilidad y la reducción del 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. Ello genera efectos negativos en toda la comunidad. La población menor no disfruta de actividades de juego, el colectivo adulto no crea redes, debilitándose el tejido social y las personas mayores terminan en situaciones de enclaustramiento. Este escenario hace que la sociedad en general tenga 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 enfermedad, conllevando problemáticas familiares asociadas y empeoramiento de la calidad de vida. En general, favorece el aumento del gasto sanitario y de años de vida perdidos.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

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



Problemas de suciedad en la vía pública y puntos de insalubridad y plagas de roedores

El problema de suciedad en la vía pública está presente en todo el distrito, pero en ciertos puntos es aún más grave, llegando a provocar insalubridad y plagas. Esta situación se produce y mantiene por la falta de actuación de la administración pública y la inadecuada administración de los recursos de limpieza. Es un distrito grande y los servicios se priorizan unas zonas y son insuficientes en otras. A esto se suma la falta de civismo en la ciudadanía promovido por la débil concienciación por lo comunitario.

Objetivo General 3.1 - Promocionar las conductas cívicas de cuidado e higiene 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"> • Intervención por parte de la administración pública competente, área zoosanitaria. • Incrementar los recursos de limpieza: servicio, puntos de recogida, papeleras. • Crear campañas de concienciación cívica. • Implicar a la población en el cuidado de los espacios públicos. |



Carencias en el mobiliario urbano: fuentes de agua potable

En el distrito hay una falta de fuentes, bancos, pero también, arboleda, sombras, etc. Es decir, todos los elementos que se incluyen en el concepto de mobiliario urbano. Hay zonas en las que las necesidades de mobiliario están cubiertas, pero en otras hay una gran escasez de elementos. Esta distribución desigual es debida a una falta de inversión y planificación. En los puntos más problemáticos del distrito las conductas incívicas son más frecuentes y graves. Como consecuencia, cuando el mobiliario urbano se vandaliza, no se restituye.

Objetivo General 3.2 - Promocionar la dotación del mobiliario urbano (bancos y fuentes)

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Porcentaje de dotación de mobiliario. |
| Definición | El porcentaje de elementos del mobiliario urbano identificados desde la administración pública como necesarios, se reduce en un 50% para el 2023. |
| Cálculo | $(N^{\circ} \text{ de nuevas dotaciones} / N^{\circ} \text{ de elementos necesarios}) \times 100.$ |
| Fuente | Fichas medidas – Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> Una planificación adecuada, con una redistribución de lo que ya existe, y de las nuevas zonas. |

Inseguridad vial por mal uso de las vías públicas en Torreblanca

En Torreblanca existe un mal uso de las vías de circulación, hay muchos conductores que no respetan los límites de velocidad, generando inseguridad vial. Esto se debe principalmente a la falta de civismo, educación y de conciencia del peligro. Además, la mala pavimentación de las vías es un agravante de la situación en caso de accidente tanto de peatones como de conductores.

Objetivo General 3.3 - Promocionar medidas para mejorar la seguridad vial en Torreblanca

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Tasa de denuncias. |
| Definición | La tasa anual de denuncias por inseguridad vial (conducción temeraria, bajo los efectos de sustancias, alta velocidad, etc.) menor a 1. |
| Cálculo | N° anual de denuncia / N° de denuncia del 2018. |
| Fuente | Registros de denuncia de la policía local. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medidas coercitivas. • Crear campañas de educación vial. |

Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas

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

Quienes viven en situaciones de pobreza tienen dificultades para cubrir sus necesidades básicas, lo que acentúa las desigualdades sociales. Carecer de recursos para cubrir las necesidades de alimentación provoca problemas de salud relacionados con la mala nutrición. Además, es muy frecuente identificar una inadecuada distribución del presupuesto familiar en hogares con dificultades económicas, priorizándose gastos superfluos frente a necesidades básicas (por ejemplo, no tener frigorífico pero sí televisión de plasma).

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

Con un buen nivel socioeconómico en el distrito, se mejoraría la calidad de vida de la población en general. Toda la ciudadanía viviría segura de tener sus necesidades cubiertas y además podrían destinar parte de sus recursos a un desarrollo pleno de sus proyectos de vida. Las personas más jóvenes tendrían expectativas positivas sobre su futuro, lo que ayudaría a crear proyectos familiares y formativos positivos.

Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito: bajo nivel de instrucción, alta tasa de paro y rentas bajas en Torreblanca

Según el Índice Sintético de Nivel socioeconómico, elaborado por el Observatorio de Salud, se establece un nivel muy bajo para ‘Torreblanca’

Los niveles socioeconómicos bajos y muy bajos que se dan en ciertas zonas del distrito responden a distintas variables.

Por un lado, hay un nivel de instrucción bajo. Este fenómeno se debe al abandono educativo que se produjo cuando se dio el boom inmobiliario. Una generación entera dejó los estudios de forma prematura, porque era más rentable trabajar en la construcción. Con la explosión de la burbuja inmobiliaria todas esas personas se han ido quedando sin recursos y sin formación para reincorporarse a otros campos laborales. Esta circunstancia refleja la falta de conciencia que se dan entre ciertos grupos poblacionales sobre la importancia de la educación para tener oportunidades. Aún ahora, la falta de recursos económicos en ciertas familias lleva al abandono de los estudios en los más jóvenes, para no generar gasto y aportar ingresos económicos, aunque sea en ocupaciones irregulares. La formación media y superior implica unos gastos, y una pérdida inmediata de ingresos, que hace que muchos jóvenes no puedan continuar su formación.

A esto se añaden las rentas bajas. Debido al citado nivel de formación, esta población no accede en ciertos niveles del mercado laboral. La situación económica ha generado una situación laboral muy débil y ofertas profesionales muy precarias. En este distrito, además, existe una economía sumergida. Hay un porcentaje importante de población viviendo de actividades económicas irregulares, unida muchas veces generan un fenómeno de servilismo y dependencia de las ayudas económicas de las entidades públicas.

Esto se ha agravado con la mala gestión, por parte de la administración, para paliar los efectos de la crisis entre las poblaciones más afectadas, eliminando los programas de empleo y los recursos necesarios para fomentar la inserción laboral. La sociedad que está en riesgo o en situación de exclusión social presenta una falta de redes sociales de apoyo, formales e informales, que faciliten el acceso al mercado laboral. Esta carencia afecta especialmente a las personas que realizan funciones de cuidados en el hogar, que son mayoritariamente mujeres, ya que, no hay recursos que les ayuden a disminuir la carga de cuidados para que puedan dedicar tiempo y energía a la formación laboral y/o búsqueda de empleo.

Objetivo General 4.1 - 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"> • Formación orientada al mercado de trabajo, a lo que demandan las empresas. • Implantar el sistema de formación profesional dual. • Ayudas económicas para cubrir las necesidades básicas que permitan a los integrantes de esa familia dedicarse a la formación laboral. • Medidas que permitan la conciliación familiar y laboral. • Medidas que fomenten la convivencia para creación de redes sociales vecinales para facilitar el acceso a la formación y al mercado de trabajo. |

Personas sin hogar ocupando ilegalmente viviendas en el distrito

En este distrito se dan muchas ocupaciones de viviendas sociales. EMVISESA construye viviendas sociales destinadas a familias con escasos recursos. Pero luego sube los alquileres (rentas sociales) y las familias no pueden afrontar los pagos. En gran parte porque son familias con escasos recursos. En este escenario actúan las redes de delincuencia organizada que fuerzan las ocupaciones de viviendas sociales y privadas.

Objetivo General 4.2 - Favorecer soluciones habitacionales para las personas sin hogar que ocupan ilegalmente viviendas del distrito

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Porcentaje de familias en situación de ocupación. |
| Definición | El número de familias identificadas desde las administraciones a las que se concede un recurso habitacional es de al menos el 50% para el 2023. |
| Cálculo | $(N^{\circ} \text{ de familias beneficiarias} / N^{\circ} \text{ de familias en situación de ocupación ilegal identificadas en 2019}) \times 100$. |
| Fuente | Registro de EMVISESA – Registro de servicios sociales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Adaptar y planificar la política de viviendas, de alquileres sociales y construcción de viviendas sociales a las necesidades de la población. • Solucionar las situaciones de ocupación ilegal, buscando recursos habitacionales legales. |

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

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

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

5.2. Comunicación externa

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

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

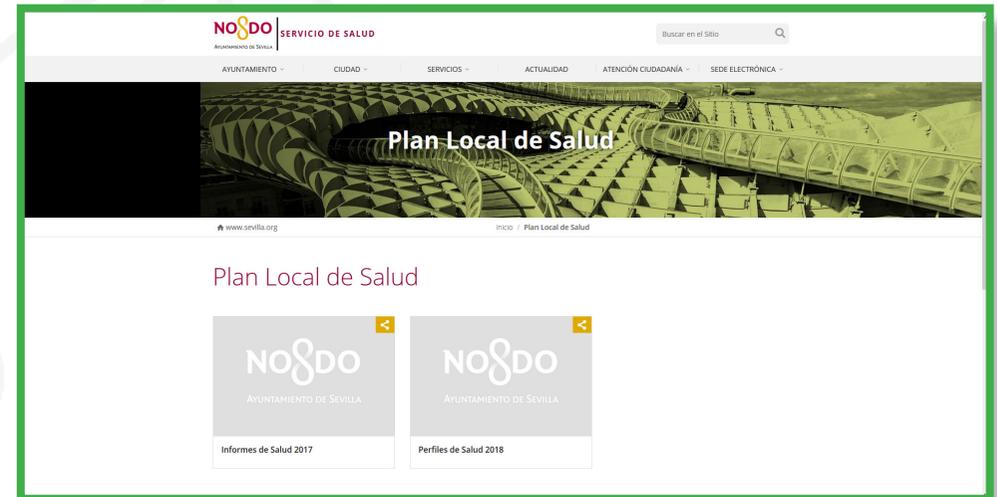
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

Ilustración 23: Logotipo del PLS de Sevilla.



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



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

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

**BASADO EN
LOS DETERMINANTES
DE LA SALUD**

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

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

MICHAEL MARMOT

INTERSECTORIAL

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

PARTICIPATIVO

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

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



DELEGACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO
Dirección General de Salud Pública y Protección Animal
Servicio de Salud
Hogar Virgen de los Reyes
C/ Fray Isidoro de Sevilla, 1
CP: 41009 - Sevilla
+34 - 955. 47.29.03
WWW.SEVILLA.ORG

RED ACCIÓN LOCAL DE SALUD

PLAN LOCAL DE SALUD
2019 - 2023



SALUD LOCAL SEVILLA

NOSDO
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.REDLICALSALUD.ES

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

Esto significa...

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

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

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

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

NUESTRO CAMINO

2023 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS PLANES DE SALUD

FEBRERO 2019 ELABORACIÓN DE AGENDAS Y SUS EVALUACIONES

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

MAYO 2018 ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

OCTUBRE 2017 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

JUNIO 2017 PERFILES DE SALUD

2016 GRUPOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

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

JUNIO 2017 CREACIÓN Y FORMACIÓN INICIAL DE LOS GRUPOS MOTORES

2016 INFORMES DE SALUD

2016 ACUERDO DE COLABORACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE SALUD



6. Bibliografía

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

7. Glosario de términos y acrónimos

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

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

8. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Medidas

DATOS:

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

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



Anexo 2: Checklist Implantación

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